

Шипицына Л. М.

«Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. — 2-е изд., перераб. и дополн. — СПб.: Речь, 2005. — 477 с.

ISBN 5-9268-0386-1

В монографии представлены результаты комплексной диагностики и коррекции детей, подростков и молодых людей с умственной отсталостью. Особое внимание уделяется социализации и интеграции этих лиц в общество. В связи с этим подробно рассматриваются вопросы их социально-психологической адаптации, формирования коммуникативных навыков, семейных взаимоотношений, полоролевого поведения, а также вопрос психолого-педагогического сопровождения умственно отсталых лиц в различных условиях обучения, воспитания, реабилитации и поддерживаемого проживания. Книга может быть полезна для педагогов, психологов, де-фектологов, психоневрологов, логопедов, аспирантов, студентов и родителей детей с нарушением интеллекта.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 1

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ9

Глава 2

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.....14

2.1. Исторический экскурс в учение об умственной отсталости	14
2.2. Причины умственной отсталости.....	19
2.3. Патогенез умственной отсталости.....	23
2.4. Систематика умственной отсталости	25
2.5. Симптомы умственной отсталости.....	37
2.5.1. Легкая умственная отсталость.....	37
2.5.2. Умеренная умственная отсталость.....	39
2.5.3. Тяжелая умственная отсталость.....	41
2.5.4. Глубокая умственная отсталость.....	42
2.6. Ранняя диагностика умственной отсталости	43
2.7. Динамика умственной отсталости.....	47
2.8. Поздняя абилитация умственной отсталости.....	49

Глава 3

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ55

3.1. Формирование представлений об «умственной отсталости» в психолого-педагогических исследованиях.....	55
3.2. Диагностика сенсорно-перцептивных функций у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.....	64
3.3. Диагностика социального развития детей и подростков с тяжелой и глубокой умственной отсталостью.....	69

3.3.1. Возрастная группа с 7 до 11 лет.....	72
3.3.2. Возрастная группа с 12 до 18 лет.....	76
3.4. Оценка родителями сформированности социально-бытовых навыков и эмоционально-поведенческих реакций у взрослых детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.....	79
3.5. Диагностика социально-бытовых навыков у молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.....	85
• НЕОБУЧАЕМЫЙ РЕБЕНОК В СЕМЬЕ И ОБЩЕСТВЕ	
3.5.1. Развитие социально-бытовых навыков в условиях дома.....	87
3.5.2. Развитие социально-бытовых навыков вне дома.....	91
3.5.3. Развитие учебных навыков и навыков трудовой деятельности	92
3.6. Диагностика эмоционального состояния у молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.....	93
3.7. Диагностика речевого развития молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.....	103

Глава 4

МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ОБЩЕНИЕ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ110

4.1. Значение общения в психическом развитии ребенка.....	110
4.2. Вербальные и невербальные средства общения.....	112
4.3. Особенности формирования коммуникативных навыков у лиц с умственной отсталостью.....]	16
4.3.1. Диагностика коммуникативных навыков у молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.....	119
4.4. Развитие коммуникативных навыков у молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью в процессе обучения.....	126
4.5. Рекомендации по формированию вербального общения у умственно отсталых детей.....	132
4.5.1. Развитие способности познавать себя.....	134
4.5.2. Развитие умения заботиться о себе.....	136
4.5.3. Развитие способности ориентироваться в окружающем мире и воспринимать его адекватно.....	137
4.5.4. Развитие способности ориентироваться в социальных отношениях и умения включаться в них.....	139
4.5.5. Развитие умения концентрировать внимание и реагировать на обращения окружающих.....	140
4.5.6. Развитие умения воспринимать речь.....	141
4.5.7. Развитие умения подражать.....	142
4.5.8. Развитие умения соблюдать очередность в разговоре.....	143
4.5.9. Развитие умения пользоваться навыками общения в повседневной жизни	144
1.6. Рекомендации по формированию невербального общения у умственно отсталых детей.....	146
4.6.1. Система жестов как средство невербального общения.....	147
4.6.2. Система символов (пиктограмм) как средство невербального общения.....	149

Глава 5

ПОЛОРОЛЕВОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ 156

5.1. Развитие половой идентичности и полоролевого поведения в онтогенезе ребенка.....	156
5.2. Особенности психосексуального развития детей и подростков с умственной отсталостью.....	159

ОГЛАВЛЕНИЕ

5.3. Концепции полоролевой идентичности и половых ролей.....	162
5.4. Исследование полоролевой идентификации подростков с умственной отсталостью.....	165
5.4.1. Результаты рисуночного теста.....	165
5.4.2. Результаты теста «Возраст. Пол. Роль»(ВПР).....	170
5.5. Исследование полоролевого поведения подростков с умственной отсталостью.....	173
5.6. Исследование сексуального поведения девочек с умеренной умственной отсталостью.....	177
5.7. Рекомендации по половому воспитанию детей и подростков с умственной отсталостью.....-	183

Глава 6

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ 187

6.1. Стили и типы родительского воспитания.....	188
---	-----

6.2. Рождение ребенка с нарушением психического развития как фактор, влияющий на жизнедеятельность семьи.....	193
6.3. Своеобразие взаимоотношений родителей и детей с нарушением в развитии	195
6.4. Социально-психологическая характеристика семей, воспитывающих детей с умственной отсталостью.....	197
6.5. Исследование межличностных отношений в семьях, имеющих детей с умственной отсталостью.....	202
6.6. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности ребенка с умственной отсталостью.....	204
6.7. Особенности взаимоотношений в семьях, имеющих взрослых детей с умственной отсталостью.....	208

Глава 7

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

7.1. Роль матери в семье умственно отсталого ребенка.....	216
7.2. Социальная адаптация матери, воспитывающей ребенка с умственной отсталостью.....	220
7.3. Исследование личностных качеств матерей методом наблюдения.....	222
7.4. Исследование личностных качеств матерей методом беседы.....	227
7.5. Исследование личностных качеств матерей биографическим методом ..	229
7.6. Исследование уровня тревожности и ее причин у матерей, воспитывающих детей с умственной отсталостью.....	233
7.7. Исследование уровня эмоциональной напряженности матерей, воспитывающих детей с умственной отсталостью.....	238
7.8. Исследование внутреннего мира матерей, воспитывающих детей с умственной отсталостью.....	248

Глава 8

СОЦИАЛИЗАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ ЛИЦ С ГЛУБОКИМ НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА.....

8.1. Интеграция, ее взаимосвязь с социализацией и самореализацией личности.....	252
8.2. История становления социальной интеграции умственно отсталых людей в России.....	261
8.3. Изменение нормативно-правовой базы в отношении инвалидов с умственной отсталостью.....	266
8.4. Отношение общества к лицам с нарушением интеллекта.....	270
8.4.1. Информированность общества об инвалидах с психическими нарушениями.....	272
8.4.2. Отношение разных категорий населения к инвалидам с психическими нарушениями.....	276

Глава 9

ПОДДЕРЖИВАЕМОЕ ПРОЖИВАНИЕ КАК СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ УМСТВЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

9.1. Реабилитационные службы помощи умственно отсталым людям.....	285
9.2. Центры дневного пребывания.....	288
9.2.1. Центр дневного пребывания при специальной (коррекционной) школе.....	288
9.2.2. Исследование реабилитации умственно отсталых лиц в условиях Центра дневного пребывания.....	294
9.2.3. Центр дневного пребывания в системе социальной защиты.....	299
9.3. Социальные гостиницы.....	305
9.3.1. Социальная гостиница как модель подготовки к независимой жизни.....	305
9.3.2. Социально-бытовой комплекс как модель поддерживаемого проживания на базе специальной (коррекционной) школы.....	309
9.4. Социально-реабилитационный центр как модель поддерживаемого проживания интернатного типа.....	314
9.4.1. Содержание учебно-воспитательной работы в центре.....	315
9.4.2. Структура центра.....	316
9.4.3. Организация образовательного и профессионально-трудового обучения	321
9.5. Рекомендации по психолого-педагогической реабилитации детей с умственной отсталостью и их родителей в системе поддерживаемого проживания.....	322
9.5.1. Реабилитационная работа с родителями.....	323
9.5.2. Организация общения и совместной деятельности родителей	

с детьми.....	326
9.5.3. Реабилитационная работа с детьми-инвалидами.....	327

Глава 10

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИНЦИПОВ КЕМПХИЛЬСКОГО ДВИЖЕНИЯ

.....	329
10.1. Принципы и формы реабилитации в Кемпхильских общинах.....	330
10.2. Исторический аспект идей общинного проживания в России.....	332
10.3. Структура Центра социально-психологической реабилитации «Деревня Светлана».....	335
Социально-психологическая деятельность.....	335
Социально-трудовая деятельность.....	338
Социально-культурная деятельность.....	339
10.4. Ритм жизни в Центре «Деревня Светлана»	340
10.5. Индивидуальные особенности социально-психологической реабилитации молодых людей с нарушением интеллекта, проживающих в Центре «Деревня Светлана».....	343
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	351

Приложение 1

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДИКИ	354
1.1. Методика «Карта наблюдений».....	354
Уровни оценки по шкалам	355
Критерии оценки по шкалам.....	355
1.2. Методика «Социограмма». Педагогический анализ социального развития людей с множественными нарушениями (форма PAC-S/P). На основе третьего издания по Х. С. Гюнцбургу.....	367
1.3. Опросник для родителей: Шкала навыков, необходимых для социальной адаптации (по D. Norris and P. Williams, 1975).....	379
1.4. Анкета для определения социально-бытовых навыков.....	380
1.5. Анкета для определения эмоционально-поведенческих особенностей.....	382
1.6. Схема исследования речи молодых людей с нарушением интеллекта	384
1.7. Тест-опросник родительского отношения к детям (А. Л. Варга, В. В. Столин)	385
1.8. Психологическая автобиография.....	388
1.9. Методика «Шкала самооценки» (по Ч. Д. Спилбергеру, Ю.Л.Ханину).....	390
1.10. Методика «Семантический дифференциал».....	392
1.11. Методика «Незаконченные предложения».....	393
1.12. Методика исследования самоотношения (по С. Р. Пантелееву).....	394
1.13. Методика «Самоактуализация» (по А. Маслоу).....	397
1.14. Анкета 1. «Информированность об инвалидах с психическими нарушениями».....	405
1.15. Анкета 2. «Отношение к инвалидам с психическими нарушениями».....	406

Приложение 2

ПРИМЕРНЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ СЛУЖБ ОДЕРЖИВАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ	409
1. Положение о социально-трудовом реабилитационном отделении для инвалидов с ограниченными умственными возможностями.....	409
2. Положение о социальной гостинице для молодых людей с ограниченными умственными возможностями здоровья.....	413
3. Положение о реабилитационном центре государственного стационарного учреждения социального обслуживания «Дома-интерната для детей с отклонениями в умственном развитии».....	418

Приложение 3

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СОЦИАЛИЗАЦИИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА (А.А.ХИЛЬКО)

.....	424
Понятие «качество жизни».....	424
Экспертная оценка динамики освоения молодым человеком знаний, умений и навыков, способствующей улучшению качества его жизни ...	462
ЛИТЕРАТУРА.....	469

ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Глава 1

Среди множества проблем, находящихся на стыке клинических дисциплин, специальной психологии и педагогики, проблема умственной отсталости занимает основное место. Проблема эта тем более актуальна, что все большему числу детей уже на первом году жизни ставится диагноз «умственная отсталость».

Если раньше умственно отсталый ребенок мог вызвать лишь сочувствие, то теперь в большинстве стран его считают равноправным гражданином. Если раньше его рассматривали как нуждающегося в помощи и ухаживающей системе услуг, то теперь — как независимого, но нуждающегося в сопровождении и поддержке. Все эти изменения в отношении к людям с нарушениями в развитии связаны с интенсивными прогрессивными процессами последних десятилетий XX в. в США, Западной Европе и их началом в 1990-е гг. в России. Прогрессивные процессы обусловлены интеграцией детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и с интеллектуальными нарушениями, в общество и образовательную среду (Н. Н. Малофеев, 1996, 2003; Н. М. Назарова, 1996; Л. М. Шипицына, 1996-2004; А. Р. Маллер, 2000; А. Н. Коноп-лева, Т. Л. Лещинская, 2003; А. Бакк, К. Грюневальд, 2001 и др.).

В связи с принятием Международной Конвенции о правах ребенка, Стандартных правил по обеспечению равных возможностей для инвалидов (ООН), Саламанской Декларации и Рамок действий по образованию лиц с особыми потребностями (ЮНЕСКО) эти дети законодательно получили право на интегрированное обучение. Приобрели большое значение вопросы выявления потенциальных возможностей этих детей, разработки инновационных образовательных программ с целью приспособления их к жизни и интеграции в социум.

Это общечеловеческая проблема, с которой встречались и встречаются родители любой страны мира. К сожалению, такие дети будут рождаться и в обозримом будущем. Поданным Всемирной Организации Здравоохранения, число детей с нарушениями умственного развития достигает примерно 1% (при некотором преобладании лиц мужского пола). Однако это усредненные количественные показатели, которые не отражают истинного числа таких детей и

9

молодых людей в любой отдельно взятой стране. В разных странах по-разному понимают умственную отсталость, следуют различным диагностическим критериям, более того, этот показатель не учитывает и возрастной динамики людей с проблемами в умственном развитии.

Проблема умственной отсталости в настоящее время приобретает все большую актуальность. Это связано, прежде всего, с последними достижениями медико-биологических наук, которые способствуют все более тонкой клинической дифференциации различных форм умственной отсталости у детей.

Обычно глубокие и тяжелые степени умственной отсталости становятся очевидными в раннем детском возрасте, иногда сразу после рождения. Такие дети нередко имеют укороченный жизненный цикл и рано уходят из жизни, примерно к 18—20 годам их численность сокращается.

Легкая степень умственной отсталости у детей чаще распознается только к периоду поступления в школу или даже в начальных классах школы, когда обнаруживается, что ребенок не справляется с учебной программой. К сожалению, ранняя диагностика пока еще не всегда возможна. Подавляющее число детей из этой группы при правильном воспитании, обучении и трудоустройстве к 15—20 годам способны настолько социально адаптироваться, что в быту их почти не отличить от нормально развивающихся детей. Это бывает в тех случаях, когда ребенок живет в психологически и социально защищенных условиях. Если жизненная ситуация меняется и к ребенку или к молодому человеку начинают предъявлять требования, не соответствующие его психическим возможностям, наступает дезадаптация. Таких детей и подростков — около 70-75% от общего числа умственно отсталых, и дорога жизни у них складывается по-разному.

В процессе обучения и реабилитации этих детей большое место должны занимать семья, воспитатели, педагоги дошкольных учреждений и школы. Чтобы члены семьи могли включиться в эту работу, они должны пройти специальную подготовку. Воспитателям и педагогам специальных (коррекционных) детских садов и школ необходимо иметь глубокие знания о клинко-психопатологических и психолого-педагогических особенностях детей с умственной отсталостью.

Долгие годы в нашей стране очень мало внимания уделялось изучению проблем обучения и воспитания, а также психолого-педагогической диагностике и коррекции детей с глубоким нарушением интеллекта. Им навешивали ярлык «необучаемые» и помещали в

психоневрологические интернаты, либо они находились в семейной изоляции, и родители испытывали огромные трудности в их воспитании, не получая реально почти никакой помощи со стороны специалистов и поддержки от государства.

Современное состояние учения об умственной отсталости и повседневный опыт дают основания утверждать, что необучаемых детей нет, но возможности к обучению у них разные. И это обстоятельство все больше принимается во внимание, поэтому в последние годы положение детей с умственной отсталостью и их семей начинает меняться в лучшую сторону. Открываются специальные группы и классы «Особый ребенок», центры психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации и коррекции, много внимания уделяется помощи и поддержке родителей детей-инвалидов, появился ряд законодатель-

10

ных актов и целевых программ, направленных на улучшение положения детей, в том числе и с глубоким нарушением интеллекта. Направление работ отечественных и зарубежных специалистов предусматривает построение новых отношений между личностью ребенка, его семьей и обществом, а также поиск оптимальных путей социализации и социальной защиты. При этом акцент в специальной поддержке делается не только на детский и подростковый периоды, но и на период взрослости, то есть на позднюю реабилитацию и обеспечение возможности самостоятельной жизни, работы и самообслуживания умственно отсталых лиц.

Переход от детства к взрослости сложен даже для лиц с нормальным развитием - тем более для людей с проблемами в развитии, в том числе с нарушением интеллекта.

Гипотетически можно полагать, что программа переходного периода от детства к взрослости лиц с умственной отсталостью должна включать в себя ряд аспектов:

1) *социализацию* (личную адаптацию и интеграцию в общество, обучение общению, межличностное взаимодействие, организацию досуга);

2) *профессиональную подготовку* (практика «закрытых мастерских» себя не оправдывает, лучше готовить их для работы в сфере обслуживания — в магазинах, ресторанах, гостиницах, больницах и др.);

3) *обеспечение равных возможностей проживания* (развитие самооценки и самопонимания, проявления себя вне привычных домашних или школьных условий, умение независимого функционирования).

Социализация молодых лиц с тяжелой умственной отсталостью чрезвычайно затруднена в связи с отсутствием у них навыков межличностного общения в среде нормальных людей, несформированностью потребности в таком общении, неадекватной самооценкой, негативным восприятием других людей, гипертрофированным эгоцентризмом, склонностью к социальному иждивенчеству... В жизни эти молодые люди не имеют широких контактов со сверстниками. Если они содержатся в интернатных учреждениях, то окружены людьми со сходными социально-психологическими и коммуникативными проблемами. Большинство умственно отсталых молодых людей не обучались в школах и не получили никакого профессионального обучения. Их навыки общения, социальные и учебные навыки весьма ограничены. Основная часть из них живет в изоляции от общества дома или в интернатных учреждениях. У них нет возможности для независимого проживания и работы.

Родители умственно отсталых молодых людей имеют весьма скудные знания о современных методах коррекции и коммуникации своих детей. Большинство родителей чувствуют себя угнетенными и подавленными из-за болезни сына или дочери. Они часто думают, что проблемы их больных детей неразрешимы. Только небольшая часть родителей находит облегчение, поделившись с кем-нибудь своими трудностями. Многие считают, что из-за болезни своего ребенка они являются одиночками и изолированными. Многие родители скрывают наличие болезни у своего ребенка или хотят, чтобы об этом знали лишь отдельные лица.

11

Качество своей жизни большинство родителей характеризуют как плохое или очень плохое. В результате бесед с матерями (отцы очень редко идут на контакт с психологом или психотерапевтом) выявлено, что многих из них тяготит нарушенное поведение своих больных детей, например, агрессивность, повышенная сексуальность и пр. Они часто не понимают их состояния, не знают, как помочь умственно отсталому ребенку и ухаживать за ним (тем более в периоде взрослости).

Умственно отсталые подростки и молодые взрослые люди имеют право жить собственной независимой жизнью. Как все взрослые люди, они имеют право на самостоятельность в вопросах проживания (где и с кем жить), на самостоятельный выбор профессии, места работы, круга

общения. Их способности, энергия и силы, как бы малы они ни были, могут найти себе применение и принести пользу обществу. Для этого нужно желание общества принять их в свою жизнь как своих равноправных граждан, обеспечив при этом необходимую поддержку в виде системы помощи, обучения и трудоустройства, а также правовой защиты.

Оказание помощи молодым людям с ограниченными умственными возможностями в социализации, профессиональной подготовке, умении независимого функционирования называется в современных цивилизованных странах *поддерживающим проживанием*. По мнению одного из родителей ребенка-инвалида с синдромом Дауна, жизнь человека с нарушением умственного развития отличается от жизни обычных людей тем, что «обычные люди живут, как могут, а умственно отсталые — как им помогут» (Б. З. Кривошей, 2004).

Умственно отсталые люди не могут жить самостоятельно. Их можно научить обслуживать себя, самим ездить в транспорте и многому другому, но от этого их жизнь не станет более безопасной, особенно когда они останутся без родителей. Как уже указывалось, многие годы у нас в стране единственной альтернативой поддерживаемого проживания молодых людей с умственной отсталостью в семье был интернат. Причем условия жизни в нем, мягко говоря, оставляли желать лучшего, поэтому для многих родителей решение отдать своего взрослого ребенка в интернат было крайней мерой.

По библейским понятиям, каждому человеку нужна помощь, так как он — существо несовершенное. Тем более, если это существо умственно отсталое. В стенах родительского дома с его гиперопекой, а тем более в интернате, где, как правило, процветает беспрекословное подчинение персоналу, отсутствует основа для независимой жизни умственно отсталого человека. Этой основой может стать наше понимание того, что не из способностей и талантов человека прорастает его достоинство, а из его права на свою жизнь. Эта основа связана с изменением отношения общества к умственно отсталым людям, когда окружающий их социум будет понимать, что право на жизнь неотъемлемо и для людей с нарушениями интеллектуального развития.

Однако независимая жизнь таких людей в нашем обществе пока невозможна. Вряд ли она станет возможной и в ближайшее время, поскольку и обычные люди во многом тоже зависимы. Поэтому решением проблемы самостоятельного проживания умственно отсталых людей может быть профессиональное сопровождение без принуждения, без диктата, деликатное и искреннее. При-

12

меры подобного рода сопровождения можно видеть во многих странах мира: в Бельгии, Финляндии, Норвегии, Швеции и др.

В последнее десятилетие XX в. в большинстве стран мира отмечались существенные изменения, связанные с развитием интеграции и формированием нового отношения государства и общества к детям с ограниченными возможностями здоровья, к детям с особыми нуждами, к детям-инвалидам.

Последние 10—20 лет интеграция успешно осуществляется в западноевропейских странах. Имеются определенные положительные результаты и в нашей стране, хотя менее существенные, учитывая наши трудные социально-экономические условия (Н. Н. Малофеев, 1996; Л. М. Шипицына, 1998, 2004).

Эти два слова — «сопровождение» и «интеграция» — в нашей стране еще 10 лет назад не употреблялись. Эти подходы были весьма слабо разработаны в нашей науке и не применялись практически.

В настоящее время, когда в России систематически проходят международные конференции по проблемам интегрированного обучения и организации служб сопровождения, когда появился ряд законодательных актов, как федерального, так и регионального значения, центры психолого-педагогического медико-социального сопровождения стали функционировать не только в крупных городах, но и во многих отдаленных регионах. Теперь слова «сопровождение» и «интеграция» вошли в наш повседневный обиход, ведется подготовка различных специалистов, выпускается специальная литература.

В настоящее время в Санкт-Петербурге также функционирует система учреждений, где оказывается комплексная помощь семье и ребенку с ограниченными умственными возможностями. Такие учреждения работают в системах здравоохранения, социальной защиты и образования. Это дома ребенка, центры реабилитации детей-инвалидов, дошкольные образовательные учреждения компенсирующего вида, специальные (коррекционные) школы и др. Создано 14 открытых Центров реабилитации инвалидов подросткового возраста и молодых инвалидов от 15 до 30 лет, которые не

получали помощи ни в дошкольном, ни в школьном возрасте и воспитывались в изоляции от своих сверстников и общества. Эти центры принадлежат разным ведомствам, имеют разную направленность и специализацию работы. Они совсем недавно начали свою деятельность и ищут различные пути развития, методики работы с молодыми инвалидами по оказанию им более эффективной помощи и поддержки.

В книге представлены результаты исследования, полученные специалистами — специальными психологами и педагогами за последние годы. В исследованиях принимали участие профессора Л. М. Шипицына, Д. Н. Исаев, Е. С. Иванов, доценты В. М. Сорокин, А. А. Хилько, Л. А. Нисневич, Е. В. Михайлова, Л. Л. Крючкова, директора специальных (коррекционных) школ и центров М. П. Оспенникова, Л. А. Командирова, В. Н. Асикритов, Р. Ю. Тюховская, выпускники и студенты Института специальной педагогики и психологии.

13

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Глава 2

2.1. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС В УЧЕНИЕ ОБ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Исторически так сложилось, что различные аспекты проблемы жизнедеятельности лиц с проблемами в умственном развитии изучали и изучают представители различных наук: врачи, психологи, генетики, социологи, психотерапевты, юристы, а в последнее время — экологи и диетологи. Соответственно, родилось и множество терминов для обозначения этой группы индивидов. Терминологическое многообразие связано с тем, что в разных странах и в разные исторические периоды подходы к проблеме были различными.

Вот лишь некоторые примеры терминологического хаоса: слабоумие, олигофрения, психическая отсталость, психический дефект, психическая задержка, психическая недостаточность, психическое недоразвитие, психическая субнорма, психическая дефицитарность, особый ребенок, интеллектуальная недостаточность и др. Каждый из терминов содержит ту или иную информацию о каких-то особенностях психики таких лиц, или о причинах этих особенностей, или о механизмах расстройств мозговой деятельности, порождающих те или иные отклонения в психическом развитии ребенка.

Всеобъемлющее определение умственной отсталости, которое учитывало бы все ее стороны, как и любому другому явлению, дать необычайно трудно.

Так, например, известно, что у умственно отсталых имеется ограниченный активный запас слов. Поданным М. Мюллера, на которые ссылается С. С. Корсаков, у простого английского рабочего активный словарь состоит из 300 слов, а у В. Шекспира — из 15000 слов, но рабочий не является умственно отсталым. Ребенок с социально-педагогической запущенностью на первых этапах школьного обучения тоже не справляется со школьной программой, но и он не обязательно является умственно отсталым. Чуть ли не аксиоматическим стало положение о том, что умственная отсталость представляет собой следствие органического поражения мозга. Но при легкой степени умственной отсталости далеко не всегда можно обнаружить эту органическую недостаточность мозга. Наоборот, даже при явном органическом поражении мозга, например, гидроцефалии, детском церебральном параличе и др. умственной отсталости может и не быть. Традиционно из руководства в руководство переходит дог-

14

матическое положение «об отсутствии прогрессивности» при умственной отсталости, но проверка временем показала, что существует очень большое количество форм умственной отсталости, имеющих прогрессивное течение (ухудшение состояния во времени).

Каждый из критериев, в том числе и помимо названных, несет однозначную информацию. Определения, сформулированные на их основе, всегда отражают какую-то одну сторону явления. Этим страдают имеющиеся в большом количестве определения умственной отсталости и ее понимание.

Учение об умственной отсталости уходит в глубину веков. К числу наиболее старых психиатрических понятий относят понятие «слабоумие». Ж. Эскироль (1838) описал различие между врожденным и приобретенным слабоумием. При врожденном слабоумии наблюдаются признаки недоразвития психической деятельности, при приобретенном доминируют признаки распада психики.

Серьезным шагом в уточнении врожденного слабоумия было учение Э. Крепелина (1915). Он считал целесообразным объединить все клинические формы врожденного слабоумия в одну группу,

назвав их термином «олигофрения» (малоумие). Заранее предупредив, что этим термином он называет сборную, с различной этиологией, клинической картиной и морфологическими изменениями группу аномалий, Э. Крепелин объединил в ней состояния, имеющие общую патогенетическую основу — тотальную задержку психического развития. Указание на патологическое развитие как на основной фактор, определяющий особенности структуры и динамики умственной отсталости, было продуктивным, так как включило изучение умственной отсталости в общую проблему дизонтогении.

Однако олигофрения как клиническое понятие уже тогда не имело четких границ. Е. Блейлер (1920) подчеркивал трудности отграничения недоразвития психики при олигофрении от психической нормы.

Поскольку больные с глубокой степенью врожденного слабоумия составляли очень малую часть контингентов психиатрических больных, то изучению этих больных клиницисты уделяли мало внимания.

Исключение составляют ученики Ж. Эскироля — Voisin, Segun (1812-1880), труды которых оказали большое влияние на развитие науки о слабоумных детях, их воспитании и лечении. Э. Сеген дал определение и клиническое описание идиотии и имбецильности, а также создал свою систему лечебной и педагогической коррекции, разработанную и лично проверенную им в течение многих лет. Настаивая на необходимости лечения и воспитания слабоумных детей, Сеген с негодованием писал: «О неизлечимости идиотии так много говорилось, что никто и не пытается прикасаться к ней, предоставляя все природе».

В 1952 г. А. Тредгольд (A. Tredgold) определил умственную отсталость как состояние, при котором психика не может достичь нормального развития, и разработал критерии для ее диагностики: интеллектуальный (по обучаемости), биологический и социальный. Вскоре он отверг первый критерий на основании того, что даже интеллектуально полноценные дети сильно различаются по успеваемости. Главным Тредгольд считал социальный критерий. Существенной целью диагноза, таким образом, является оценка способности человека адаптировать себя к окружению и поддерживать независимое существование.

15

Принятие концепции социальной компетенции как единственного критерия умственной отсталости научно не обоснованно, поскольку в группу умственно отсталых, таким образом, попадут больные с неврозами, психопатией и др. Стандарты социального приспособления спорны и различаются в разных странах и в разные времена. Так же существуют разногласия в определении отсталости на основе социальных оценок (A. Clark, 1965).

В связи с необходимостью выработки критерия психического недоразвития А. Бине и Т. Симон в 1905 г. предложили три степени отсталости. В 1908 г. А. Бине разработал способ оценки психической неполноценности для детей соответственно возрасту. В 1914 г. У. Штерн ввел понятие интеллектуального коэффициента (IQ).

Невозможность опереться лишь на один критерий побуждала искать новые пути распознавания неполноценности. Одним из таких путей был предложен Э. Доллом (E. Doll, 1941). Он рассматривал 6 критериев умственной отсталости: 1) социальная некомпетентность; 2) умственное недоразвитие; 3) отсталость общего развития, которая приводит к остановке психического развития; 4) стойкость состояния; 5) конституциональное происхождение отсталости; б) инкурабельность состояния психического недоразвития.

В 1973 г. Американская ассоциация по психической неполноценности в «Руководстве по терминологии и классификации психического недоразвития» термин «психическое недоразвитие» называет соответствующим «значительно сниженному интеллектуальному функционированию, выражающемуся в недостаточности адаптивного поведения и возникшему в течение периода развития».

Данное определение подчеркивает 3 момента: 1) сравнение с нормальным развитием; 2) раннее возникновение интеллектуальной недостаточности; 3) нарушение приспособительного поведения. Эти моменты очень значимы для понимания умственной отсталости, но указание только на них недостаточно раскрывает само понятие.

Некоторые авторы считают, что умственную отсталость нельзя представить как систематизированное понятие, тем более что в настоящее время общепринятое определение интеллекта отсутствует.

В 1975 г. С. Гаррар и Дж. Ричмонд (S. Garrard, J. Richmond) выделили 2 важных критерия умственной отсталости: 1) низкое интеллектуальное функционирование; 2) нарушение приспособительного поведения.

Они подчеркивали, что трудности в обучении и интеллектуальное отклонение не могут квалифицироваться как психическое недоразвитие без учета одного из вышеприведенных критериев, но и он не дает возможности точного определения понятия умственной отсталости.

Уже к 1972 г. Т. Джордан (Т. Jordan) приводит 15 разновидностей подходов к созданию научных определений умственной отсталости, что наглядно показывает огромное разнообразие определений этого понятия. В одном случае оно рассматривается как сборная группа различных генотипических сущностей (L. Kanner, 1949). В другом, с эволюционных позиций, подчеркивается, что у представителей животного мира нет аналогичных явлений, так как нет ряда биологических систем, присущих лишь человеку (Р. Yakovlev, 1962). Этиологическое определение подчеркивает остановку развития мыслительного процес-

са у детей с умственной отсталостью на стадии конкретных операций, почти полную невозможность овладения формальными мыслительными операциями (В. Inhelder, 1968).

Приведенные выше определения показывают различные подходы в зависимости от целей, которые ставили перед собой авторы. Но практически ни одно из них не может служить диагностическим целям.

Более приемлемыми для практического применения в диагностике являются определения, которые отражают и патологические механизмы, и клинические особенности психического недоразвития.

В 1959 г. М. С. Певзнер понимала под олигофренией тот вид недоразвития сложных форм психической деятельности, который возникает при поражении зачатка либо вследствие органического поражения центральной нервной системы (ЦНС) на разных этапах внутриутробного развития плода или в самом раннем периоде жизни ребенка.

Но и данное определение имеет некоторые неточности, в частности, категорическое утверждение, что олигофрения — это всегда органическое поражение ЦНС. Убедительно не доказано, что только недоразвитие сложных форм психической деятельности является критерием олигофрении.

Многие специалисты придерживаются определения Г. Е. Сухаревой (1965), которая под олигофренией («малоумием») понимала группу различных по этиологии и патогенезу болезненных состояний, объединенных одним общим признаком: все они представляют собой клинические проявления дизонтогенеза головного мозга (иногда и всего организма в целом). К группе олигофрении она относил только те формы психического недоразвития, которые характеризуются 2 особенностями: 1) преобладанием интеллектуального дефекта; 2) отсутствием прогрессивности.

Исследования Л. С. Выготского (1983), А. Р. Лурия (1960), К. С. Лебединской (1985), В. И. Лубовского (1989), М. С. Певзнер (1959), Г. Е. Сухаревой (1965) и других подтверждают важность вышеприведенного определения, особенно для диагностики умственной отсталости. Данные авторы считают, что в первую очередь в диагностике психического недоразвития следует учитывать такие признаки, как стойкость, необратимость дефекта и его органическое происхождение.

Однако и приведенное выше определение Г. Е. Сухаревой требует некоторых уточнений:

1) психическое недоразвитие, обусловленное генетическими влияниями, не нужно отождествлять с дизонтогенезом;

2) наследственные механизмы, приводящие к интеллектуальному недоразвитию, принципиально отличны от тех, которые препятствуют гармоничному созреванию в течение беременности или вскоре после рождения;

3) дефект не только предпосылка интеллекта, но и личности в целом не является абсолютным признаком психического недоразвития;

4) психическое недоразвитие может быть обусловлено преобладающим поражением более древних образований, препятствующим накоплению опыта и обучению.

17

В. В. Ковалев (1995) рассматривает олигофрению как группу различных по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям непрогрессирующих патологических состояний. Общим признаком для них выступает врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 3-х лет) психическое недоразвитие с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Можно сделать данное определение более точным, если дополнить ряд общих признаков наследственным происхождением умственной отсталости, поскольку врожденные и наследственные формы психического недоразвития различны в патогенезе, а часто и в клинических проявлениях.

С. Я. Рубинштейн (1970) называет умственно отсталым такого ребенка, у которого стойко нарушена познавательная деятельность вследствие органического поражения головного мозга. Утверждать факт умственной отсталости можно только при наличии указанных в данном определении признаков.

Г. И. Каплан и Б. Дж. Сэдок (1994) рассматривают термин «умственная отсталость» как синоним ретардации и считают, что умственная отсталость — это «поведенческий синдром», который не имеет единой этиологии, механизма, динамики, прогноза и отражает установку общества по отношению к данной группе.

Такое определение требует различных оговорок и дополнений, поскольку механизмы ретардации не объясняют всей сложности патогенеза рассматриваемого заболевания.

В настоящее время во многих зарубежных странах (в США, Англии, Германии и др.) появляются новые термины, заменяющие термин «олигофрения» в связи с его несовершенством. Предлагаются следующие названия: «психическая отсталость», «психическая задержка», «психическая недостаточность», «психическая субнормальность», «умственный дефицит», «отсталые дети» и др. Предпринимаются попытки отделения тяжелых степеней олигофрении (имбецильности, идиотии) от легких степеней.

Следствием хаоса терминологических формулировок, обозначающих «врожденное слабоумие», а следовательно, и затруднений понимания самого слабоумия, явилось то, что по предложению Всемирной организации здравоохранения в классификации болезней (8-го, 9-го, а теперь 10-го пересмотра) и содержащейся там «Международной классификации психических и поведенческих расстройств» (МКБ, 1994. С. 37, 221-227) различные аспекты врожденного слабоумия рассматриваются под единым названием «умственная отсталость». К этой позиции присоединилось уже более 30 индустриально развитых стран мира, в последние годы к такому пониманию проблемы пришла и Россия. Объясняется это не только стремлением преодолеть терминологическое многообразие, но и — главным образом — тем, что произошли серьезные изменения в понимании умственной отсталости, ее причин, механизмов возникновения, степеней и форм, диагностики, вариантов динамики и др.

Постепенно формируется направление, сторонники которого пытаются в определении умственной отсталости представить совокупность факторов: этиологических (причинных), патогенетических (механизмов нарушения мозговой деятельности), клинических, психологических, социокультуральных, адаптивных, поведенческих и др.

18

Например, одно из последних определений, данное В. В. Ковалевым (1995. С. 245), звучит следующим образом: «Умственная отсталость — это группа разнородных состояний, в самой различной степени и по самым различным причинам нарушающих адекватное возрасту функционирование индивида в обществе вследствие дефекта познавательных способностей». Или другое определение, содержащееся в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10. С. 222): «Умственная отсталость — это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей». Подчеркивается, что у таких детей «адаптивное поведение нарушено всегда».

В этих определениях сделан акцент на том, что умственная отсталость — неоднородное состояние, она имеет множество причин, связанных с нарушением развития в периоде созревания.

Для умственной отсталости характерно нарушение познавательной деятельности и адаптивного социального поведения.

Умственная отсталость нами (Д. Н. Исаев, 1982) определяется как совокупность этиологически различных: наследственных, врожденных и приобретенных в первые годы жизни непрогрессирующих патологических состояний, выражающихся в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и приводящих к затруднению социальной адаптации.

Эта дефиниция отличается от принятой ICD-10 тем, что мы не относим к умственной отсталости те формы слабоумия, которые возникают у детей старше 3 лет или оказываются

следствием нарушения познавательного развития, возникающего в ходе текущего заболевания (шизофрении, эпилепсии, энцефалита). В то же время мы согласны с определением ICD-10 в том, что при умственной отсталости наряду с когнитивными, речевыми, моторными нарушениями может наблюдаться весь диапазон психических и соматических расстройств. Для диагностики могут быть также использованы 2 из 3-х критериев DSM-III-R, оценивающие умственную отсталость как: 1) интеллектуальное функционирование на значительно более низком, чем средний, уровне, и 2) сочетающееся с ним ухудшение адаптации, то есть низкая личностная эффективность в своей культуральной группе из-за неудовлетворительных социальных умений и ответственности, затрудненного общения, неумелого повседневного самообслуживания, недостаточной личностной независимости и самостоятельности.

2.2. ПРИЧИНЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Знание причин умственной отсталости важно не только для диагностики, но и для прогнозирования динамики заболевания у конкретного ребенка в дальнейшем, которое необходимо для решения вопросов его комплексной психолого-медико-педагогической реабилитации и социальной интеграции.

19

Несмотря на многолетнюю историю учения об умственной отсталости, говорить о ее причинах у конкретного ребенка не всегда представляется возможным. Очень часто причинные агенты оказываются в сложном взаимодействии на различных этапах психического онтогенеза. По многим данным литературы, считается, что только у 6% детей можно определить причину их умственной отсталости. Г. Аллен (1955), Дж. Маркен (1967) считают возможным установить причину только в 35%, все остальные случаи умственной отсталости относят к недифференцированным (или идиопатическим) формам.

Все причинные факторы условно можно разделить на 2 группы: эндогенные (внутренние), чаще всего наследственные, и экзогенные (внешние) — врожденные и рано приобретенные (до возраста 3-х лет).

По наследству, поданным В. П. Эфроимсона и М. Г. Блюминой (1978), на генетическом уровне, передается около 50—70% дифференцированных форм умственной отсталости. Около 1500 нервных и психических заболеваний (в том числе и умственная отсталость) связаны с неблагоприятными генными мутациями и около 300 — с хромосомными мутациями (фенилкетонурия, болезнь Л.Дауна, синдром Ж. Лежена, плодный алкогольный синдром, нейрофибро-матоз и др.). В связи с отрицательными экологическими изменениями в биосфере, широким распространением наркомании, в том числе алкоголизма и курения (это тоже виды наркомании), особенно среди молодежи, не исключено увеличение числа детей с дифференцированными формами умственной отсталости. В этой обширной группе у детей могут быть умеренные и легкие степени умственной отсталости, но преобладают тяжелые и глубокие степени, а в части случаев — и такие варианты недоразвития головного мозга, которые несовместимы с жизнью плода или родившегося младенца.

В последние годы наиболее интенсивно изучаются наследственные формы умственной отсталости.

В настоящее время установлено, что одной из частых причин глубокой умственной отсталости являются хромосомные аномалии, которые составляют около 15% от всех случаев. Диагностика хромосомных форм умственной отсталости основывается на комплексе показателей, полученных при клиническом и цитогенетическом обследовании. Хромосомные отклонения могут возникать при изменении числа или структуры как аутосом, так и половых хромосом. При аномалиях в системе аутосом умственная отсталость сильно выражена и часто сочетается с различными множественными пороками развития, включающими аномалии в строении лица, черепа, общую диспластичность телосложения, нарушения со стороны внутренних органов, костной системы, органов слуха, зрения.

Среди всех хромосомных аномалий, связанных с изменениями числа аутосом, чаще других встречается синдром Дауна. Его частота составляет 1: 700. Изучаются механизмы умственной отсталости при данном синдроме, разрабатываются программы комплексной реабилитации этих детей, начиная с первых месяцев их жизни. Другие хромосомные аномалии встречаются значительно реже.

Большое значение имеет ранняя диагностика умственной отсталости при наследственных нарушениях обмена. В настоящее время описано более 600 ви-

дов наследственных нарушений обмена. При большинстве из них имеет место поражение центральной нервной системы, что приводит к возникновению так называемого сложного дефекта, то есть к различным сочетаниям интеллектуальной недостаточности с поражениями двигательной системы, с недоразвитием речи, нарушениями зрения, слуха, с эмоционально-поведенческими расстройствами и / или судорожными припадками.

Особенно большое значение при изучении генетических форм умственной отсталости в настоящее время уделяется X-хромосоме, сцепленной с умственной отсталостью, и в частности синдрому ломкой X-хромосомы. Исследования, проводящиеся во многих странах, показали высокую частоту этого заболевания, сопоставимую-лишь с частотой синдрома Дауна.

Динамическое изучение развития детей с этим заболеванием выявило структуру дефекта, включающую сочетание специфической неврологической, психопатологической и соматической симптоматики (Е. М. Мастюкова, 1997).

Большое значение имеет клинично-генетическое изучение различных форм умственной отсталости эндогенного генеза с неуточненным типом наследования. Среди большого числа таких заболеваний особое внимание в последнее время уделяется синдрому Ретта, впервые описанному около 30 лет назад австрийским психиатром А. Реттом.

Генетическая природа синдрома Ретта подтверждается наличием семейных случаев, конкордантностью монозиготных и дискордантностью дизиготных пар, а также избирательностью поражения одного пола (женского).

Существует точка зрения, что заболевание обусловлено доминантным геном, локализованным в X-хромосоме, приводящим к гибели в раннем внутриутробном периоде мужских эмбрионов, в связи с чем заболевание наблюдается исключительно у лиц женского пола. При этом матери больных девочек всегда здоровы.

Неблагоприятные наследственные факторы могут выступать самостоятельно, но чаще в сложном взаимодействии с факторами внешней среды, то есть неблагоприятная окружающая среда может провоцировать наследственную предрасположенность к различным заболеваниям. Противопоставление эндогенных и экзогенных этиологических факторов является неправильным.

Экзогенных этиологических факторов очень много. В частности, это хронические заболевания матери во время беременности и в период кормления грудью (диабет, гипертония, сердечно-сосудистые заболевания, гепатит, злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков, бронхиальная астма, эмфизема и другие заболевания, ведущие к гипоксии плода; приемы некоторых лекарственных препаратов, профессиональные интоксикации и др.), нарушающие развитие плода.

Патологически протекающая беременность (например, тяжелый токсикоз, угроза выкидыша и др.), патологические роды — все это может быть причинами умственной отсталости или других нарушений психофизического развития ребенка.

Перенесенные матерью во время беременности различные инфекции: вирусные (коровая краснуха, СПИД, цитомегалическая инклюзионная болезнь, грипп), микробные (гноеродная инфекция, сифилис), заболевания, вызван-

21

ные простейшими микроорганизмами (токсоплазмоз, бруцеллез, листериоз), — также могут приводить к умственной отсталости. Последствия этих заболеваний для плода или уже родившегося ребенка могут быть самыми различными — от легких до глубоких степеней умственной отсталости, спонтанного выкидыша или даже смерти ребенка вскоре после рождения.

Причиной неблагоприятных последствий для психофизического развития плода или ребенка после его рождения может быть и влияние повышенной радиоактивности биосферы (атмосферы, воды, почвы, растительного и животного мира). Особенно чувствительным к радиоактивному облучению является генетический и хромосомный аппарат зародышевых клеток.

Многие из названных причин умственной отсталости имеют значение и после рождения ребенка, примерно до трех лет его жизни, так как развитие мозга у человека продолжается в интенсивном режиме примерно еще три года после рождения. Даже минимальные вредности, действующие на развивающийся мозг, могут иметь далеко идущие неблагоприятные последствия для развития ребенка. Поэтому чрезвычайно важно уберечь его от ушибов головы, которые могут быть результатом случайных падений, конфликтных ситуаций (падения со стула, с качелей, травмы головы при детских драках, даже физических наказаний, когда родители находятся в состоянии аффекта и т. п.). Предохранять ребенка от различных инфекций, интоксикаций, ушибов головы,

своевременно его лечить — это означает создать ему условия для нормального психофизического развития.

В последние годы много внимания уделяется семьям, в которых имеются умственно отсталые дети. Возрастает количество фактов, дающих основание утверждать, что в бедных слоях населения чаще и больше в количественном отношении встречаются дети с умственной отсталостью в легкой степени. Тяжелые и глубокие степени умственной отсталости почти равномерно распределяются среди детей всех слоев населения. Такая закономерность имеется во всех экономически развитых странах мира.

Преобладание детей с легкой степенью умственной отсталости в бедных слоях населения объясняется многими причинами. Среди таких причин обычно называют: некачественное питание детей, плохие экономические и бытовые условия существования этих семей, частые болезни детей и недостаточное их лечение, низкий социокультуральный уровень (по сравнению с другими слоями населения) ближайшего окружения детей и отсутствие, в связи с этим, у них стремления к более высоким уровням жизни. Несомненно, плохо сказывается на психическом развитии младенца отрицательный психологический климат в семье, частые конфликты и эмоционально напряженные отношения между членами семьи.

Для нормального психофизического развития младенца, ребенка необходимо, чтобы жизнь его протекала в условиях эмоциональной теплоты, любви, нежности, симпатии, чтобы он постоянно чувствовал материнскую заботу, свою защищенность, чтобы у него были условия для общения и социальной самореализации, то есть для удовлетворения основных психических потребностей. К сожалению, в реальной жизни такие условия создаются в семьях не всегда, и в этих случаях жизнь ребенка протекает в условиях психической депривации.

22

Формы и степени психической депривации различны. Неоднозначны и последствия психической депривации: запаздывания в развитии речи, отклонения в формировании личности, нарушения поведения (часто агрессивность), аутизм, низкая норма интеллекта, легкие степени умственной отсталости и др. Наиболее выраженные отрицательные последствия бывают при сочетании психической депривации с причинными факторами эндогенной или экзогенной природы.

2.3. ПАТОГЕНЕЗ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Традиционно считалось, что умственная отсталость — результат органического поражения головного мозга. Наряду с этим известно, что органическая недостаточность головного мозга обнаруживается преимущественно у тяжело умственно отсталых детей, тогда как у детей с легкими степенями умственной отсталости выявляется редко. С. Гаррард и Дж. Ричмонд (1975) обнаружили ее наличие только у 20—25% умственно отсталых детей. Это означает, что патогенез различных форм умственной отсталости неоднозначен.

Г. Е. Сухарева (1965) указывает, что в патогенезе имеют значение не только качество и интенсивность действующей вредности, но и так называемый «хро-ногенный фактор», то есть важно, на каком этапе онтогенеза происходит повреждающее действие вредности, приводящее к дизонтогенезу.

Обычно пороки развития подразделяют на гаметопатии, бластопатии, эм-бриопатии и фетопатии. Тяжесть поражения зародыша и плода, а соответственно, и клиническая картина, во многом зависят от сроков поражения. На ранних этапах обычно встречаются тяжелые и грубые поражения, часто не совместимые с жизнью. Во второй половине беременности грубые поражения плода являются редкостью, но патогенез умственной отсталости более сложный, так как к нарушениям развития нередко присоединяются местные воспалительные процессы с последующими очаговыми некрозами, спайками, рубцами и другими повреждениями мозга и мозговых оболочек.

Современное состояние учения об умственной отсталости далеко не всегда позволяет с достаточной долей определенности устанавливать ее причину и патогенез, особенно в конкретных случаях. Несомненно, механизмы ретардации и асинхронии не исчерпывают всей сложности патогенеза умственной отсталости. Более того, Г. И. Каплан и Б. Дж. Сэдок (1994) термин «умственная отсталость» рассматривают просто как синоним ретардации и считают, что умственная отсталость является «поведенческим синдромом», не имеющим единой этиологии, механизма, динамики или прогноза, и отражает всего лишь точку зрения и установку общества по отношению к таким детям.

В последние 30-40 лет происходили серьезные изменения позиций в учении об умственной отсталости. Наряду с признанием этиопатогенетической роли органического поражения головного

мозга все больше выявлялась роль социокультуральных факторов и такого фактора, как адаптация детей к окру-

23

жающей среде. Особенно эти изменения коснулись понимания легких степеней умственной отсталости, хотя патогенез этих степеней умственной отсталости во многом еще не ясен, не раскрыта зависимость между интеллектом и нарушением структур мозга.

Термин «умственная отсталость» является достаточно обобщенным понятием, включающим стойкие нарушения интеллекта, то есть разные клинические формы интеллектуального недоразвития — как резидуальные, так и прогрессивные, обусловленные прогрессирующими заболеваниями ЦНС. Среди клинических форм умственной отсталости выделяют олигофрению и деменцию.

Термин «олигофрения» также включает несколько групп стойких интеллектуальных нарушений, обусловленных, прежде всего, внутриутробным недоразвитием головного мозга или стойким нарушением его формирования в раннем постнатальном онтогенезе (на первых трех годах жизни).

Таким образом, олигофрения представляет собой проявления ранней диз-онтогении головного мозга с преимущественным недоразвитием более поздно формирующихся мозговых структур и, прежде всего, лобной коры головного мозга (Е. М. Мастюкова, 1997).

В раннем возрасте разграничение деменции и олигофрении представляет большие сложности. Это связано с тем, что любое заболевание или повреждение мозга, приводящее к утрате ранее приобретенных навыков и распаду сформированных интеллектуальных функций, обязательно сопровождается отставанием психического развития в целом. Поэтому в раннем возрасте часто трудно разграничить приобретенную и врожденную интеллектуальную недостаточность. В связи с этим приобретенный интеллектуальный дефект, связанный с прогрессирующими органическими заболеваниями мозга, с эпилепсией, шизофренией, начавшимися в первые годы жизни ребенка, имеет сложную структуру, включающую отдельные черты как деменции, так и олигофрении. При преобладании последних говорят об олигофреноподобных состояниях.

При возникновении деменции у детей старше трех лет ее отграничение от олигофрении становится более надежным.

Для разграничения этих форм интеллектуальных нарушений важно иметь в виду, что при деменции, в отличие от олигофрении, имеет место период нормального интеллектуального развития. Кроме того, структура интеллектуальной недостаточности при деменции имеет свои характерные особенности, которые заключаются в неравномерной недостаточности различных познавательных функций.

При деменции может наблюдаться несоответствие между запасом знаний и крайне ограниченными возможностями их реализации.

Характерными признаками деменции являются выраженные нарушения умственной работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения, мотивации. Кроме того, характерны личностные и эмоциональные расстройства: дети часто некритичны, расторможены.

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков. Например, если деменция возникает у ребенка трех лет, то прежде всего теряется речь, пропадают начальные навыки самообслуживания

24

и опрятности, затем могут утрачиваться и ранее приобретенные навыки (в частности, навык ходьбы), чувство привязанности к близким и т. п.

Одна из актуальных проблем изучения умственной отсталости у детей в настоящее время — сопоставление клинических проявлений интеллектуального дефекта с фенотипическими особенностями ребенка, неврологическими и соматическими отклонениями, оценкой эмоционально-поведенческих особенностей, речевых и двигательных дефектов. Это позволяет дифференцировать различные формы олигофрении и выделять так называемые синдромальные формы как генетической, так и экзогенной этиологии.

Основоположником такого подхода в изучении олигофрении была М. С. Певзнер (1959), которая впервые предложила патогенетическую классификацию олигофрении, убедительно показав соотношение этиопатогенеза и клинических проявлений интеллектуального дефекта. Большой вклад М. С. Певзнер внесла в изучение так называемой недифференцированной олигофрении, продемонстрировав роль в ее этиологии как генетических, так и экзогенных факторов.

2.4. СИСТЕМАТИКА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

В настоящее время существует большое количество различных систематик. Только в англоязычных странах их насчитывается свыше 20. Умственная отсталость классифицируется по различным основаниям, отражающим этиологию и патогенез этого заболевания.

Разнообразие симптоматики умственной отсталости стимулирует разработку классификаций, созданных на основе психологических и клинических признаков. Скажем, в XX в. выделялись такие типы олигофрении, как апатичная, ажитированная, сенситивная, боязливая и т. д. (Г. Я. Трошин, 1915).

Вопрос о классификации умственной отсталости является сложным и дискуссионным. Некоторые авторы (К. Paddle, 1934 и др.) пытались выделять у детей с легкой степенью умственной отсталости различные типологические особенности: сексуальный, драчливый, напористый, тип стяжателя.

Так, К. Шнайдер (K. Schneider, 1949) разделил детей с олигофренией на хвастливого болтуна, закоренелого ханжу, бессмысленного упрямого, инертно-пассивного. К. Франкенштейн (C. Frankenstein, 1964) также использовал в своей классификации особенности развития личности. На основе интеллектуального дефекта (ригидности психики, отвлекаемости, автоматизма реакций и т. д.) он выделил 4 типа умственной отсталости: агрессивный, подозрительный, покорный, апатичный.

Другие (А. Ф. Tredgold, 1937, 1952; R. Cook, 1944) подменяют систематику умственной отсталости перечислением болезненных состояний, при которых наблюдаются симптомы слабоумия.

Отдельные симптомы или клинические картины в целом использовались как ведущий критерий для выделений форм умственной отсталости и другими авторами (О. Е. Фрейеров, 1964; Ch. Kohler, 1963; G. O'Connor, 1966 и др.).

25

Приведенные выше классификации разработаны недостаточно. В них наиболее яркий симптом используется формально, для обозначения клинической группы, группировки чаще всего случайны и непоследовательны. Такое деление не ориентирует специалистов на адекватную коррекцию, лечение и обучение и не позволяет оценить прогноз.

Расширение знаний о причинах психического недоразвития привело к созданию различных классификаций на основе этиологических принципов. Типичным примером такой классификации является дихотомическое деление олигофрении по происхождению (А. Srauss, 1939). Он предложил выделить 2 типа общего психического недоразвития:

1. Экзогенный (органический). У больных нет грубых неврологических нарушений, состояние характеризуется выраженным нарушением восприятия и образования понятий. Больные этого типа с трудом выполняют невербальные задания, легко отвлекаемы. Их поведение характеризуется импульсивностью, недостатком контроля, агрессивностью, расторможенностью, гиперактивностью.

2. Эндогенный (неорганический). У этих больных не так грубо нарушены восприятие и образование понятий, невербальные задачи решаются легче.

Данная классификация показывает различия форм умственной отсталости по происхождению, а также по особенностям интеллектуальных и перцептивных функций. Однако в настоящее время она мало приемлема для диагностики, профилактики, коррекции и лечения детей и подростков с умственной отсталостью, так как не учитывает все многообразие клинических проявлений данной группы.

Э. Льюис (E. Lewis, 1933) делил больных олигофренией на 2 группы:

1) субъекты, развивающиеся в неблагоприятных условиях, достигающие низкой интеллектуальной одаренности;

2) субъекты, отличающиеся интеллектуальным недоразвитием вследствие заболеваний или повреждений головного мозга.

Эта классификация имела большое значение для дальнейшего развития исследований умственной отсталости. Но она не учитывает всего многообразия клинических проявлений и в настоящий момент не имеет большого практического значения.

К. Бенда (C. Benda, 1952) выделил 3 группы умственной отсталости:

1) возникает как крайний вариант низкого «физиологического» уровня интеллекта у биологически нормальных личностей;

2) появляется при наследственном предрасположении к психическому недоразвитию под воздействием генетических и — частично — средовых факторов;

3) возникает вследствие органических поражений ЦНС, родовых травм, инфекций, метаболических нарушений и травматических повреждений мозга в раннем детстве.

В приведенной выше классификации существует крайний вариант умственной отсталости, который близок к варианту нормального психического разви-

26

тия и при котором нет соматоневрологических нарушений. Но применяемое к данному варианту название — «физиологическая интеллектуальная неполноценность» — размывает границы между нормой и патологией. В связи с этим применение данной классификации при составлении коррекционных занятий для всех форм умственной отсталости невозможно.

Систематика умственной отсталости по этиологическому принципу получила развитие в многостепенных этиопатогенетических классификациях.

Одна из первых классификаций по патогенетическому и этиологическому развитию принадлежит У. Стромайеру (W. Strohmayer, 1926), который разделил все формы психической отсталости на 2 основные группы, отличающиеся друг от друга по ряду критериев (особенности развития, время поражения, этиологические факторы и др.). М. О. Гуревич (1932) описал формы умственной отсталости: с неясной патологией, вызванные эндогенными причинами, экзогенными поражениями и эндокринными расстройствами, разделив эти формы на подгруппы. С. Я. Рабинович (1940) при выявлении различных групп умственной отсталости учитывал не только качество вредности, но и время ее действия, течение и интенсивность заболевания, которое привело к нарушению психического развития, и другие параметры.

Вышеописанные классификации по этиологическому принципу имели большое значение для дальнейшего развития более полных и четких классификаций в данных направлениях. В настоящее время они интересны в контексте исследования динамики развития систематики умственной отсталости, но не применимы на практике вследствие недостаточной разработанности. Данные систематики указали на этиологию как на один из существенных факторов, обуславливающий специфику различных форм психического недоразвития. Однако учета лишь этиологического принципа для выявления различных форм и вариантов умственной отсталости недостаточно.

Работы цитогенетиков (J. Lejeune, J. Book, 1959; C. Ford, 1959) открыли возможности для понимания роли хромосомных нарушений в этиологии олигофрении. Опираясь на приведенные цитогенетиками исследования, Г. Джервис (G. Jervis, 1959) предложил классификацию, которая является одной из наиболее подробных в этой области. Он разделил психическое недоразвитие на 2 большие группы:

- 1) физиологические;
- 2) патологические (эндогенные и экзогенные).

Г. Джервис считал, что олигофрения — это остановка или задержка умственного развития в результате наследственных причин, заболеваний или каких-либо повреждений до подросткового возраста.

Данная классификация отличается научно обоснованным выделением огромного числа форм психического недоразвития, но при этом, как отмечает Д. Н. Исаев (1982), чрезмерно расширено понятие олигофрении. Чрезмерное расширение данного понятия делает систематику Джервиса неправомерной для использования, как при диагностике, так и при дифференцированной коррекционно-развивающей работе и лечении различных форм и вариантов умственной отсталости.

27

В 1967 г. А. Хорус (A. Chorus) предложил классификацию, которая значительно отличалась от всех остальных. Он выделяет 4 группы больных в зависимости от сроков созревания их психики:

- 1) психика формируется к 20 годам;
- 2) психика никогда не достигает зрелости;
- 3) психика частично дефективна вследствие низкого вербального интеллекта;
- 4) психика развивалась в условиях бедной стимуляции в раннем детстве.

Данная классификация не предполагает диагностику умственной отсталости во всем многообразии форм и вариантов. При определении временных границ для определения групп упускаются вопросы диагностики, и поэтому систематика становится несостоятельной в плане профилактики, лечения и составления коррекционно-развивающих программ для детей и подростков с различными формами и вариантами умственной отсталости.

Для цели социального и педагогического прогноза создавались систематики, в основу которых были положены культуральные факторы или способности детей с умственной отсталостью к социальной адаптации или обучению. Классификации, основывающиеся на уровне

приспособляемости к условиям жизни, учитывают и коэффициент интеллектуальной одаренности (L. Rosensweig, J. Long, 1960 и др.).

Л. Каннер (L. Kanner, 1955) предложил деление олигофрении на 3 типа:

1) «абсолютное слабоумие», к которому он относит больных с «действительными» нарушениями познавательных, эмоциональных и конструктивно-волевых способностей. Они не способны к независимому существованию;

2) «относительное слабоумие». Психическая неполноценность людей этого типа определяется «культурными» особенностями. Уровень больных данной группы меняется в зависимости от требований жизни;

3) «кажущееся слабоумие». Людей этого типа психометрически могут оценивать не так, как в жизни (в зависимости от обстоятельств).

Данная классификация учитывает культурные условия, в которых находится человек, и подчеркивает их влияние на его интеллектуальные особенности. Но она практически не позволяет отграничить легкую степень психического недоразвития от нормы. Дети с легкой степенью умственной отсталости являются одной из наиболее распространенных групп ОПН, которая должна быть отдифференцирована как от нормы, так и от более тяжелых форм умственной отсталости.

Классификация Американской ассоциации по изучению психического недоразвития выделяет шкалы для оценки интеллекта и поведения. Интеллектуальная шкала выявляет несколько степеней психического недоразвития: пограничная, легкая, умеренная, «тяжелая», «глубокая». С помощью поведенческой шкалы оценивается степень адаптивного поведения (R. Heber, 1959).

Вышеописанные классификации подвергаются постоянной критике, так как с их помощью невозможно точно оценить ни уровень интеллектуального развития, ни качественную характеристику психического недоразвития.

28

К. Инграм (C. Ingram, 1953) и Дж. Гондро (J. Gandreau, 1966) создали классификацию для педагогов. Они выделяют 3 группы учеников:

1) способные к обучению в массовых или вспомогательных школах;

2) способные к приобретению навыков самообслуживания;

3) вовсе неподдающиеся воспитанию.

Определение коэффициента одаренности, степени социальной приспособленности и изучение степени обучаемости, по мнению этих авторов, позволяет оценить интеллектуальную неполноценность.

М. Кле (M. Cleugh, 1957) предлагает более подробную классификацию, выделяя 2 группы детей с умственной отсталостью:

1) «субнормальные» (тупые; корригируемые отсталые; очень тупые);

2) необучаемые (воспитуемые; невоспитуемые).

Классификации Инграма, Гондро и Кле имеют узко направленное практическое значение. Отсутствие анализа структуры интеллектуального дефекта делает данные классификации недостаточными даже для работы педагогов. Они не выделяют наиболее сохранные или наиболее пострадавшие стороны психики, и поэтому на их основе выбор наиболее адекватных методов обучения разных типов детей с умственной отсталостью невозможен.

Существуют также морфологические классификации (R. Masland, 1958; N. Malamut, 1964; L. Crome, J. Stern, 1967 и др.). Наибольший след в анатомо-морфологическом и этиологическом направлениях учения о слабоумии во второй половине XIX — начале XX в. оставили психиатры В. Гризингер, В. Айрленд, Б. Морель, Д. Бурневиль, В. Вейганд, Э. Крепелин.

Английский психиатр В. Айрленд (1838—1909) сделал одну из первых попыток классифицировать слабоумие по анатомо-морфологическим и этиологическим признакам. Он различал 10 групп идиотии в зависимости от расстройств, которые лежат в их основе: генетический, микроцефалический, эпилептический, гидроцефалический, травматический, воспалительный и др.

В. Айрленд сделал попытку указать социальные факторы, которые в разной степени влияют на возникновение слабоумия. Эта классификация до конца XIX в. была исходной для других классификаций в данном направлении. В настоящее время она не может быть использована для диагностики форм умственной отсталости, поскольку не учитывает более легкие степени психического

недоразвития.

Французский психиатр В. Магнан (V. Magnan, 1897) предлагал классификацию слабоумия, учитывая и этиологические, и анатомо-физиологические факторы. Он выделял три группы больных:

- 1) неуравновешенные в отношении интеллекта;
- 2) неуравновешенные в отношении чувств;
- 3) импульсивные, у которых главным образом нарушена воля.

Данная классификация слабоумия дезорганизует представление о слабоумии, так как не учитывает основные признаки слабоумия. Отдельные компоненты психической жизни человека в них представлены изолированно друг от друга.

29

Приведенные выше классификации не могут применяться для диагностики и коррекции умственной отсталости, поскольку не отражают всех многочисленных градаций, которые можно наблюдать среди детей и подростков с психическим недоразвитием.

Умственная отсталость — обширная группа разнообразных по этиологии и патогенезу заболеваний, которые имеют различные клинические проявления, хотя можно назвать и ряд общих (Г. Е. Сухарева, 1965; В. В. Ковалев, 1995):

- результат дизонтогенеза головного мозга;
- ведущие нарушения — интеллектуальная недостаточность и недоразвитие эмоциональной сферы;
- отсутствие прогрессивности.

В отечественной психиатрии наиболее известны систематики М. С. Певз-нер (1959), С. С. Мнухина (1961), Г. Е. Сухаревой (1965), Д. Н. Исаева (1982), В. В. Ковалева (1995).

В основу классификации Г. Е. Сухаревой (1965) положены 2 основных критерия: «хроногенный фактор», то есть этап эмбриогенеза, на котором происходило действие вредности, и качество вредности. Эта классификация имеет этиопатогенетическое и клиническое содержание. Все клинические формы умственной отсталости (по Г. Е. Сухаревой — олигофрении) подразделены на 3 основные группы, и есть еще одна группа, формально не имеющая номера, но по своей сути являющаяся четвертой группой.

Первая группа. Олигофрении эндогенной природы (поражение генеративных клеток родителей):

- П болезнь Л. Дауна;
- П истинная микроцефалия;
- энзимопатические формы олигофрении с наследственными нарушениями различных видов обмена — фенилпировиноградная олигофрения, га-лактоземия, сукрозурия, другие энзимопатические формы олигофрении;
- П формы олигофрении в сочетании с недоразвитием костной системы, кожи и слабоумием (дизостозические и ксеродермические олигофрении).

Первая группа олигофрении включает неосложненные формы заболевания, связанные, прежде всего, с генетической патологией и проявляющейся в недоразвитии интеллектуальной, речевой, сенсорной, моторной, неврологической и соматической сферах.

Вторая группа. Эмбриопатии и фетопатии:

- олигофрения, обусловленная вирусом краснухи, которой мать переболела во время беременности (рубеолярная олигофрения);
- олигофрении, обусловленные другими вирусами (грипп, паротит, инфекционный гепатит, цитомегалия);
- П олигофрения, обусловленная токсоплазмозом и листериозом;
- П олигофрения, возникшая на почве врожденного сифилиса;
- О олигофрении, обусловленные гормональными нарушениями у матери и токсическими факторами (экзо- и эндотоксическими агентами);
- О олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденных.

30

Вторая группа олигофрении включает осложненные формы заболевания, связанные с синдромами нарушения нервной системы: церебрастеническим, неврозоподобным, психопатоподобным, эпилептиформным, апатико-адинамическим.

Третья группа. Олигофрения, возникающая в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве (до 3-летнего возраста):

- О олигофрения, связанная с родовой травмой и асфиксией;
- олигофрения, вызванная черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде (в раннем детстве);

□ олигофрения, обусловленная перенесенными в детстве энцефалитами, менингоэнцефалитами и менингитами.

В условной четвертой группе Г. Е. Сухарева (1965) называет атипичные формы олигофрении. Внутри этой группы имеется множество форм, связанных с прогрессирующей гидроцефалией, локальными дефектами развития головного мозга, эндокринными нарушениями и другими факторами.

Клинико-патогенетическая классификация Г. Е. Сухаревой (1965,1974) имеет большое значение для изучения особенностей детей и подростков с умственной отсталостью с медицинской и психологической стороны. Для дифференциальной диагностики важно различать болезненные симптомы, которые могут иметь большое значение в недоразвитии ребенка или при органической деменции.

Придерживаясь патогенетического подхода и учитывая время поражения, локализацию и этиологию, М. С. Певзнер(1959) представила классификацию, в которой представлены **5 форм слабоумия**.

Форма 1. Проявляется в диффузном, но относительно поверхностном недоразвитии или поражении коры головного мозга, без грубых нарушений лик-вообращения и выпадений того или иного анализатора, без привычных нарушений эмоционально-волевой сферы.

Форма 2. Отличается сочетанием поверхностного диффузного недоразвития коры головного мозга с нарушением ликвообращения.

Форма 3. Характеризуется диффузным поражением коры головного мозга, которое сочетается с локальными нарушениями. В зависимости от локализации поражения делится на подгруппы:

- 1) с нарушением слуха и речи;
- 2) с нарушением зрительной афферентации;
- 3) с нарушением двигательных систем и др.

Форма 4. Отличается поверхностным поражением коры головного мозга, сочетающимся с поражением подкорковых областей.

Форма 5. Проявляется поверхностным поражением коры головного мозга, которое сочетается с недоразвитием или поражением лобных отделов, что выражается в недоразвитии познавательной деятельности.

Под руководством М. С. Певзнер впервые в нашей стране были развернуты комплексные исследования по изучению недифференцированной олигофрении, а также сложных дефектов, включающих умственную отсталость, речевое недоразвитие, сенсорные и двигательные дефекты.

31

При изучении структуры дефекта при олигофрении М. С. Певзнер (1959) опиралась на нейрофизиологические и нейропсихологические исследования А. Р. Лурия (1956). Это позволило ей установить в самой структуре интеллектуального дефекта закономерную зависимость, или иерархию, симптомов, а также обосновать клиническую классификацию олигофрении.

По структуре клинических проявлений выделяют неосложненные и осложненные формы олигофрении. Осложненные формы чаще возникают при воздействии на развивающийся мозг неблагоприятных факторов на более поздних стадиях внутриутробного развития в сочетании с повреждающим воздействием асфиксии и родовой травмы. В этих случаях интеллектуальный дефект сопровождается рядом нейродинамических и энцефалопатических расстройств. При этом может иметь место более выраженная степень недоразвития или повреждения локальных корковых функций, например, речи, отдельных видов праксиса, гнозиса. Подобная форма олигофрении нередко имеет место у детей с церебральным параличом, также она может наблюдаться у детей с гидроцефалией.

К осложненным формам относят также олигофрению с психопатоподобным поведением. Для этой формы олигофрении характерно сочетание интеллектуального дефекта с недоразвитием личностных компонентов, недостаточностью критического отношения к себе и окружающим, сопровождающихся выраженными нарушениями поведения, часто срасторженностью влечений, что проявляется особенно ярко в препубертатном и пубертатном возрастах. Подобную форму олигофрении нередко наблюдают при семейном алкоголизме и особенно при алкогольном синдроме плода.

Среди осложненных форм выделяют также олигофрению с нарушением функции лобных долей мозга, впервые описанную М. С. Певзнер (1959). При этой форме олигофрении наблюдается своеобразная структура интеллектуальной и эмоционально-личностной недостаточности. Характерны выраженные нарушения целенаправленной деятельности, критики, самоконтроля. На

фоне недоразвития познавательной деятельности у этих детей отчетливо выступают нарушения эмоционально-волевой сферы, недоразвитие личности. Дети не способны к психическому напряжению, им свойственен благодушно-эйфорический фон настроения, они плохо учитывают ситуацию, некритичны к себе и окружающим. Эту форму олигофрении М. С. Певзнер рассматривала как атипичную (1959).

Одним из первых в России учитывал патофизиологические механизмы при создании классификации умственной отсталости С. С. Мнухин (1948, 1961). Используя клинко-физиологический анализ, он выделил 3 формы умственной отсталости:

- 1) астеническая;
- 2) стеническая;
- 3) атоническая.

Критериями для их дифференциации послужили клинические проявления, а также конституциональные особенности высшей нервной деятельности ребенка.

32

Подробное клиническое, экспериментально-психологическое и электроэнцефалографическое изучение форм психического недоразвития позволило С. С. Мнухину и Д. Н. Исаеву (1965) выделить 4-ю форму умственной отсталости. Д. Н. Исаев (1982) не только подробно описал ее, но и выделил варианты других форм «общего психического недоразвития» и сформулировал представление о системном поражении ЦНС при них. Данная классификация включает в себя ряд форм и вариантов:

I. Астеническая форма:

- 1) основной вариант;
- 2) брадипсихический вариант;
- 3) дислалический вариант;
- 4) диспрактический вариант;
- 5) дисмнестический вариант.

II. Стеническая форма:

- 1) уравновешенный вариант;
- 2) неуравновешенный вариант.

III. Атоническая форма:

- 1) спонтанно-апатический вариант;
- 2) акатизический вариант;
- 3) мориоподобный вариант.

IV. Дисфорическая форма.

В основе клинических проявлений выделенных нами (Д. Н. Исаев, 1982) форм умственной отсталости лежат присущие им нейродинамические сдвиги.

Астеническая форма умственной отсталости, характеризующаяся дисгармоничностью психических проявлений, отличается тем, что перцепция, речь, житейская ориентировка, память развиваются лучше, чем временные и пространственные представления, конструктивные способности, чтение, письмо, счет и воспроизведение последовательных рядов представлений и движений. Недостаточен уровень моторной зрелости, нарушено образование связей между зрительной и моторной системами. Внимание неустойчивое, работоспособность истощаемая, легко развивается утомляемость. Аффективно-волевая сфера отличается незрелостью, лабильностью, возбудимостью и довольно быстро наступающей истощаемостью. У одних больных преобладают выраженные речевые расстройства, у других — затруднения в пространственной организации движений, у третьих — своеобразные инфантильные изменения памяти с преобладающим расстройством репродукции, у четвертых — никаких других, кроме основных расстройств (истощаемости, утомляемости, эмоциональной неустойчивости и др.) не отмечается. Еще одной частью больных свойственна преобладающая замедленность психических процессов. Описанные психопатологические особенности, часто наблюдающиеся у этих больных вегетативные, экстрапирамидные расстройства и пароксизмальные явления, а также результаты ЭЭГ и биохимических исследований можно трактовать как показатель

33

недоразвития или раннего повреждения нескольких функциональных систем: энергетической, эмоциональной, пространственной ориентировки, зрительно-моторной координации и др., структурно связанных с глубинными отделами мозга (гипоталамо-таламического уровня).

Стеническая форма умственной отсталости — сравнительно равномерное недоразвитие как интеллектуально-мнестических, так и эмоционально-волевых сторон психики. Интеллектуальная активность этих детей отличается лучшим в сравнении с больными другими формами выполнением вербальных заданий, однако наиболее продуктивна их манипулятивная деятельность, отражающая удовлетворительное внимание и зрительно-моторную координацию. Наряду с этим выявляются недостаточная логичность и замедленность мышления, малый объем практических знаний, сниженная память и ограниченность интересов, овладение школьными навыками идет у них почти в прямом соответствии с общим уровнем психической отсталости. В основе достаточно организованного и устойчивого поведения лежат малоизмененные влечения. В посылке для них умственной и физической деятельности проявляют удовлетворительное прилежание. Из выявленных двух вариантов этой формы у больных первого — ровное поведение, активность в меру их познавательных способностей, старание, добродушие и общительность, у больных второго — выраженные аффективные нарушения, проявляющиеся в эмоциональной неустойчивости, вспыльчивости и неупорядоченном поведении. Учитывая клинические особенности, результаты изучения ЭЭГ, вызванных потенциалов, кожно-гальванических рефлексов можно предположить, что психическая отсталость этих больных зависит от недоразвития различных и вероятно многих корковых структурно-функциональных систем, ответственных, в первую очередь, как за процессы отвлеченного мышления, так и за наиболее высокие и тонкие эмоции. Причем нарушение созревания этих систем происходит более или менее равномерно. Отсутствие у этих больных значительных изменений метаболизма также косвенно подтверждает меньшее участие в происхождении этой формы глубинных структур, ответственных за регуляцию обмена веществ.

Больные с *атонической формой умственной отсталости* характеризуются плохой способностью к мотивированному, целесообразному, устойчивому и плановому поведению. Они отличаются снижением психического напряжения, нарушением целенаправленной активности, выражающейся в почти бесцельной суетливости, нарушении сосредоточения, изменении инстинктивных проявлений, недостаточной дифференцированности эмоций. Относительно широкий круг используемых речевых шаблонов контрастирует с малым объемом осмысленно освоенных понятий. Характерны также недостаточная заинтересованность, редкие и нестойкие побуждения, отсутствие или слабость мотивов для адекватного ситуации поведения. У одного варианта этой формы на передний план выступают бедность инициативы, бездеятельность и беспомощность, у другого — постоянное двигательное беспокойство при отсутствии аффективного напряжения, у третьего благодушие сочетается с некоторой рас-торможенностью, многоречивостью, а иногда и дурашливостью. Больные этой формой хуже, чем вербальные, выполняют манипулятивные задания. У них нарушены зрительно-моторные связи, что обнаруживается при выполнении

34

заданий на координацию и построение конструкций. Клинические проявления этой формы нами связываются в первую очередь с недоразвитием или повреждением лимбико-лобных, медио-базальных мотивационных систем. Неполноценность этих структур — не только помеха для адекватного функционирования мозга в целом, но и препятствие для его созревания в целом. Наряду с этим имеются данные для констатации неполноценности нижнестеволовых, лимбических структур и вовлечения других образований мозга.

Дисфорическая форма умственной отсталости отличается выраженной ап-розексией, хаотическим поведением, обнаженностью влечений и протрагиро-ванным эмоциональным напряжением. Эти дети постоянно раздражительны, плаксивы, всем недовольны, капризны и легко разряжают свой «аффективный накал» вспышками агрессии, разрушительными действиями, что приводит к ухудшению и без того низкой интеллектуальной продуктивности, нарушает контакт с окружающими и препятствует участию в игровой, учебной и трудовой деятельности.

Вышеприведенная классификация умственной отсталости Д. Н. Исаева и С. С. Мнухина (1982) позволяет врачам изучать особенности каждой формы и варианта и подбирать наиболее оптимальные пути лечения, а психологам и педагогам-дефектологам — находить особенности психического отклонения и проводить максимально дифференцированные психолого-педагогические коррекционные мероприятия. Все это дает возможность для осуществления более полноценной, комплексной социально-психологической адаптации и абилитации детей и подростков с умственной отсталостью.

Традиционно все формы умственной отсталости по глубине интеллектуального дефекта делят на три степени:

- 1) дебильность (легкая степень умственной отсталости);
- 2) имбецильность (средняя степень умственной отсталости);
- 3) идиотия (тяжелая степень умственной отсталости).

Однако в 8—9-м пересмотрах МКБ ВОЗ предполагается не три, а четыре степени интеллектуальной недостаточности. Определение степени умственной отсталости производится путем психометрического тестирования и подсчета интеллектуального коэффициента IQ (отношение психического возраста к паспортному).

В соответствии с МКБ-10 ВОЗ (1994), приняты следующие условные показатели IQ:

- психическая норма — 100-70;
- легкая степень умственной отсталости — 69—50;
- умеренная (средняя) степень — 49-35;
- тяжелая (резко выраженная) степень — 34-20;
- глубокая степень — 20 и ниже.

В классификации умственной отсталости МКБ-10 ВОЗ (1994) содержатся шифры для статистической обработки и диагностические формулировки. В пояснении к классификации диагностическая формулировка увязывается с конкретным повреждающим агентом и хроногенным фактором, указываются со-

35

путствующие расстройства. В этой классификации предусмотрены и поведенческие нарушения, которые часто бывают у умственно отсталых детей и еще более затрудняют их социальную адаптацию.

Классификация раздела «Умственная отсталость» представлена следующим образом:

- Легкая умственная отсталость.
- Умеренная умственная отсталость.
- Тяжелая умственная отсталость.
- Глубокая умственная отсталость.
- Другая умственная отсталость.
- Неуточненная умственная отсталость.

О Минимальные поведенческие нарушения или их отсутствие.

- Значительные поведенческие нарушения, требующие внимания или лечебных мер.
- Другие поведенческие нарушения.
- Поведенческие нарушения не определены.

Данная классификация не содержит старых «штампов» при определении степени умственной отсталости и является более дифференцированной. Деление по степени выраженности дефекта имеет определенное клиническое значение, поскольку глубина поражения влияет на особенности клинических проявлений. Также оно имеет и практическое значение, поскольку в зависимости от степени выраженности дефекта решается вопрос о типе учреждения, куда рекомендуют направить ребенка для обучения. Но количественное определение степени интеллектуальной недостаточности не отражает всей структуры дефекта и особенностей клинической картины. IQ должно являться не основанием для диагноза, а лишь частью комплексной психолого-медико-педагогической диагностики и коррекции. МКБ-10 не учитывает качественного своеобразия структуры дефекта и не может рассматриваться как наиболее адекватная при психологической коррекции детей и подростков с умственной отсталостью.

В рассмотренных в данном разделе классификациях умственной отсталости учитываются различные факторы, в первую очередь, степень выраженности интеллектуального дефекта.

Однако для оценки всего клинического разнообразия больных недостаточно характеристики только одного интеллектуального функционирования. Симптоматика умственно отсталых богаче. И особенно важно то, что на обучаемости, продуктивности и приспособляемости больных сказывается не только тяжесть интеллектуального дефекта, но и другие нарушения психики. Это в первую очередь касается больных с легкой степенью умственной отсталости, численность которых составляет около 85% всей популяции умственно отсталых. Более того, именно они в подавляющем большинстве случаев становятся предметом заботы разных специалистов. В связи с этим педагог с целью наибольшей эффективности обучения и врач для наилучшей диагностики и лечения, оценивая больного с легкой степенью умственной отсталости, должны учитывать не только неспособность к выработке сложных понятий и обобще-

ний, ограниченность абстрактного мышления, отсутствие пытливости, конкретность, ригидность и подражательность мышления, при неплохой ориентировке в обычной ситуации и удовлетворительной практической осведомленности, но и возможные индивидуальные особенности предпосылок интеллекта и эмоционально-волевых проявлений.

2.5. СИМПТОМЫ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ 2.5.1. Легкая умственная отсталость

При легкой умственной отсталости интеллектуальный коэффициент составляет 69—50 (в отличие от нормального, равного в среднем 100). Дети с легкой степенью умственной отсталости, обладающие хорошим вниманием и хорошей механической памятью, способны обучаться по специальной (коррекционной) программе. Эта программа основана на конкретно-наглядных методах обучения, она значительно облегчает усвоение математики, письма, чтения и других предметов, поэтому ребенок в течение 8 и более лет может ее освоить. В дальнейшем он приобретает профессиональные навыки и может самостоятельно трудиться на производстве.

Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, большинство из них овладевают способностью использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в беседе. Однако для их речи характерны фонетические искажения, ограниченность словарного запаса, недостаточность понимания слов («слова-клички»), значение употребляемых слов неточное. Слово не используется в полной мере как средство общения. Обнаруживается отставание активного словаря от пассивного. Умственно отсталый человек понимает значительно больше, чем говорит сам. Активный лексикон не только ограничен, но и перегружен штампами (одними и теми же словосочетаниями). Нарушение грамматического строя (согласованности слов) связано с редкостью использования прилагательных, предлогов и союзов, которых не хватает в активном словаре. Фразы бедные, односложные. Имеются затруднения в оформлении своих мыслей, передаче содержания прочитанного или услышанного. В некоторых случаях отмечаются признаки общего речевого недоразвития.

Сужение и замедление зрительных, слуховых, кинестетических, тактильных, обонятельных и вкусовых ощущений и восприятий затрудняют создание адекватной ориентировки в окружающей среде. Недостаточное развитие восприятия не позволяет получить правильное представление о том, что находится вокруг умственно отсталого человека и что такое он сам.

Недостаточно улавливается сходство и различие между предметами и явлениями, не ощущаются оттенки цветов, ошибочно оцениваются глубина и объем различных свойств предметов, что можно объяснить затруднениями анализа и синтеза воспринимаемой информации.

37

Произвольное внимание нецеленаправленное, требуются большие усилия для его привлечения, фиксации, оно нестойкое, легко истощается, характеризуется повышенной отвлекаемостью. Это создает умственно отсталому ребенку большие трудности и даже препятствия при овладении не только школьной программой, но и элементами самообслуживания.

Мышление конкретное, ограниченное непосредственным опытом и необходимостью обеспечения своих сиюминутных потребностей, непоследовательное и стереотипное, некритичное. Слаба регулирующая роль мышления в поведении, способность к отвлеченным процессам снижена. Умственно отсталый ребенок не планирует свою активность по этапам, и тем более не пытается заранее предвосхитить последствия. Даже подросток замахивается на то, чтобы стать учителем, врачом, летчиком, не учитывая возможных трудностей.

Память отличается замедленностью и непрочностью запоминания, быстротой забывания, неточностью воспроизведения. Наиболее неразвитым оказывается логическое опосредованное запоминание. В то же время механическая память может оказаться сохранной или даже хорошо сформированной. Обычно запечатлеваются лишь внешние признаки предметов и явлений. Вызывают большие затруднения воспоминания о внутренних логических связях и обобщенных словесных объяснениях.

Эмоции недостаточно дифференцированы, неадекватны. Они не соответствуют значительности изменений, происходящих вокруг и с самим умственно отсталым человеком. Он бурно радуется тогда, когда нужно было бы лишь улыбнуться, не умеет сдерживать гнев и даже агрессию, когда следовало бы лишь рассердиться.

С трудом формируются высшие чувства: гностические, нравственные, эстетические и др. В связи с этим отсутствуют ответственность, не проявляется удовлетворение в завершении работы. Преобладают непосредственные переживания их деятельности и конкретных жизненных обстоятельств. Возникающая неудовлетворенность отказом в получении увиденной игрушки, сладостей вне зависимости от материальных возможностей является причиной несдержанного

гнева. Настроение, как правило, неустойчивое. Существующее мнение о том, что степень эмоционального недоразвития, как правило, соответствует глубине интеллектуального дефекта, на практике не всегда находит подтверждение. Определенная часть умственно отсталых лиц оказывается способной серьезно переживать свои ограниченные способности. В связи с этим они являются группой повышенного риска по возникновению невротических расстройств.

Произвольная активность лиц с умственной отсталостью отличается слабостью побуждений, недостаточностью инициативы, безудержностью побуждений, внушаемостью и упрямством, слабостью социальных, личностных мотивов. Необходимые решения нередко принимаются по типу короткого замыкания. Поступки недостаточно целенаправленны, импульсивны, отсутствует борьба мотивов. Поведение в связи с этим крайне непоследовательно, неожиданно. Оно то отличается пассивностью, то прерывается неожиданными и обычно неуместными поступками, что, безусловно, затрудняет приспособление умственно отсталого человека к жизни.

38

Все же при определенной зрелости личности большинство из них достигают независимости в сфере ухода за собой. Они способны самостоятельно принимать пищу, умываться, одеваться, управлять функциями кишечника и мочевого пузыря. Они овладевают практическими и домашними навыками, даже если их развитие значительно медленнее, чем в норме.

Несмотря на то что такие люди усваивают поведенческие нормы, их ролевые функции в обществе ограничены. Это особенно отчетливо выражено в современном обществе, характеризующемся множеством ролей, что ограничивает способности лиц с легкой умственной отсталостью к адаптации. Несамостоятельность, повышенная внушаемость и склонность к подражанию нередко приводят к тому, что поведение находится в большой зависимости от влечений и аффектов, от непосредственных обстоятельств, в которых умственно отсталый индивид находится.

Психомоторное недоразвитие проявляется в замедлении темпа развития локомоторных функций, в непродуктивности и недостаточной целесообразности последовательных движений, в двигательном беспокойстве и суетливости. Движения бедны, угловаты, недостаточно плавны. Особенно плохо сформированы тонкие и точные движения, а также жестикуляция и мимика.

Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости, у многих детей особые трудности вызывают чтение и письмо.

В большинстве случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и ручной полуквалифицированный труд. Они овладевают профессиями маляра, плотника, слесаря, швеи, вышивальщицы, картонажницы и т. д. не достигая высоких разрядов.

В социальных условиях (например, в сельской местности), не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе может и не вызывать трудностей приспособления. Тем не менее, если наряду с этим отмечаются заметные эмоциональная и социальная незрелость, то проявятся и последствия ограничения социальной роли, например, неспособность справляться с требованиями, связанными с брачной жизнью или воспитанием детей, или затруднения в адаптации к культурным традициям и нормам.

2.5.2. Умеренная умственная отсталость

Умеренная умственная отсталость — средняя степень психического недоразвития. Интеллектуальный коэффициент составляет 49-35. Она характеризуется ^сформированными познавательными процессами. Мышление конкретное, непоследовательное, тугоподвижное и, как правило, неспособное к образованию отвлеченных понятий.

У лиц этой категории медленно (запаздывание на 3-5 лет) развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Часто речь сопровождается дефектами. Она косноязычна и аграмма-

39

тична. Словарный запас беден, он состоит из наиболее часто употребляемых в обиходе слов и выражений.

Развитие статических и локомоторных функций очень задержано и они недостаточно дифференцированы. Страдают координация, точность и темп движений. Движения замедленны, неуклюжи, что препятствует формированию механизма бега и не позволяет научиться прыгать. Моторная недостаточность обнаруживается в 90— 100% случаев. Умственно отсталые дети даже в подростковом возрасте с большим трудом принимают заданную позу и не способны ее сохранить в

течение более чем несколько секунд. У них возникают большие сложности при переключении движений, быстрой смене поз и действий. У одних двигательное недоразвитие проявляется однообразными движениями, замедленностью их темпа, вялостью, неловкостью. У других повышенная подвижность сочетается с нецеленаправленностью, беспорядочностью, некоординированностью движений.

Развитие навыков самообслуживания отстает. При особенно грубых дефектах моторного развития исключается возможность формирования этих умений. Наиболее часто возникают трудности в овладении навыками, требующими тонких дифференцированных движений пальцев: шнурование ботинок, застегивание пуговиц, завязывание ленточек и шнурков. Некоторые пациенты нуждаются в контроле и помощи в быту на протяжении всей жизни.

У всех нарушено внимание. Оно с трудом привлекается, отличается неустойчивостью и отвлекаемостью. Слабое активное внимание препятствует достижению любой поставленной, в том числе элементарной, цели. В связи с этим даже игровая деятельность затруднена.

У лиц с умеренно выраженной умственной отсталостью запас сведений и представлений мал. Образование отвлеченных понятий либо недоступно, либо резко ограничено. Отмечается недоразвитие восприятия и памяти.

Незначительная часть таких лиц (главным образом, за счет неплохой механической памяти) добивается ограниченных школьных успехов, осваивая основные навыки, необходимые для чтения, письма и элементарного счета. Специальные образовательные программы могут дать возможности для развития их ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков. Освоенные знания они применяют с трудом, зачастую механически, как заученные штампы.

В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью, спокойные и поддающиеся руководству, обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного контроля (постоянные наблюдения и указания).

Независимое проживание достигается редко. Тем не менее такие люди, в общем, полностью мобильны, физически активны и большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях.

Для этих лиц характерна большая вариабельность при тестировании способностей. Некоторые из них достигают относительно высокого уровня по тестам на оценку зрительно-пространственных навыков, по сравнению с результатами заданий, зависящих от развития речи. В других случаях значительная неуклю-

40

жесть сочетается с некоторыми успехами в социальном взаимодействии (общении) и элементарном разговоре. Уровни развития речи различны: одни могут принимать участие в простых беседах, другие обладают речевым запасом, достаточным лишь для сообщения о своих основных потребностях (в еде, одежде, защите). Некоторые так никогда и не овладевают способностью пользоваться речью, хотя и могут понимать простые инструкции и усвоить значения ряда жестов, позволяющих им в некоторой степени компенсировать недостаточность речи.

У детей могут обнаруживаться аутистические проявления или другие общие расстройства развития, оказывающие большое влияние на клиническую картину и необходимые реабилитационные мероприятия (воспитательно-педагогические и медицинские меры по приспособлению к жизни). Одни из них добродушны и приветливы. Другие раздражительны, злобны, агрессивны. Третьи упрямы, лживы, ленивы. У многих отмечается повышение и извращение влечений, в том числе и расторможенная сексуальность. Они склонны к импульсивным (неожиданным) поступкам.

У части детей появляются эпилептические припадки в форме расстройств сознания, сопровождающихся судорогами. Не представляют исключения и неврологические симптомы (парезы, параличи). Умственная отсталость нередко сочетается с нарушением развития конечностей, кистей, пальцев, головы, кожи, внутренних органов, гениталий, зубов, лица, глаз, ушей.

Умеренная умственная отсталость иногда осложняется другой психиатрической патологией. Однако ограниченность речевого развития делает ее выявление затруднительным и зависящим от информации, получаемой от тех, кто знаком с пациентом. Большинство взрослых лиц с умеренной умственной отсталостью способны выполнять простые, неквалифицированные операции при условии постоянного наблюдения и руководства, учитывающего их индивидуальные и личностные качества, в условиях стабильности окружающей среды и неизменности предъявляемых к ним требований. Они нуждаются в социальной защите и помощи.

Оптимальной социальной нишей для лиц с умеренной степенью умственной отсталости является семья (особенно живущая в сельской местности и занятая сельскохозяйственным трудом) или учреждения собеса. В этом плане весьма интересен опыт совместного проживания и деятельности умственно отсталых лиц со здоровыми людьми в Кемпхильских общинах, руководствующихся антропософским учением Рудольфа Штейнера. Такие общины широко распространены в Германии, Англии, Норвегии и ряде других стран. Идут поиски путей оптимальной социальной реабилитации умственно отсталых лиц в разных направлениях, однако они далеки от своего решения (Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира, 1997).

2.5.3. Тяжелая умственная отсталость

При тяжелой умственной отсталости мышление не только очень конкретное, ригидное, но и лишено способности к обобщению. Коэффициент умственного развития находится в пределах 35-20. По клинической картине, нали-

41

чию последствий перенесенных органических повреждений и сопутствующих расстройств эта категория лиц во многом сходна с таковыми, страдающими умеренной умственной отсталостью. Низкие уровни функционирования характерны для лиц с тяжелой умственной отсталостью. У большинства из них наблюдается выраженная степень недоразвития моторных функций, нарушения координации или другая сопутствующая патология, указывающая на наличие клинически значимого повреждения или нарушенного развития центральной нервной системы.

Эти лица с большим трудом осваивают некоторые навыки самообслуживания. Часть из них не способна даже научиться застегивать пуговицы и завязывать шнурки.

Они могут ознакомиться с самыми элементарными школьными знаниями. В связи с этим их обучение сводится к тренировке навыков самообслуживания и освоению ориентировки в окружающей среде, развитию общения.

Лица с тяжелой степенью умственной отсталости могут самостоятельно передвигаться, минимально использовать речь как средство общения, несмотря на серьезное ее недоразвитие, выделять людей, которые хорошо к ним относятся, кроме того, у них имеются элементы социализации эмоций.

Даже достигнув юношеского возраста, они способны овладеть лишь элементарными трудовыми процессами. Как правило, интеллектуальные нарушения сопровождаются выраженной неврологической патологией: параличами, парезами и др. Соматическая симптоматика у большинства этих больных — неотъемлемая часть клинической картины. У них наблюдаются пороки развития скелета, черепа, конечностей, кожных покровов и внутренних органов, диспластическое телосложение, дисгенетические признаки и многое другое.

В связи со сказанным становится ясно, что лица с тяжелой степенью умственной отсталости не могут существовать самостоятельно, они требуют постоянной помощи и поддержки.

2.5.4. Глубокая умственная отсталость

У этих лиц коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что они весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. У них не развиты внимание, восприятие, память. Отсутствуют способности к элементарным процессам мышления. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь рудиментарные формы общения. Они не способны или мало способны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и поддержке.

Понимание и использование речи ограничивается, в лучшем случае, выполнением основных команд и выражением элементарных просьб. Чаще вместо речи — отдельные нечленораздельные звуки или слова с непониманием их смысла.

Потребности и действия носят примитивный характер, двигательные реакции хаотичные, нецеленаправленные, наблюдаются стереотипные раскачивания, двигательное возбуждение, без всяких внешних причин.

42

Часть таких детей могут приобретать простые зрительно-пространственные навыки и при соответствующем контроле и руководстве принимают участие в приеме пищи за столом.

Наиболее тяжелые из них не плачут, не смеются, не узнают окружающих. Их внимание ничем не привлекается. Они с трудом ориентируются в пространстве. Реагируют только на боль. Выражение лица тупое. Съедобное и несъедобное не различают.

Отсутствуют элементарные навыки самообслуживания, не умеют играть. Речь и жесты не понимают. Наблюдаются аффекты гнева, стремление к нанесению себе повреждений (кусают свои конечности, бьются головой о стену, мебель). Часты проявления сексуального возбуждения — безудержный онанизм. Одни апатичны, вялы, другие злобны, раздражительны, крикливы, агрессивны.

В большинстве случаев причина глубокой умственной отсталости — последствия органических внутриутробных, родовых и других повреждений головного мозга. Как правило, имеют место неврологические нарушения, оказывающие влияние на больного. Нередко наблюдаются эпилептические припадки. Могут быть серьезные соматические пороки развития и заболевания. Встречаются также расстройства зрения и слуха. Особенно часты такие общие расстройства развития, как апатичный аутизм (обычно в наиболее тяжелых формах). Эти расстройства наиболее характерны для больных, неспособных самостоятельно передвигаться.

Таким образом, умственная отсталость — сборная группа стойких непрогрессирующих патологических состояний с различной этиологией и патогенезом, но объединяемых по сходству основной, главной клинической картины наследственного, врожденного или приобретенного в первые годы жизни слабоумия, выражающегося в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и в затруднении социальной адаптации.

2.6. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Диагностика умственной отсталости в детском возрасте должна опираться на установление определенной качественной структуры интеллектуального дефекта, центральное положение в котором принадлежит недоразвитию высших сторон познавательной деятельности, на выявление отставания в психическом развитии ребенка, а также на отсутствие углубления дефекта и других признаков прогредиентности.

Основными клиническими признаками умственной отсталости являются

(Е. М. Мастюкова, 1997):

43

1) преобладание тотальной интеллектуальной недостаточности со своеобразной иерархией интеллектуального дефекта, то есть при недоразвитии всех нервно-психических функций имеет место преимущественная стойкая недостаточность абстрактных форм мышления;

2) интеллектуальный дефект, который сочетается с нарушениями моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения. Во всех этих сферах имеет место типичная для олигофрении иерархия дефекта, то есть более поздно формирующиеся компоненты произвольности и регуляции всех этих функций остаются недостаточно сформированными;

3) недоразвитие познавательной деятельности при умственной отсталости отражено, прежде всего, в недостаточности логического мышления, нарушении подвижности психических процессов, инертности обобщения, сравнения предметов и явлений окружающей действительности по существенным признакам, в невозможности понимания переносного смысла пословиц и метафор;

4) замедленный темп мышления и инертность психических процессов, что определяет отсутствие возможности переноса усвоенного в процессе обучения способа действия в новые условия;

5) недоразвитие мышления сказывается на протекании всех психических процессов: восприятия, памяти, внимания. Страдают, прежде всего, все функции отвлечения и обобщения, нарушаются компоненты психической активности, связанные с аналитико-синтетической деятельностью мозга. В эмоционально-волевой сфере это проявляется в недоразвитии сложных эмоций и произвольных форм поведения.

Интеллектуальный дефект отличается стойкостью и при тяжелых формах диагностируется уже на первом году жизни.

В грудном возрасте для диагностики умственной отсталости имеет значение своевременность развития локомоторных функций, особенности эмоционального развития и психической активности, а также данные неврологического обследования: соотношение с возрастом ребенка сохранности архаических автоматизмов (рефлексы Моро, хватательный, выпрямления и др.).

На первом году жизни у ребенка, отстающего в развитии, могут быть выявлены начальные проявления умственной отсталости.

При нормальном соматическом состоянии, ненарушенном слухе и зрении такой ребенок отличается от других детей вялостью, сонливостью, запоздалыми проявлениями дифференцированных эмоциональных реакций (улыбки). У него недостаточна реакция на

происходящее вокруг. Слабо выражен комплекс оживления при приближении к нему знакомых взрослых.

Ребенок не отличает близких ему членов семьи от чужих людей, у него не возникает более живая и яркая (дифференцированная) реакция на лицо матери. Он недостаточно активно интересуется яркими и звучащими игрушками. Эмоциональные мимические движения отсутствуют, взгляд мало выразительный, улыбка появляется поздно и возникает лишь как подражание при обращении к нему взрослых. В связи с тем, что предметно-манипулятивная дея-

44

тельность не развивается, ребенок не разглядывает игрушки и другие предметы, не задерживает их в руках и не двигает ими.

Отсутствует первичное понимание речи, отстающий в развитии малыш обращает мало внимания на произносимые родными слова. Преобладание пищевой доминанты сказывается в том, что ребенок тянет в рот все, появляющееся в его поле зрения. Долго не прекращается автоматическое слежение за двигающимися предметами. Малыш позже других сверстников начинает садиться, пытается вставать и ходить.

На 2-м году жизни появляются запоздалые навыки стояния, ходьбы. Первые слова обычно появляются с большой задержкой. Длительно отсутствует даже простейшая, состоящая из 2-3-х слов, фразовая речь. В этом возрасте ребенок не научается проситься на горшок. Не удается обучить его пользоваться ложкой, чашкой. Он не помогает, когда его одевают взрослые.

Интерес к окружающим предметам, если и возникает, то оказывается мимолетным. Ребенок не тянется к ним, не пытается схватить или же, взяв в руки, быстро утрачивает интерес. Появляющиеся в это время игры примитивны, они сводятся к размахиванию, верчению, бросанию игрушек и случайных предметов.

В дошкольном возрасте (в 4—5 лет) освоение навыков самообслуживания происходит медленно и неудовлетворительно. Поздно появляется фразовая речь, она характеризуется крайне бедным словарным запасом, отсутствием развернутых фраз. Запас бытовых сведений оказывается недостаточным. Отсутствуют понятия цвета, числа. Недостаточны представления о различиях в величине предметов. Игровая активность примитивна и подражательна. Устанавливать контакт со сверстниками ребенок не умеет, так как не понимает их интересов, смысла и правил тех или иных игр. Плохо развиваются и дифференцируются чувства. Задерживается развитие жалости, сочувствия, понимания боли, страданий и обид других людей.

В младшем школьном возрасте умственная отсталость может проявиться невозможностью понимания и усвоения учебной программы начальных классов общеобразовательной школы. Для отстающего в развитии ученика особенно большую трудность может представить освоение математических операций или приобретение навыков письменной речи. У большинства же умственная отсталость препятствует освоению всех школьных навыков в том темпе и в том объеме, который предусмотрен для детей с нормальным психическим развитием. Недостаточна и житейская ориентировка. Ребенок не знает домашнего адреса (названия города, улицы, номера дома, квартиры). Не может рассказать о том, кем и где работают родители. Путает времена года и затрудняется в их описании. Не воспроизводит названия месяцев, дней недели. Он не образует некоторые обобщающие понятия: документы, профессии, инструменты и др. Отмечаются неполное понимание переносного или скрытого смысла пословиц, метафор, затруднения при проведении аналогий или различий. Ребенку не удается связно пересказать прочитанный текст или прослушанный рассказ, сказку. Чем в более раннем возрасте удастся выявить умственную отсталость, тем раньше можно будет начать обучать ребенка по наиболее подходящей для него коррекционной программе.

45

Обычно глубокие и тяжелые степени умственной недостаточности становятся очевидными в раннем детском возрасте, иногда сразу после рождения. Такие дети нередко имеют укороченный жизненный цикл и рано уходят из жизни, примерно к 18-20 годам их численность сокращается.

Легкая степень интеллектуальной недостаточности у детей чаще распознается к периоду поступления в школу или даже в начальных классах школы, когда обнаруживается, что ребенок не справляется с учебной программой. Подавляющее число детей из этой группы при правильном воспитании, обучении и трудоустройстве к 15—20 годам способны настолько социально адаптироваться, что в быту их сложно отличить от нормально развивающихся детей. Это бывает в тех случаях, когда ребенок живет в психологически и социально защищенных условиях. Если жизненная ситуация меняется и к ребенку или молодому человеку начинают предъявлять

требования, не соответствующие его психическим возможностям, наступает дезадаптация. Легкой степенью страдает около 70—75% всех детей и подростков с умственной недостаточностью, и судьбы их различны.

Для определения глубины психического недоразвития и качественной характеристики структуры дефекта, помимо основного клинико-психологического метода, применяется патопсихологическое обследование, включающее исследование мышления и предпосылок интеллектуальной деятельности (комбинаторной деятельности, памяти, внимания и др.). Большое значение для диагностики имеет педагогическая характеристика, отражающая возможности усвоения школьной программы, а также особенности личности ребенка.

Анализ психопатологических проявлений дает возможность выделять дополнительные психопатологические синдромы и диагностировать осложненные и атипичные формы умственной отсталости. Диагноз обычно подкрепляется результатами соматического и неврологического обследования и лабораторных методов исследования. При диагностике дифференцированных форм умственной отсталости большое значение приобретает установление определенного сочетания особенностей психопатологических проявлений с характерными сомато-неврологическими симптомами. Для диагностики применяются специальные биологические методы (цитогенетический, биохимический, иммунологический и др.). В диагностике ряда дифференцированных форм большое значение имеют и другие параклинические и лабораторные исследования (бактериологическое, иммунологическое, биохимическое и др.), которые позволяют диагностировать умственную отсталость, обусловленную токсоплазмозом, сифилисом, иммунологической несовместимостью матери и плода, наследственными болезнями обмена и др.

Важное условие дифференциальной диагностики умственной отсталости — анализ динамики психического недоразвития и сопутствующих психических и неврологических нарушений, так как синдром слабоумия может быть одним из клинических проявлений ряда наследственно-дегенеративных заболеваний (туберозный склероз, болезнь Стерджа—Вебера, болезнь Вильсона—Коновалова и др.).

46

Таким образом, вопреки распространенному мнению о невозможности диагностики умственной отсталости до 3-летнего возраста ребенка, подобная диагностика возможна. Необходима разработка вопросов ранней диагностики (не только генетических и хромосомных форм), и она должна вестись в единой связи с социальной реабилитацией детей и подростков и решением вопросов инвалидизации. Диагноз умственной отсталости не «вечен», он может пересматриваться.

Ранняя диагностика отклонений в психическом развитии ребенка раскрывает возможности для предупреждения умственной отсталости и организации комплексной психолого-медико-педагогической реабилитационной работы, что способствует наиболее адекватной социальной адаптации и интеграции таких детей в общество.

2.7. ДИНАМИКА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Вопрос о динамике умственной отсталости является принципиальным. Мнения, существующие по этому вопросу, могут быть сведены к двум позициям.

1. В зарубежной литературе нередко отрицалась какая-либо динамика у детей с умственной отсталостью, последняя сравнивалась даже с ампутационной культей. Считалось, что у таких детей отсутствует «даже минимальное улучшение».

2. По мнению других специалистов, это не соответствует реальному положению дел, так как именно за рубежом успешно реализуется идея интеграции умственно отсталых детей в обычные школы. Еще И. Мержеевский (1901) наблюдал детей с «безнадежным идиотизмом», у которых наступало заметное улучшение. Исходя из собственного опыта и данных литературы (М. С. Певзнер, В. И. Лубовский, 1963; Г. Е. Сухарева, 1965 и др.), можно утверждать, что у большинства умственно отсталых подростков к окончанию специальной школы нивелируются многие болезненные расстройства (психомоторная возбудимость, церебрастенические проявления, импульсивность), они могут осознанно выбирать для себя профессию и неплохо приспособиваться к жизни. Это происходит за счет процессов компенсации, возрастной эволюции и под влиянием лечебно-профилактических мероприятий.

По данным вышеназванных исследователей, а также В. В. Ковалева (1995), 80% умственно отсталых подростков в легкой степени к окончанию специальной школы по своим психометрическим показателям и клиническим проявлениям незначительно отличаются от нормальных людей.

Положительная динамика при умственной отсталости обусловлена многими факторами: формой и степенью умственной отсталости, этиологией, возрастом умственно отсталого ребенка, качеством лечебно-коррекционных мероприятий и их своевременностью, сомато-невротическим состоянием, психологическим климатом, в котором находится ребенок, и др.

47

Возможна не только положительная динамика умственной отсталости, но и отрицательная. Особенно часто отрицательная динамика возникает в периоде пубертатных кризов. Этому способствуют дополнительные вредности: соматические заболевания, злоупотребления алкогольными напитками, травмы головы, психические травмы, негативная микросреда, некачественные лечебно-коррекционные мероприятия и др. Декомпенсация проявляется в грубых нарушениях поведения, снижении уровня интеллектуальной деятельности, астеноипохондрических переживаниях, нарушениях социальной адаптации, регрессивных расстройствах психомоторики (проявления различные, во многом зависящие от возраста), расстройствах речи, утрате (частичной или полной) навыков самообслуживания, психозах.

Отмечаемая положительная и отрицательная динамика умственной отсталости у детей и подростков снимает вопрос об их социальной «безнадёжности» и является основанием для пересмотра традиционных подходов при решении вопросов инвалидности. Эти подходы также должны приобрести динамический характер. Нередко диагностический ярлык «умственно отсталый» и имеющаяся при этом инвалидность представляют собой серьезное (почти непреодолимое) препятствие на пути трудоустройства и социальной интеграции молодого человека.

Известно, что многие лица с легкой степенью умственной отсталости неплохо адаптируются в обществе. Значительно хуже обстоят дела с социальной реабилитацией лиц с умеренной и более тяжелой степенями умственной отсталости.

За последние годы все чаще приходится наблюдать рентные установки у родителей, имеющих детей-инвалидов по умственной отсталости. Рентные установки у самих умственно отсталых встречаются значительно реже. Наоборот, при положительной динамике умственной отсталости такие выпускники специальных школ начинают рассматривать имеющийся у них диагноз как социальную дискриминацию (это тоже показатель положительной динамики, если он не внушенный) и обращаются в инстанции с просьбами о снятии с них этого диагноза и обусловленной им инвалидности. Рентные же установки у родителей нередко являются одной из причин, хотя и локальной, социальной напряженности.

Положительная динамика умственной отсталости дает основание включать в процесс реабилитации этих людей не только специалистов психолого-медико-педагогического комплекса, но и семью, социальных педагогов со специально разработанными социальными программами, трудовые коллективы и общественные организации.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что умственная отсталость — это собирательное понятие, имеющее различный этиопатогенез, включающее множество клинических форм, имеющее четыре степени интеллектуальной недостаточности, различные уровни социальной адаптации и неодинаковый прогноз.

Многие формы умственной отсталости (в особенности, недифференцированные) могут с возрастом ребенка нивелироваться, и такие подростки неплохо социально адаптируются.

48

2.8. ПОЗДНЯЯ АБИЛИТАЦИЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

В последние годы произошли позитивные изменения в области раннего вмешательства и обучения детей с глубокими нарушениями интеллекта: открыты специальные группы и классы «Особый ребенок» в специальных (кор-рекционных) школах, центры абилитации, созданы программы обучения и коррекции и т. д. Однако недостаточно внимания уделяется переходному периоду этих детей к взрослости и так называемой поздней абилитации, то есть помощи молодым людям, с тяжелой умственной отсталостью, вышедшим по возрасту из школьного периода обучения.

С целью улучшения понимания родителями взрослых умственно отсталых детей, оказания им более адекватной, целенаправленной помощи в приспособлении к среде, создания необходимых рекомендаций педагогам и психологам, вырабатывающим у подростков и молодых людей навыки социальной адаптации, нами проведено психопатологическое обследование молодых людей с глубоким нарушением интеллекта (46 человек) в возрасте от 15 до 30 лет.

В ходе исследования наряду с клиническим подходом (изучением анамнеза и наблюдениями за поведением молодых людей) была использована схема-опросник, позволившая получить более полное представление об их социальной адаптации и имеющихся препятствиях к ней. Этот опросник позволил оценить степень общительности, спонтанную активность, пищевое поведение, способность кооперации с другими, полноту самообслуживания, проявления полового инстинкта и выраженность интереса к лицам противоположного пола, склонность к аффективным вспышкам, преобладающее настроение, агрессивность, наличие стремлений к самоповреждениям, частоту негативных реакций, развитие речи, особенности поведения, наличие сопутствующих психических, соматических и неврологических нарушений.

У 40,5% молодых людей интеллектуальное развитие было определено как умеренная умственная отсталость, а у 2,7% — как легкая.

Психическое развитие 45,9% обследованных соответствовало уровню тяжелой умственной отсталости. Их внимание было мало устойчивым, отмечалась легкая отвлекаемость. Восприятие характеризовалось поверхностностью, не-дифференцированностью, замедленностью. Мышление было беспорядочным, бессистемным, инертным, отмечалось отсутствие смысловых связей. Лишь у части обследованных имелись элементарные обобщения. Различение предметов и явлений удавалось только в рамках конкретной ситуации. Почти все молодые люди были не в состоянии освоить осмысленное чтение и отвлеченный счет. У них недостаточно были развиты навыки самообслуживания, что ставило их в почти полную зависимость от родителей.

У 42% обследованных не выявлено серьезных нарушений, препятствующих общению, у остальных возможности коммуникации были в той или иной степени ограничены (рис. 1).

Самопроизвольная активность (игра, шитье, вышивание, подготовка пищи, уборка дома и др.), соответствующая уровню интеллектуального развития, кон-

49

стативана у 83,8% молодых людей. Только 16,2% не были способны без внешних побуждений проявлять даже простейшую целесообразную активность.

70,2% молодых людей играли в мяч, настольные игры (домино, лото), готовили пищу, шили, собирали ягоды, пилили дрова, участвовали в коллективном пении, совместно с другими производили уборку помещений, что убедительно свидетельствует об их возможностях к сотрудничеству с другими людьми. 29,7% могли воспользоваться помощью других членов семьи для совместной активности в домашних условиях.

70,2% молодых людей справлялись с самообслуживанием, однако некоторые из них не умели мыть голову, готовить пищу, недостаточно аккуратно одевались, забывали менять одежду, не завязывали шнурки и т. д. 29,8% вообще не справлялись с самообслуживанием.

В поведении у 59,5% больных были те или иные отклонения, у части из них оно было дезадаптивным и только у 40,5% соответствовало интеллектуальному уровню.

У подавляющего большинства молодых людей (91,9%) имели место те или иные расстройства в аффективной сфере. В том числе 24,3% обследованных отличались часто возникающими перепадами настроения или дисфорией (раздражительностью, мрачностью, злобностью). Менее выраженные колебания настроения наблюдались у 16,2%. У 24,3% констатирована эйфория, благодушие, беспечность или дурашливость.

Значительной помехой адаптации больных были эпизодические расстройства эмоциональности. У 73,0% обследованных поведение нарушалось возникающими бурными аффективными вспышками гнева, провоцируемыми запретами, препятствиями на пути исполнения желаний и т. д. 48,6% из них на высоте эмоционального накала становились агрессивными, били окружающих, набрасывались на близких, бранились, разбрасывались и разрушали попадающиеся под руку предметы. 18,9% были способны к самоповреждениям (царапали лицо, дергали себя за губы, били себя, кусали руки или нанесли себе другие повреждения).

Значительная часть больных (59,5%) демонстрировали необъяснимое упрямство и негативизм. У некоторых из этих больных спонтанная активность была минимальна, хотя и нередко проявлялась подражательной деятельностью. Особенно низкая активность, достигающая апатоабулии, отмечалась у 16,2% молодых людей. Наблюдая своих родителей за совершением домашних дел, многие имитировали стирку, приготовление пищи, уборку. Это подражание, как правило, используется родителями для приобретения детьми полезных навыков. Препятствием для обучения и воспитания подростков становятся их постоянная суетливость, выраженное двигательное беспокойство или даже расторможенность, возникающие вне зависимости от эмоционального фона.

Почти у всех молодых людей имелись те или иные проявления интереса к противоположному полу. У 37,8% отмечалась повышенная сексуальность, в частности, в форме безудержной мастурбации. Чаще это были довольно невинные стремления к знакомству с лицами другого пола, совместным танцам, играм, встречам или обсуждению всего, что касается взаимоотношения полов. Иногда это была влюбленность с попытками ухаживания. У одной девушки

50

было обнаружено нарушение формирования половой идентичности и полоро-левого поведения, соответствующего биологическому полу.

Влечение к пище (аппетит) у значительного большинства молодых людей (70,3%) было нормальным, только 29,7% страдали плохим аппетитом и иногда отказывались от пищи.

Наряду с серьезным познавательным дефектом у обследованных наблюдались психические отклонения, отягчающие их состояние.

Так, у 10,8% больных наблюдались выраженные аутистические нарушения, проявляющиеся, в частности, в отсутствии стремления к общению. У 3 больных имели место явные психотические расстройства. У одного из них отмечалась длительная глубокая депрессия, сопровождающаяся заторможенностью, с отказом от участия в играх, ухудшением самообслуживания и отсутствием речевого общения. У другого констатировались идеи эротоманического содержания (убежденность в наличии несколько лет продолжающегося брака) и величия (обладание воинским званием и наличие способности совершать героические дела). 18,9% больных проявляли склонность к резонерству или нелепым фантазиям.

Около 33% обследованных в связи с описанными нарушениями поведения, а также из-за сниженного интеллекта плохо или совсем не обслуживали себя. Остальные, несмотря на свои недостатки, были несколько лучше приспособлены к среде, но им требовалась постоянная поддержка родителей.

Качество адаптации к жизненным условиям исследуемых зависело от их физического здоровья, наличия или отсутствия неврологической патологии. Дополнительные трудности в приобретении самостоятельности возникали из-за последствий органического поражения ЦНС. Так, у 48,6% больных имели место более или менее выраженные параличи или парезы конечностей, гипер-

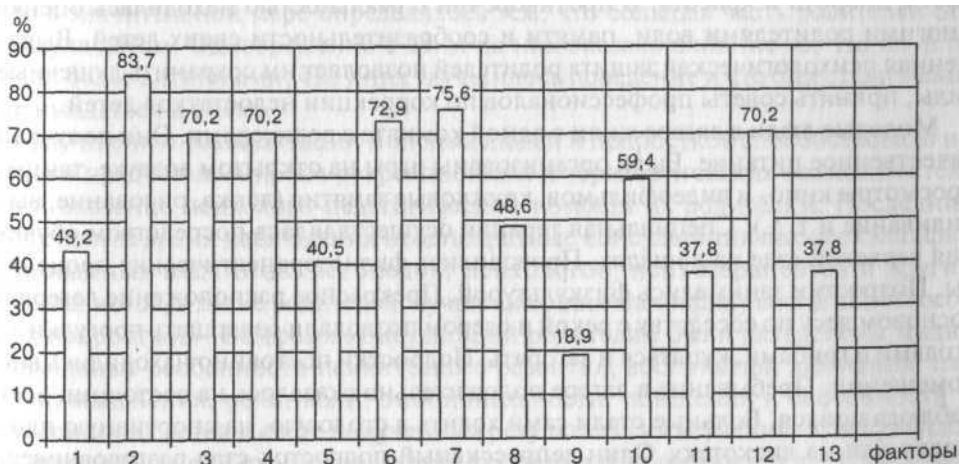


Рис. 1. Психосоциальные факторы, влияющие на реабилитацию молодых людей с умственной отсталостью:

1 — способность к общению; 2 — самопроизвольная активность; 3 — способность к сотрудничеству; 4 — самообслуживание; 5 — нарушение поведения; 6 — изменение аффективности; 7 — расстройства настроения; 8 — агрессивность; 9 — самоповреждения; 10 — негативизм; 11 — сексуальная расторможенность; 12 — пищевое поведение; 13 — речевые нарушения (грубые)

51

кинезы, а также нарушения зрения и слуха. У 16,2% отмечались эпилептиформные пароксизмы. Сами припадки, послеприпадные дисфории и расстройства сознания на долгое время резко нарушали их и без того недостаточную социальную адаптацию.

Препятствием для реабилитации являлись также пороки сердца у 16,2% больных с синдромом Дауна и у одной девушки с синдромом «cri du chat» и соматические проявления (ожирение, заболевание надпочечников). У многих имелись психосоматические (бронхиальная астма, нейродермит) и эндокринные заболевания, которые также осложняли и без того затрудненную реабилитацию молодых людей с умственной отсталостью.

Незавершившееся половое созревание у 34% наблюдавшихся и его отклонения сказывались, в частности, в усиливавшейся эмоциональной лабильности, аффективной взрывчатости и чрезмерном негативизме.

Для создания эффективной реабилитации, выявления возможностей этих молодых людей улучшить свою адаптацию и углубления понимания родителями детей в летний лагерь «Зеленый огонек» в Ленинградской области были отправлены подростки и молодые люди с умеренной и тяжелой умственной отсталостью вместе с их родителями. Все они вместе с родителями наблюдались специалистами: психиатрами, психологами, логопедами, специальными педагогами.

У родителей молодых людей и подростков отмечались низкая самооценка, переживание чувства вины и неспособности эффективно помочь своему ребенку, сверхопекающее поведение, подавляющее слабую инициативу подростка. Они в большинстве случаев низко оценивали детей и их активность, не видели возможности для лечения, и поэтому будущее детей виделось ими весьма пессимистически. Они завышали такие качества, как отзывчивость, общительность, доброта и красота. В противоречии с реальностью находилась оценка многими родителями воли, памяти и сообразительности своих детей. Выраженная психологическая защита родителей позволяет им сохранить душевные силы, принять советы профессионалов по коррекции недостатков детей.

Молодые люди в лагере жили в одной комнате с родителями. Они получали качественное питание. Были организованы игры на открытом воздухе, танцы, просмотры кино- и видеофильмов, кружковые занятия (лепка, рисование, выпиливание и т. д.). Специальная терапия осуществлялась посредством обучения верховой езде на лошадях. Проводились физиотерапевтические процедуры. Подростки занимались физкультурой. Прекрасное расположение лагеря в сосновом лесу по соседству с рекой и озером позволяли совершать прогулки за ягодами и грибами, купаться и загорать. Подростки постоянно находились вне помещений. Пребывание в лагере положительно сказалось на состоянии всех наблюдавшихся. Больные стали сами ходить в столовую, на спортивную площадку или на дискотеку. Один депрессивный подросток стал разговорчивее, активнее, улучшилось настроение. У другого уменьшилась актуальность бре-доподобных идей. Все подростки были довольны пребыванием в летнем лагере.

В процессе наблюдения за подростками и молодыми людьми было отмечено улучшение их состояния. Совместное приготовление пищи, участие в общих делах, коллективные походы и экскурсии, игры, танцы, просмотры кино-

52

и видеофильмов, кружковые занятия (лепка, рисование, выпиливание и т. д.) сделали их более активными, умелыми, повысили инициативу. Появилось сильное желание приходить на занятия в группы. Молодые люди не могли дождаться следующих встреч с ровесниками и требовали от родителей ускорить их. Эффективности реабилитации исследуемых способствовали различные виды лечения: медикаментозные препараты, физиотерапевтические процедуры, воздушные ванны, купание, лечебная физкультура, гипнотерапия, психотерапия и многое другое.

В результате описанных коррекционных мер настроение у молодых людей стало более ровным, практически исчезли его заметные колебания, почти не наблюдались аффективные вспышки. Крайне редко возникало агрессивное поведение и разрушительные действия даже у тех, кого они ранее были обычными. У больных, склонных к самоповреждающему поведению, аутоагрессия также почти перестала отмечаться. Реже можно было заметить грубые проявления расторможенной сексуальности.

Подростки и молодые люди стали более радушными, открытыми, общительными, охотнее шли на совместные игры и занятия. Расширилась возможность речевого обмена даже у тех больных, у которых был очень ограничен словарный запас или низок уровень общего развития. Больные стали менее негативистичны, более податливы к требованиям режима и дисциплины. Некоторые из них начали приобретать новые умения как в игровых ситуациях, кружках, так и участвуя в физкультурных упражнениях. Почти все стали стремиться к большей самостоятельности, не хотели постоянно находиться рядом с родителями. Обижались, когда им навязывалась обычная для домашних условий опека.

Улучшению состояния обследованных способствовало также изменение отношения к ним родителей, несколько меньше сковывающих их инициативу. Это в значительной мере определялось тем, что большая часть родителей отдохнула летом. Одновременно с этим на них оказало влияние то, что их дети стали более активными, что у них улучшилось поведение и что они стали меньше нуждаться в опеке.

Улучшению реабилитации молодых людей и подростков способствовало не только предоставление им рекреационных и терапевтических возможностей, но и оказание психолого-педагогической помощи их родителям. Последние получали за время наблюдения неоднократные консультации высококвалифицированных педагогов, логопедов, психологов, психотерапевтов и других специалистов, а также родителей, лучше знающих специфику воспитания «особых подростков». Во время консультаций родителям были разъяснены индивидуальные особенности психического развития, восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, воли, эмоциональности, поведения и способности к адаптации их детей в свете полученных результатов их изучения. Как правило, родители не имели правильного представления о значении для приспособления к жизни их детей возрастных изменений, соматического состояния, сексуальных проявлений, правильного лечения речевой патологии, припадков (если они имелись), аффективных расстройств и других нарушений. Были даны рекомендации по развитию речи, приобретению большей самостоятельности, получению элементарных трудовых навыков, по регулированию взаимоотно-

53

шений со сверстниками, по коррекции нарушений настроения, агрессивности, самоповреждений, лечению припадков и т. д.

Полученные результаты обсуждались на лекциях, совместных консультациях и в личных беседах с родителями, передавались психологам и педагогам, работавшим с этими же молодыми людьми.

Проведенная нами работа позволяет сделать заключение о том, что нельзя формулировать прогноз социальной адаптации (планировать реабилитацию) обсуждаемого контингента только по клиническим характеристикам умственной отсталости, так как при этом не учитывается почти всегда имеющаяся у них и другая, иногда множественная патология, а также микросоциальные условия. С одной стороны, перспектива жизни этих больных осложняется нарушениями эмоциональности, влечений, поведения, речи и другими описанными выше расстройствами. С другой — судьба больных этой возрастной категории облегчается уже приобретенными, даже несмотря на имеющиеся дефекты, навыками и умениями, а также заботливым отношением к семье. В этой связи необходимо рекомендовать общественным объединениям родителей уже вскоре после рождения детей-инвалидов обучать их родителей кор-реакционно-педагогическим мерам и другим формам заботы о таких детях, сделать более интенсивной уже проводящуюся работу в этом направлении, а также находить возможности для обучения проблемных детей элементарным трудовым процессам. Специально следует отметить положительный опыт совместного обучения-воспитания всей семьи, имеющей детей с проблемами в развитии, разными специалистами и опытными родителями.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Глава 3

3.1. ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОБ «УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ» В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Психолого-педагогическое изучение умственно отсталых детей и подростков в России начинается в конце XIX — начале XX в.

У истоков разработки проблемы стоят психиатры и педагоги-энтузиасты (С. С. Корсаков, <http://www.solnet.ee/games/g1.html>1894; Е. Х. Маляревская, 1902; Е. К. Грачева, 1907, 1932; Г. И. Россолимо, 1914 и др.).

Изучение детей и подростков с легкой степенью интеллектуального дефекта и разработка, на основе этой популяции, психолого-педагогического аспекта понятия «умственная отсталость» начинаются значительно позже — после принятия в России Закона о всеобщем начальном образовании (1908), формирования системы специальных (вспомогательных) школ и осознания необходимости отбора и комплектования этих учреждений.

Создавая и открывая учреждения для умственно отсталых детей, врачи и педагоги начинают вести наблюдения за детьми данной категории — за особенностями их физического, соматического состояния. Кроме того, предпринимаются попытки изучения интеллектуальных способностей, а также обучения и лечения (Е. Х. Маляревская, 1902; Г. И. Россолимо, 1914; В. П. Кашенко, 1919; Е. К. Грачева, 1932 и др.).

В это время формулируется одно из первых психолого-педагогических определений умственной отсталости.

Отсталыми обыкновенно называли детей, душевное развитие которых запаздывает по сравнению с нормальными сверстниками. Такое запаздывание, являясь результатом различных причин, может обнаружиться в различном возрасте и в различных степенях. Естественно, что и меры для борьбы с отсталостью и надежды на тот или другой исход будут различаться (Е. Х. Маляревская, 1902).

55

Практический опыт обучения, воспитания и призрения умственно отсталых накапливается быстрее, чем формируется научное обоснование проблемы, но тем не менее наука продолжает развиваться.

В это время создается первая собирательная психологическая характеристика умственной отсталости; ее авторство принадлежит М. С. Морозову (1902). Он полагал, что сущность умственной отсталости как психологического явления сводится к расстройствам в сфере восприятия в широком значении этого слова, к недостаточности внимания и пассивного, и особенно активного. Существенными являются также разнообразные расстройства в сфере душевных чувств. Память при этом, в общем, ослаблена, как в форме задержки, так и в форме репродукции сохраняющихся образов. Речь оказывается запоздавшей и остановившейся на той или другой ступени развития или же совершенно отсутствует как таковая в форме определенных словесных знаков. Расстройства речи свидетельствуют о дефектности умственного развития, однако не соотносятся однозначно с той или иной формой умственной отсталости.

При анализе этой характеристики становится очевидным, что автор обращает внимание на проявления различных сторон психической деятельности (внимание, память, эмоционально-волевою сферу, речь), которые при умственной отсталости характеризуются рядом особенностей, они недостаточно развиты (ослаблены). Кроме того, автор впервые указывает на то, что интеллектуальному дефекту сопутствует недоразвитие речи. При этом речевые особенности при умственной отсталости, по мнению автора, напрямую не связаны со степенями интеллектуального недоразвития.

Изучение умственно отсталых детей, как и нормальных, проходило по двум основным направлениям: 1) количественное изучение психики ребенка, преимущественно с помощью тестов (Г. И. Россолимо, 1914); 2) качественный анализ, представители которого ориентировались на целостное изучение всей психики ребенка, конкретные формы деятельности и сложные проявления личности (А. Н. Бернштейн, 1911; Г. Я. Трошин, 1915).

Следует отметить, что данные направления не противоречили, а дополняли друг друга. Сущностью количественного направления было широкое использование тестов при изучении психики умственно отсталого ребенка; эти тесты быстро завоевывали популярность и достаточно широко использовались как за рубежом, так и в России. При этом отечественные ученые не только применяли в работе наиболее популярные зарубежные тестовые методики (Бине— Симона, Берта, Вейганда, Норсворса—Годдарда, Пиццоли, Санктиса и др.), но и предпринимали попытки разработать собственные, авторские (А. Бине, Т.Симон, 1911; Г. И. Россолимо, 1914).

Наиболее ярким представителем количественного направления в России был Г. И. Россолимо, разработавший «метод количественной оценки степеней одаренности», который позволяет исследовать и оценить как отдельные стороны психики, так и состояние психики в целом. В отличие от предшествующих исследователей (в частности, М. С. Морозова), автор выделял для изучения 11 психологических процессов: внимание, воля, память, осмысление, комбинаторная способность, сметливость, воображение, наблюдательность.

56

Все процессы сгруппированы следующим образом: внимание и воля, точность и прочность восприимчивости, ассоциативные процессы.

Г. И. Россолимо (1914) проводил исследования на популяции нормальных и умственно отсталых детей, что позволяло разработать количественные критерии «норма — отсталость» и представить полученные данные математически и графически. Он делает вывод о том, что умственно отсталые дети и подростки отстают по всем показателям, но эти проявления отставания у детей различны — от глубокой до незначительной (слабой) степени.

Сторонники качественного направления занимались целостным изучением психики ребенка, ориентируясь на закономерности ее становления и развития. При этом, в отличие от методов тестирования, исследователи указанного направления отдавали предпочтение методам наблюдения и эксперимента. Так, сравнительное изучение закономерностей становления основных психических процессов и функций (и составляющих их последовательно усложняющихся «стадий») —

ощущений, ассоциаций, суждений, процессов отвлечения и обобщения; индукции, пространственно-временных отношений; речи; чтения и письма — у нормальных дошкольников и умственно отсталых детей и подростков позволило Г. Я. Трошину (1915) выявить возможности и особенности нормальных и умственно отсталых детей в овладении сложной структурой психической деятельности.

Последовательно рассматривая становление и развитие каждого психического процесса, Г. Я. Трошин пришел к выводу о том, что детям и подросткам с тяжелой формой умственной отсталости доступно овладение наиболее элементарными процессами, которые соответствуют в основном периоду младенчества; детям с отсталостью доступно овладение и более сложными процессами, но только теми, которые соответствуют периоду дошкольного детства.

Указанное позволило автору экстраполировать результаты исследования на общий процесс развития (закономерности и особенности) нормальных и аномальных детей (Г. Я. Трошин, 1915):

- развитие нормальных и ненормальных детей проходит одинаково;
- в развитии нормальных и аномальных детей имеются существенные различия;
- разница заключается в сроках и способе развития: нормальные дети в сравнительно короткий срок проходят все стадии филогенетического развития;
- эволюция ненормальных детей идет крайне медленно, и они проходят не все стадии, а только низшие, не доходя до высших;
- в зависимости от стадии, на которой остановилось развитие, можно различить несколько степеней патологического недоразвития (идиотизм, имбецильность, отсталость).

В 1920—1930-е гг. разработкой проблемы умственной отсталости занимались В. П. Кащенко (1919, 1929), П. П. Блонский (1924, 1927), Л. С. Выготский (1924, 1928, 1931), А. Н. Граборов (1925), А. С. Грибоедов (1930), Л. В. Занков (1935) и др.

Несмотря на то что в науке, в общем, сохраняются основные направления изучения умственно отсталого ребенка (качественный и количественный под-

57

ходы), интересы исследователей в большей степени смещаются в сторону количественного направления. При этом качественный аспект постепенно приобретает статус единичного, авторского (Л. С. Выготский, 1983).

При интерпретации понятия «умственная отсталость» сторонники педагогического подхода традиционно выдвигали на первый план психическую недостаточность, которая выражается в неспособности ребенка справиться с требованиями школьной программы в условиях общеобразовательной школы (Е. В. Герье, 1923; А. Н. Граборов, 1925). Так, по мнению Е. В. Герье (1923), вспомогательная школа предназначена «для детей психически отсталых, для значительного количества детей, которые не могут справиться с темпом и объемом преподавания обычной школы, и которым необходимы особые школьные условия».

А. Н. Граборов (1925), рассматривая умственную отсталость в контексте «детской дефективности», по традиции считал, что в основе умственной отсталости лежит задержка в развитии, которая отражается, прежде всего, на интеллекте; кроме того, он отмечал нарушения эмоционально-волевой сферы («области») как следствие общей психической слабости.

Положения А. Н. Граборова о качественном своеобразии умственно отсталого ребенка позже разделяет Л. В. Занков (1935, 1939), считавший, что умственная отсталость — это особая форма, представляющая своеобразную структуру личности и поведения.

При этом своеобразии умственной отсталости имеет свою качественную характеристику: умственно отсталых отличают конкретность мышления, легкая отвлекаемость и неустойчивость внимания, физическая слабость, замедленный темп работы.

Огромный вклад в изучение детей с интеллектуальными нарушениями внес Л. С. Выготский (1983), который сформулировал ряд важных положений, отражающих закономерности психического развития аномального ребенка. К их числу относятся:

- 1) утверждение о системности строения психики человека, в силу чего нарушение одного из звеньев существенно изменяет функционирование всей системы;
- 2) выделение зон актуального и ближайшего развития ребенка;
- 3) утверждение идентичности основных факторов, обуславливающих развитие нормальных и аномальных детей;
- 4) выделение в развитии аномального ребенка первичных и вторичных отклонений и, соответственно, определение важнейших направлений кор-рекционной учебно-воспитательной работы с каждым учеником;

5) утверждение об изменении у ребенка при умственной отсталости соотношения между его аффектом и интеллектом.

Не отвергая органической, биологической природы дефекта («умственно отсталые или слабоумные вследствие органического поражения центральной нервной системы») Л. С. Выготский тем не менее считал, что биологический дефект, лежащий в основе умственной отсталости, приобретает в процессе развития ребенка четкую социально-средовую и культурную обусловленность. При

58

этом роль полноценного или неполноценного социального окружения и культурного воспитания чрезвычайно значима для развития личности ребенка с интеллектуальным дефектом: они могут либо способствовать полной компенсации интеллектуального дефекта (при соответствующем воспитании), либо приводят к его дальнейшему усложнению, отягощению, его дальнейшей структуризации (Л. С. Выготский, 1930; 1931). Это выражается в появлении, помимо основного дефекта, вторичных осложнений — в виде недоразвития высших психических функций (сопутствующего культурного недоразвития — культурного примитивизма и пр.), третичных осложнений — недоразвития воли, «власти аффекта над поведением», наслоений четвертого порядка — выражающихся в недоразвитии личности в целом, а также осложнений пятого, шестого порядка и др.

Л. С. Выготским по-новому решалась проблема изучения (диагностики) умственно отсталого ребенка. Не отвергая методов количественного измерения интеллектуальных способностей (методы Бине, Россолимо и др.), он признавал целесообразность их использования в качестве дополнительного инструментария либо на начальном этапе диагностики. Вместе с тем Л. С. Выготский считал метод недостаточно диагностически значимым, не учитывающим качественного своеобразия развития аномального ребенка. Кроме того, в рамках этого метода дается одноразовая и, как правило, негативная оценка состояния ребенка, которая носит констатирующий характер и не учитывает положительных возможностей.

По мнению Л. С. Выготского, составляющие психическую деятельность и личность психические функции имеют сложную структуру и не могут быть изучены с помощью простых изменений, поэтому измерительным тенденциям исследователь противопоставлял принцип целостно-структурного изучения психики, который предполагает, с одной стороны, исследование каждой психологической функции в отдельности (для выяснения ее качественного своеобразия), с другой — исследование динамического объединения функций, которое позволяет целостно исследовать личность ребенка и раскрыть сложные функциональные связи между развитием отдельных сторон личности.

Умственная отсталость ребенка обычно обнаруживается уже в ранний период его жизни. Чем резче выражено отклонение в развитии, тем отчетливее проявляются присущие ему особенности. Для продвижения умственно отсталого ребенка в общем развитии, в усвоении им знаний, умений и навыков, необходимо специально организованное, коррекционно-направленное обучение и воспитание, строящееся с учетом имеющихся у него положительных возможностей (В. И. Лубовский, 1989).

Исследуя историю обучения и воспитания умственно отсталых, мы сталкиваемся с парадоксом психолого-педагогического подхода к таким детям.

С одной стороны, Л. С. Выготский выдвигал идею о том, что детям с отклонениями так же, как и нормальным, свойственны одни и те же (общие) закономерности развития. Кроме того, известно положение о том, что обучение является ведущим и неотъемлемым фактором развития. Наряду с этим, экспериментально показана положительная роль использования зоны ближайшего развития ребенка в приобретении им новых знаний, умений и навыков.

59

С другой стороны, дети, относящиеся к категории умеренно и тяжело умственно отсталых, долгое время считались «необучаемыми».

Н. Н. Малофеев (1996), анализируя образовательную политику в отношении детей с глубокими множественными нарушениями интеллекта, делает вывод о причинах исключения этой категории детей из образовательного пространства. Постановление ЦК ВКП(б) «О всеобуче», не предусматривающее отдельной статьи о детях с проблемами в развитии, распространило и на них нормативы обучения, предназначенные для нормально развивающихся детей. Негативным последствием цензовой системы образования является закономерное в этом случае отторжение детей с глубокими множественными нарушениями, дифференциация аномальных детей на

«обучаемых» и «необучаемых». Дети с тяжелыми интеллектуальными нарушениями, сложной структурой дефекта были отторгнуты государственной системой специального образования как «необучаемые».

Несмотря на запрет педологических исследований, ряд ученых того времени продолжали изучение психологических особенностей умственно отсталого ребенка: восприятия, памяти, эмоционально-волевой сферы и др.

Наиболее значимым для развития науки об умственной отсталости в указанный период является разработка положения о том, что умственную отсталость не следует рассматривать как фатальное состояние, и умственно отсталые дети и подростки способны к развитию. Обобщая наблюдения отечественных дефектологов-практиков, а также исследователей, эту точку зрения впервые выдвигает Л. В. Занков (1939). При этом он подчеркивает, что для развития умственно отсталых детей и подростков большое значение имеет правильно организованное обучение и воспитание. Он полагает, что неправильно думать, что неполноценность мозга, лежащая в основе умственной отсталости, создает какой-то потолок, дальше которого развитие при умственной отсталости ни при каких условиях не может пройти. Современные научные знания свидетельствуют о пластичности ЦНС, о широких возможностях развития и совершенствования деятельности мозга под влиянием воспитания. В развитии умственно отсталых происходят качественные сдвиги, оно протекает под постоянным сознательным воспитательным воздействием.

Большой вклад в развитие науки об умственной отсталости внесли работы М. С. Певзнер (1959; 1963). По ее мнению, характерная особенность олигофрении — выраженная интеллектуальная недостаточность, проявляющаяся в недоразвитии процессов отвлечения и обобщения, — может быть основным, но не единственным показателем умственной отсталости и, как правило, осложняется другими нарушениями и расстройствами, то есть сопутствующими нарушениями. К сопутствующим нарушениям автор относит грубые нарушения работоспособности, нарушения личности, целенаправленной деятельности, речи, а также анализаторные расстройства. Кроме того, М. С. Певзнер предлагает характеристику основных неосложненных форм олигофрении и осложненных сопутствующими нарушениями форм интеллектуального дефекта.

Это позволяет М. С. Певзнер (1959) выделить следующие 4 варианта нарушений познавательной деятельности, характерных для детей данной группы, проявляющихся как самостоятельно, так и в сочетаниях:

60

- 1) недоразвитие процессов отвлечения и обобщения;
- 2) в сочетании с грубым нарушением работоспособности;
- 3) в сочетании с грубыми нарушениями личности, целенаправленной деятельности и моторики;
- 4) в сочетании с грубыми дефектами речи.

С начала 1960-х гг. в диагностике нарушений интеллекта начинают активно использовать методы экспериментально-психологического исследования.

С. Я. Рубинштейн (1970), опираясь на важные теоретические положения науки, личный опыт, удалось привести в систему данные о психологических особенностях умственно отсталых детей и подростков, отобрать и апробировать существующие методики экспериментально-психологического изучения, доказать их диагностическую значимость и надежность, а также предложить целостную качественную схему психологического обследования ребенка.

Активно изучались и качественно характеризовались особенности умственно отсталых детей и подростков: высшая нервная деятельность; различные стороны психики, психические процессы (восприятие, память), различные виды мышления и мыслительные операции, деятельность; речь (Л. В. Занков, 1951; А. Р. Лурия, 1956; П. М. Дульнев, 1981; Х. С. Замский, 1980, 1995).

Внимание исследователей привлекали и малоизученные на тот момент аспекты психологического исследования умственно отсталых школьников — личность, характер, потребности, познавательные интересы, а также особенности деятельности — трудовой, учебной (М. С. Певзнер, 1959; Б. И. Пинский, 1962, 1969; В. Г. Петрова, 1968).

В частности, в этот период времени важным направлением изучения проблемы умственной отсталости стало изучение возможной динамики данного состояния (М. С. Певзнер, В. И. Лубовский, 1963). Охарактеризовав различные группы умственно отсталых детей и различные варианты умственной отсталости, исследователи указали на то, что динамика состояния возможна. Вместе с тем она неодинакова у разных групп умственно отсталых школьников. По мнению этих авторов, динамика развития не всегда коррелирует с интеллектуальным дефектом, а может зависеть

от выраженности сопутствующих нарушений (речи, эмоционально-волевой сферы, анализаторных расстройств, преобладания процессов возбуждения /торможения) и т. д.

Традиционная система специальных (коррекционных) учреждений в России предусматривала предоставление образовательных услуг детям с легкой и умеренной степенью умственной отсталости. Дети с тяжелой умственной отсталостью с 4 до 18 лет находились преимущественно в домах-интернатах Министерства труда и социального развития. По достижении совершеннолетия лица с тяжелой умственной отсталостью переводились в психоневрологические интернаты для взрослых. Г. М. Пульнев (1981) подверг критике работу учреждений социального обеспечения за неверную тенденцию делать упор в своей работе на призрение детей и игнорирование работы по их обучению и воспитанию. Указывая на необходимость обучения всех детей без исключения, чтению, письму и счету, он одновременно подчеркивал, что, обучая глубоко отсталого ребенка, надо позаботиться, прежде всего, о практическом смысле этой

61

работы, о подборе круга практических задач, где глубоко отсталый мог бы с пользой для себя и окружающих применять свои навыки в чтении, письме и счете.

В 1957—1958 учебном году начала свою работу организованная НИИ дефектологии АПН РСФСР (в настоящее время — Институт коррекционной педагогики РАО) школа-интернат для глубоко умственно отсталых детей. Приказом Министра просвещения СССР было утверждено Положение о специальной школе-интернате для глубоко отсталых детей, определяющее задачи учебно-воспитательной и лечебно-оздоровительной работы: обучение и воспитание призвано всемерно развивать познавательные возможности детей, прививать им навыки культурного поведения, навыки самообслуживания и бытового труда (Х. С. Замский, 1995; Н. Н. Малофеев, 2000).

В 1970-х гг. на международных совещаниях, посвященных вопросам социальной адаптации умственно отсталых лиц, много внимания уделялось детям с выраженными формами умственной отсталости. Отмечалось, что возможности лиц с глубокой умственной отсталостью гораздо выше, чем это предполагалось. Особенно широко этот вопрос обсуждался на Втором конгрессе Международной ассоциации по изучению умственной отсталости, проходившем в Варшаве в 1971 г. Подчеркивалась необходимость раннего начала психокор-рекцияльного воздействия, много внимания было уделено организации работы по социальной адаптации (Н. Н. Малофеев, 2000).

В 1978 г. в Австрии проходил Седьмой конгресс Международной лиги обществ помощи умственно отсталым, на котором обсуждались вопросы оказания помощи детям с интеллектуальными нарушениями в различных сферах их жизни. На этом конгрессе были освещены вопросы социальной помощи лицам с выраженной умственной отсталостью, изложены основные принципы и этапы их социальной адаптации, разработанные в нашей стране.

Начало современного этапа в отношении общества к людям с проблемами в развитии в России можно отнести к 1990-м гг. — времени ратификации нашей страной Конвенции о правах ребенка, принятия новой демократической Россией деклараций ООН «О правах умственно отсталых» (1971), «О правах инвалидов» (1975), принятия Закона об образовании (1992). Государственная система специального образования подвергается критике за охват ею лишь части нуждающихся детей и отторжение детей с глубокими нарушениями в развитии и сложной структурой нарушений (Н. Н. Малофеев, 1996, 2000).

За последнее десятилетие XX в. в России был разработан ряд документов, которые доказывают стремление государства и Правительства РФ выработать новый взгляд на положение наиболее уязвимой категории населения — детей-инвалидов как особой социально-демографической группы общества, обладающей специфическими потребностями и интересами, удовлетворение которых должно осуществляться в приоритетном порядке. Эти документы направлены на расширение возможности общения, обучения, социальной и трудовой адаптации, жизнедеятельности и интеграции в общество ребенка с умственными и физическими недостатками (Л. И. Аксенова, 1997).

Законодательная поддержка детей-инвалидов и изменившееся мировоззрение общества способствуют совершенствованию дифференцированной сети

62

специальных (коррекционных) образовательных учреждений. В конце 1990-х гг. были подготовлены различные проекты стандарта образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные стандарты включают общеобразовательные и коррекционные компоненты программы обучения и определяют необходимый минимум знаний и умений для детей

всех типов специальных (коррекционных) учреждений (И. М. Блажнокова, 1995; В. В. Воронкова, 1996; Л. М. Шипицына и др., 1996).

Еще Г. В. Цикото (1976, 1979, 1994) своими исследованиями опровергла представление о «необучаемости» детей с тяжелой степенью умственной отсталости, широко распространенное мнение о том, что им доступна лишь тренировка, то есть выполнение тех конкретных заданий, которым их непосредственно обучили. Ее экспериментальное исследование детей с синдромом Дауна показало, что их обучение может иметь развивающее значение, предполагающее перенос знаний и применение их для решения новых задач в ограниченных пределах. У детей выявились положительные достижения в процессе их обучения: возникновение осмысленного выполнения действий, появление в деятельности способов и приемов, направленных на успешное решение задачи. Внимание становилось более целенаправленным, они быстрее понимали задание, действия осуществляли более четко и осознанно. В пределах доступных им дидактических игр и заданий дети стали значительно лучше организовывать свою деятельность, правильно использовать образец в действиях, сохранять и использовать представления.

В последнее десятилетие во многих специальных (коррекционных) школах появились классы, а в дошкольных учреждениях — группы «Особый ребенок» для обучения умеренно и тяжело умственно отсталых детей. Разработаны специальные программы для развития личности таких детей и подростков (Л. М. Шипицына, А. А. Хилько, В. Н. Асикритов, 1996; А. Р. Маллер, 1996, 2000; Т. Д. Зинкевич, Л. А. Нисневич, 1998; Л. М. Шипицына, 2004).

Исследования Г. В. Цикото (1976), М. И. Кузьмицкой (1977), А. Р. Маллера (1990) и других специальных педагогов позволили поставить вопрос не просто о приучении умственно отсталых инвалидов к труду и формировании у них навыков самообслуживания, но и об организации их коррекционно-развивающего обучения. По мнению ученых, весь сложный процесс коррекционного обучения и воспитания умеренно и тяжело умственно отсталых детей и подростков, направленный на их всестороннее развитие, воспитание, трудовую подготовку и социальную адаптацию, должен позволить им занять определенное место в жизни, уменьшить горе своих семей и в известной мере приносить пользу обществу.

63

3.2. ДИАГНОСТИКА СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Психологическое обследование детей, особенно с умеренным и тяжелым нарушением интеллекта, является непростой задачей. Таким детям сложно (в большинстве случаев невозможно) выполнять стандартные тестовые задания, и потенциал ребенка невозможно оценить за 1-2 занятия. На настоящий момент не хватает методик для выявления и дифференциации нарушений развития психики таких детей, сложно диагностировать уровень состояния сенсорных, мнестических, мыслительных и других процессов.

В связи со сказанным, наиболее эффективными путями диагностики являются метод обучающего эксперимента и метод экспертной оценки ребенка разными специалистами, а также родителями.

В рамках метода экспертной оценки была разработана и успешно применяется методика «Карта наблюдений» (Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л. А. Нисневич, 2000). Наблюдения и экспертиза происходят в контексте обучающих и развивающих заданий.

«Карта наблюдений» (Приложение 1.1) позволяет обобщить наблюдения, количественную и качественную оценку педагога, воспитателя, психиатра, логопеда, родителя и психолога, а также разработать программу индивидуального развития и обучения ребенка с умственной отсталостью. Кроме того, эта методика позволяет отслеживать эффективность подобной программы на разных этапах развития ребенка и, по мере необходимости, вносить в нее коррективы.

В результате диагностики с помощью этой методики составляется *психолого-педагогический профиль* личности на момент обследования. Единый профиль составляется группой экспертов на основе обсуждения, затем формулируется заключение и рекомендации педагогам и родителям.

Анализ психолого-педагогического профиля, а также комментариев и рекомендаций различных экспертов дает возможность составить заключение, в котором отражены следующие аспекты:

- О индивидуальные психологические особенности развития ребенка;
- сильные стороны личности;
- индивидуальные особенности восприятия;
- зона ближайшего развития;

II рекомендации по наиболее эффективным методам и приемам развития и воспитания;

□ наиболее продуктивные виды деятельности.

При повторном построении профиля проводятся анализ динамики продвижения ребенка, оценка эффективности используемых методов и планирование программы дальнейшего развития.

64

Основной задачей в описанном ниже исследовании явилось изучение особенностей состояния простейших сенсорно-перцептивных процессов: зрительного, слухового, тактильного восприятия, конструктивного праксиса, двигательной активности и т. д. Была предпринята попытка оценить уровень их сформированности и происходящие изменения в процессе обучения.

Была обследована группа детей из 42 человек в возрасте 9-11 лет, 21 девочка и 21 мальчик, имеющих диагноз умеренной и тяжелой степени умственной отсталости. Из них у 45% сопутствующим заболеванием был детский церебральный паралич, у 4,5% — снижение слуха, у 9% — дефект зрения, у 50% — отсутствие вербального общения и речи.

Большинство заданий в исследовании носили невербальный характер. Учитывая специфику речевых возможностей данного контингента детей, от них не требовалось развернутых ответов о выполняемых действиях, но предусматривалось понимание ими словесных инструкций педагога. В ходе исследования и выполнения ребенком заданий осуществлялось наблюдение за деятельностью и поведением ребенка, принятием и использованием различных видов помощи со стороны педагога, за характером преодоления ошибок, за эмоциональным состоянием ребенка на занятиях, за реакцией на успешные и неуспешные действия.

В первой части исследования изучали способность детей узнавать, называть и соотносить три цвета спектра (красный, синий, желтый). В качестве основного показателя достигнутого уровня ориентировки в цвете на первом этапе выступали отбор и сличение объекта с заданным образцом. 27,3% мальчиков и 18,2% девочек частично справились с этим заданием. В качестве образца выступали полоски цветной бумаги, к которым дети подбирали кружки соответствующего цвета. У остальных детей (72% мальчиков и 81,8%) девочек на этом этапе наблюдается полная несформированность этого действия. В ходе коррекционных занятий по тренировке зрительного восприятия наблюдаются следующие изменения: 36,4% детей научились не только осуществлять выбор цветного кружка по образцу, но и отбирать поочередно предложенные кружки в соответствии с цветом, названным педагогом. Поскольку имелись ошибки, отнести это действие к полностью сформированному на данном этапе работы было нельзя. У 36,4% детей прослеживались ошибки, связанные с дифференциацией цвета при его назывании, что свидетельствовало о недостаточной сформированности названий цветов, то есть слово еще не выступало как носитель заданного свойства (цвета) чувственно воспринимаемого объекта.

На втором этапе обучения были оставлены дети (24,6%), у которых данное действие не было освоено. Поскольку затруднения были связаны с нарушениями сенсорного восприятия, был сделан вывод о том, что для них более перспективным в коррекционной работе будет восприятие с использованием других сенсорных каналов.

С помощью следующего задания изучали особенности восприятия и анализа формы. Как известно, форма — одно из свойств предмета, которое, в отличие от цвета, распознается параллельно с помощью зрения и осязания. На первых этапах знакомства с различными формами (круг, квадрат, треугольник) дети длительное время занимались разглядыванием, ощупыванием предметов,

65

производили с ними всевозможные действия (строили, катали, сравнивали друг с другом, искали подобные формы на картинках и вокруг себя). Предлагаемые образцы форм дети могли не только зрительно соотнести, но и практически ознакомиться с ними для того, чтобы правильно осуществлять выбор. В результате обучения половина детей в исследуемой группе смогли по предъявленному образцу узнать и произвести выбор простых геометрических фигур, а 18,2% из них научились самостоятельно осуществлять выбор по вербальному обозначению этой формы. У некоторых детей обнаружились особенности, характерные для нормально развивающихся детей младшего дошкольного возраста, связанные с отождествлением геометрической фигуры с образами предметного мира: «домик», а не треугольник, «мячик», а не круг. Вместе с тем недостатки анализа специфических признаков зрительно воспринимаемых фигур в ряде случаев приводили к ошибкам.

При помощи задания «Доска Сегена» с изображением домашних животных изучали уровень идентификации формы и их моделирование. Параллельно знакомили с домашними животными, учили различать их по образцу на картинках с помощью наборов игрушек. Логично было

совместить в этих занятиях показ животных со звуковым различием голосов домашних животных и птиц. Этот прием способствует формированию целостного образа. При работе с доской у детей на первом этапе занятий выявились разные способы действий. У 31,5% из них действия носили хаотичный характер. Они совершенно не учитывали форму фигуры и отверстия, пытались достигнуть результата надавливанием, похлопыванием ладошкой. Попытки педагога оказать помощь, продемонстрировать образец действия на этом этапе не имели успеха. Действия 45% детей можно было охарактеризовать как перебор возможных вариантов. Они пытались действовать силой и наложением фигур на доску: взяв какую-либо форму, пробовали вложить ее во все отверстия поочередно, пока не находилось нужное.

Через 1,5 года работы действия многих детей приобрели более совершенный характер, хотя 3 человека так и не смогли справиться с заданием. Методом проб и ошибок пользуются 54% детей. Практический опыт в выполнении задания помогает отсеивать ошибочные варианты. 32,5% детей действуют самостоятельно, быстро и верно заполняют доску вкладышами. Недоразвитие тонкой моторики и плохая ориентация в пространстве мешали некоторым детям в выполнении задания. Точно определив отверстие, они не могли правильно развернуть фигурку. Таким образом, наличие разных способов действия у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью является несомненным результатом развития у них поисковых способностей ориентировки и демонстрирует динамику зрительного восприятия и конструктивных способностей.

Задания на развитие тактильных ощущений, знакомство с предметами различной текстуры (мягкие, твердые, шероховатые, колючие, пушистые и т. д.) проводились в течение 1,5 лет обучения. Сюда входили игры с песком, опилками, водой, крупами, сортировка различных по весу, температуре и форме мелких предметов (пуговиц, камней, бус и т. д.). Часто в этих занятиях использовалась игра «Чудесный мешочек». При сопоставлении результатов наблюдений за действиями детей в ходе игры через 1,5 года было выявлено, что 49,5% детей

66

научились выполнять задания по образцу, а 36% — по словесной инструкции, хотя перед началом таких занятий почти все дети не могли с ними справиться.

За 1,5 года коррекционного обучения дети научились различать домашних животных, многие могли их озвучить или узнавали при озвучании, на слух определяли звучание музыкальных инструментов, машин, различали температуру жидкости.

Анализ табл. 1 свидетельствует, что возможности детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью за период обучения имеют положительную динамику развития сенсорно-перцептивной деятельности. Вместе с тем процесс формирования перцептивных действий отличается глубоким своеобразием и характеризуется замедленным темпом развития этих действий, особенно у детей с тяжелой умственной отсталостью. В табл. 1 можно видеть, что наблюдается рост показателей практически по всем направлениям программы обучения на 20—30%. Индивидуальный анализ «Карты наблюдений» дает педагогу важную информацию о ребенке и позволяет судить о том, что ребенок освоил за 1,5 года, какие имеет возможности для дальнейшей работы, на какие сенсорные системы следует опираться, как построить программу обучения с учетом зоны ближайшего развития.

Следовательно, систематическая коррекционная работа с детьми, имеющими умеренную и тяжелую умственную отсталость, позволяет добиться положительных результатов в развитии слухового, зрительного и кинестетического восприятия.

Психолого-педагогический профиль обследуемой группы детей до и после курса занятий представлен на рис. 2. Как следует из рисунка, уровень развития

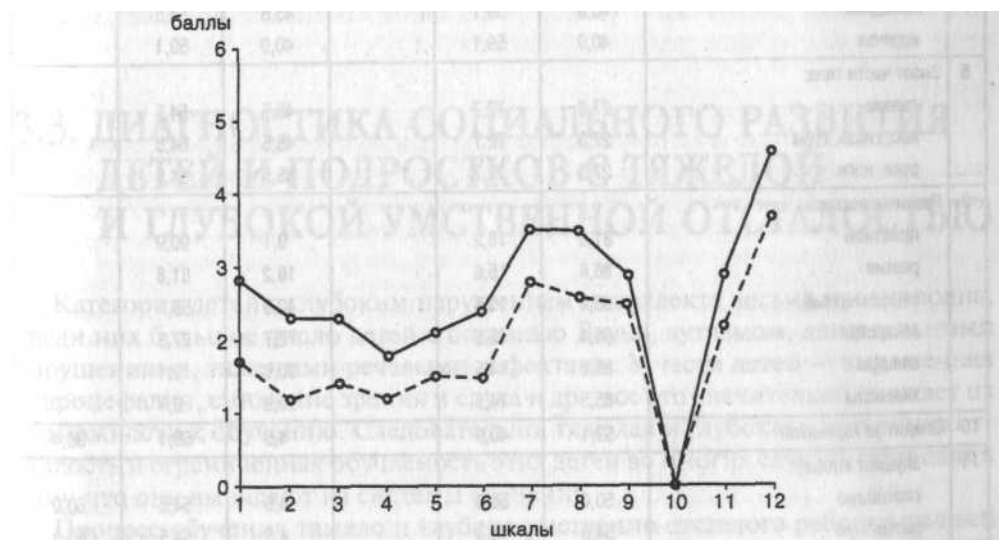


Рис. 2. Психолого-педагогический профиль группы детей 9–11 лет с умственной отсталостью: по оси х — номера исследуемых шкал: 1 — сенсорно-перцептивная сфера; 2 — внимание; 3 — память; 4 — мышление; 5 — речь; 6 — представления о себе; 7 — эмоционально-волевая сфера; 8 — психомоторная сфера; 9 — социально-бытовая сфера; 10 — учебные навыки; 11 — трудовые навыки; 12 — коммуникативность; по оси у — оценка развития функции в баллах; пунктирная линия — первое обследование, сплошная линия — повторное обследование через 1,5 года

67

Таблица 1

Карта наблюдения за динамикой усвоения программы сенсорной коррекции в группе детей с умственной отсталостью в возрасте 9-11 лет

Возможности ребенка	Обследование до начала занятий, %			Обследование спустя 1,5 года от начала коррекционных занятий		
	Н	Ч	П	Н	Ч	П
	е	астич	олно-	е	астич	олно-
	осво	но	стью	осво	но	стью
	ено			ено		
Различает цвета спектра (до 3-х)	7,3	7	2	7,3	7	2
Знает основные формы (треугольник, квадрат, круг)	5,5	9	4	0,0	5	5
Собирает конструктор Сегена животными	7,3	7	2	3,7	1	5
Знает домашних животных	0,5	6	3	8,1	1	5
Различает звуки: животных	9,1	5	4	,1	9	7
птиц	63,7	0,9		40,9	7,2	3,7
музыкальных инструментов	59,1	36,3		13,4	59,1	
машины	59,1	40,9		13,4	86,6	
Игра «Чудесный мешочек»:		1			1	8
резиновый мяч	00			3,4	6,6	
пушистый мяч	100			13,4	86,6	
	100			22,8	77,2	
	100			27,3	72,7	

	колючий мяч деревянный мяч						
	Различает температуру жидкости: холодная горячая	4 0,9 40,9	5 9,1 59,1		4 5,5 40,9	5 4,5 59,1	
	Знает части тела: голова нос, глаза, губы руки, ноги	2 7,3 27,3 27,3	7 2,7 72,7 72,7		4 5,5 45,5 45,5	5 4,5 54,5 5 4,5	
	Различает запахи: приятные резкие парфюмерные лекарства специи химикаты	8 1,8 86,4 86,4 86,4 85,5 85,5	1 8,2 15,6 15,6 15,6 14,5 14,5		9 ,1 18,2 40,9 72,7 90,9 90,9	9 0,9 81,8 59,1 27,3 9,1 9,1	
0	Следит за картинкой	5 9,1	4 0,9		4 ,5	5 9,1	3 6,4
1	слушает музыку: спокойную ритмичную	5 0,0 54,6	5 0,0 45,4		4 ,5 4,5	5 4,5 54,5	5 0,0 50,0
2	Двигательная активность: кидает мяч пинает мяч	3 6,4 54,6	4 5,5 22,8	1 8,1 22,6	1 8,2 36,4	2 7,3 13,6	5 9,1 50,0

68

функций сенсорно-перцептивной сферы, внимания, памяти, мышления, речи и представления о себе в начальном периоде обучения у этих детей низок. Функции эмоционально-волевой сферы, психомоторное развитие, социально-бытовая адаптация, трудовые навыки и коммуникативность находятся на среднем уровне.

Анализ «Профиля» через 1,5 года выявил следующие результаты: отмечался рост оценки почти всех показателей, кроме учебных навыков, на 10-20% и переход на средний уровень развития функции.

По шкале «Эмоционально-волевая сфера» дети показывали оценки от 0 до 3, что говорило о высоком уровне тревожности, чрезмерной эмоциональности и неусидчивости, склонности к агрессии, направленной как на себя, так и на окружающих. У 40,9% детей наблюдалось увеличение параметра на 10% и переход к средней степени сбалансированности процессов эмоционально-волевой сферы.

Показатели шкалы «Коммуникативность» имеют самые высокие значения: большинство детей стали более открыты для контактов со сверстниками в группе и со взрослыми.

Таким образом, методика «Карта наблюдений» и создание на ее основе психолого-педагогического профиля позволяют осуществлять контроль над общим состоянием ребенка в специально созданных для него педагогических условиях. Отчетливо выявляются положительные результаты при формировании у умственно отсталых детей сенсорно-перцептивной, когнитивно-мнемической сфер, навыков самообслуживания и социально-бытовой адаптации, стабилизации эмоционального состояния.

3.3. ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ТЯЖЕЛОЙ И ГЛУБОКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Категория детей с глубоким нарушением интеллекта весьма неоднородна, среди них большое число детей с болезнью Дауна, аутизмом, двигательными нарушениями, тяжелыми речевыми дефектами. У части детей — выраженная гидроцефалия, снижение зрения и слуха и др.; все это значительно снижает их возможности к обучению. Следовательно, тяжелая и глубокая умственная

отсталость и ограниченная обучаемость этих детей во многих случаях приводят к тому, что они выпадают из системы обучения.

Процесс обучения тяжело и глубоко умственно отсталого ребенка должен максимально содействовать развитию его личности, что в значительной степени определяется уровнем его общего психофизического развития, моторики, речи, знаниями и умениями. Для оценки развития детей с умственной отсталостью применяют методику «Социограмма», предложенную немецким педагогом и психологом доктором Х. С. Гюнцбургом, которая адаптирована,

69

переведена и используется в нашей стране (например в Лечебно-педагогическом центре г. Пскова).

Методика состоит из карты наблюдения и анкеты, в которую входит 181 вопрос (Приложение 1.2).

Данная методика имеет два разных по сложности варианта. Первый вариант направлен на оценку развития наиболее простых навыков ребенка — форма РАС-S/P. В этом случае, если ребенок показывает 100% динамику по первому варианту, его переводят на следующий уровень и используют при диагностике второй вариант методики — форма РАС-1. Второй вариант направлен на оценку развития более сложных и разнообразных навыков ребенка (РАС-S/P).

Методики имеют 4 основные сферы наблюдения развития навыков (РАС-S/P): 1) самообслуживание; 2) восприятие и речь; 3) социальная приспособленность (активность); 4) моторика.

Благодаря применению методики «Социограмма» специалисты, работающие с детьми, имеющими глубокие нарушения интеллекта, а также их родители, могут получить значительный объем разносторонней информации об уровне развития ребенка. В нашей работе (выполнена студенткой О. О. Эгель) было исследовано 32 ребенка с глубокой и тяжелой умственной отсталостью в возрасте?—11 лет (5 мальчиков и 10 девочек) и 12-18 лет (11 мальчиков и 6 девочек), воспитывающиеся в интернате № 4 г. Павловска.

Лонгитюдное исследование проводилось в три этапа (перерывы между этапами составляли 6 месяцев). Вначале испытуемого настраивали на эксперимент, демонстрируя к нему интерес, доброжелательность и выражая невербальным поведением свою признательность за согласие участвовать в эксперименте.

Рассмотрим конкретный пример результатов исследования с использованием методики «Социограмма» (форма РАС-S/P).

ПРИМЕР

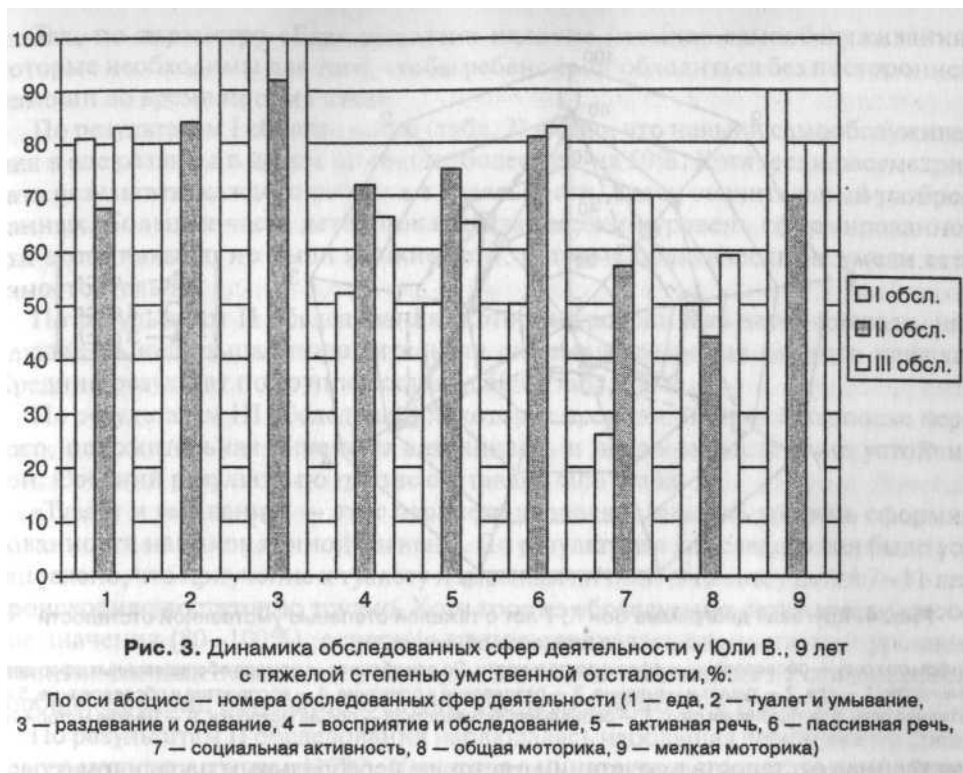
1

Юля В., 9 лет

Диагноз. Тяжелая умственная отсталость, детский церебральный паралич (спастическая тетраплегия). О родителях ничего неизвестно. Девочка находится в детском доме с 4,5 лет. Никто не навещает. Последние 4 месяца посещает «Детский сад» (игровую комнату, где с детьми занимаются психологи, аналогия детского сада).

При первом обследовании (рис. 3) выявлено, что наиболее сформированы навыки самообслуживания: еды, санитарно-гигиенические и раздевания-одевания. Наиболее отстают в развитии сенсорно-перцептивная, эмоциональная, коммуникативная сферы, а также речевые функции. Девочка лишь издает отдельные звуки и слоги, односложные слова, но у нее полностью отсутствует использование речи как средства общения. Ребенок даже не может назвать своего имени. В разделе «Понимание речи» освоены только реакции на свое имя, простые жестовые указания (например, протянутые руки = иди ко мне).

При обследовании спустя 6 месяцев интенсивной коррекционной работы с ребенком отмечается отчетливая положительная динамика в развитии сенсорной, эмоциональной и коммуникативной сфер деятельности, а также социальной активности девочки (рис. 3). Однако остаются неразвитыми активная речь в плане употребления слов со смыслом, обозначение себя «Я», использование вопросов. В пассивной речи появляются знание названий не менее 5 предметов, понимание простых распоряжений и заданий («иди сюда», «принеси кружку» и др.). Социальная активность увеличивается, ребенок начинает вести себя по-разному со знакомыми и незнакомыми людьми, делает попытки подражать в играх — «ладушки-ладушки», «полетели-полетели, на голову сели»; любит, когда



показывают книги с картинками, начинает подражать повседневной деятельности взрослых (помогает подметать, накрывать на стол, варить).

Через 12 месяцев, при III обследовании ребенка, отмечалась неравномерная динамика навыков развития. Общим являлось то, что все 9 сфер деятельности по сравнению с I обследованием имели положительную динамику, особенно это касалось шкал социальной активности, активной и пассивной речи.

По результатам трех обследований можно сделать следующие выводы: Юля активно осваивает навыки самообслуживания: сама ест за столом без посторонней помощи, ходит в туалет на горшок, одевается и раздевается; заметно развиваются активная и пассивная речь; общие двигательные способности имеют скачкообразную динамику. Зонами ближайшего развития можно назвать социальную активность и пассивную речь. С Юлей нужно больше разговаривать, читать простые сказки и стихи, показывать книжки с картинками и объяснять изображения, чаще гулять, ходить в гости, то есть расширять сферу социальных контактов.

Однако заметные положительные результаты даже при деятельной и интенсивной коррекционно-обучающей работе с детьми, имеющими тяжелую и глубокую умственную отсталость, можно наблюдать далеко не всегда. Кроме того, даже позитивный результат может быть нестабильным и при различных, особенно неблагоприятных средовых или внутренних (например, соматическое или воспалительное заболевание ребенка) факторах воздействия формирование навыка приобретает регрессивный характер.

На рис. 4 представлена круговая диаграмма по результатам методики «Со-циогрмма PАС-P/S» при обучении ребенка Зои Г., 7 лет с диагнозом тяжелая

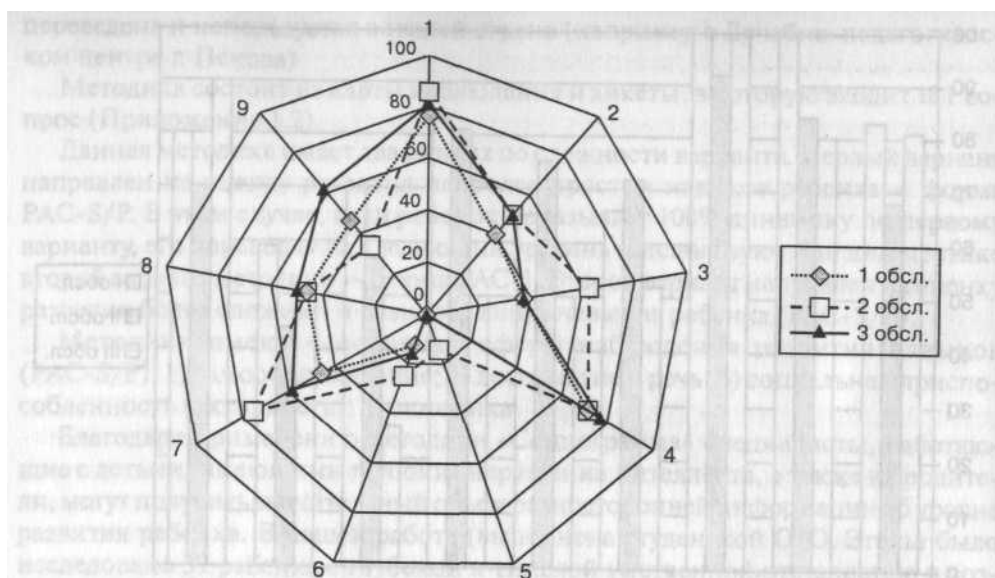


Рис. 4. Круговая диаграмма Зои Г., 7 лет с тяжелой степенью умственной отсталости в процессе обучения, %:

Цифры по кругу — обследованные сферы деятельности. По оси абсцисс — номера обследованных сфер деятельности (1 — еда, 2 — туалет и умывание, 3 — раздевание и одевание, 4 — восприятие и обследование, 5 — активная речь, 6 — пассивная речь, 7 — социальная активность, 8 — общая моторика, 9 — мелкая моторика)

умственная отсталость в сочетании с детским церебральным параличом (спастическая диплегия). У этой девочки после 1 года коррекционной работы так и не наблюдалось улучшения показателей сенсорно-перцептивных функций активной и пассивной речи. Кроме того, при III обследовании отмечалась отрицательная динамика навыков социальной активности, активной речи и даже самообслуживания (одевания и раздевания) по сравнению с положительным результатом при II обследовании.

Анализ экспериментальных данных по двум обследованным возрастным группам детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью при применении методики «Социограмма РАС-P/S» показал, что имеется целый ряд существенных различий не только индивидуальных, но и специфических для каждой группы в динамике психокоррекционной работы.

3.3.1. Возрастная группа с 7 до II лет

Исследования показали, что у детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью в младшей возрастной группе навыки самообслуживания находятся в стадии формирования. Общие двигательные способности ограничены. Это связано с тем, что дети с тяжелой и глубокой умственной отсталостью чаще всего имеют, кроме умственной отсталости, еще и физические недостатки развития. Мелкая моторика находится на низком уровне. Уровень развития активной речи и пассивной речи также низкий.

72

Так, по параметру «Еда» выявлено наличие навыков самообслуживания, которые необходимы для того, чтобы ребенок мог обходиться без посторонней помощи во время приема пищи.

По результатам I обследования (табл. 2) видно, что навыки самообслуживания в еде развиты в целом по группе более чем на 50%. Хотя, если рассматривать результаты каждого ребенка в отдельности, виден значительный разброс данных. Большая часть детей показывала высокий уровень сформированности этого навыка, но были и такие дети, которые практически не умели есть самостоятельно.

По результатам II обследования, которое проводилось через полгода, наблюдалась небольшая положительная динамика развития данного навыка. Средний результат по группе составил 58% (табл. 2).

По результатам III обследования, которое проводили через 1 год после первого, положительная динамика сохранялась и являлась достаточно устойчивой. Средний результат по группе составлял 60% (табл. 2).

«Туалет и умывание» — этот параметр позволяет выявить уровень сформированности навыков личной гигиены. По результатам I обследования было установлено, что приучение к туалету и навыкам личной гигиены у детей 7-11 лет происходило достаточно трудно. Хотя трое из обследуемых детей имели высокие значения (80—100%), основная группа отличалась очень низким уровнем развития данных навыков, а у четверых детей этот навык был не сформирован вообще. Средний результат по группе составлял всего 33% (табл. 2).

По результатам II обследования наблюдалась небольшая динамика по среднему результату группы (35%). У части детей, показавших при первом обследовании нулевые значения, никакого развития не наблюдалось.

При III обследовании в среднем по группе выявлялась устойчивая позитивная динамика. Тем не менее четверо детей имели нулевые значения. Это, видимо, связано с невозможностью овладения ими данными навыками в силу нарушений физического развития.

Параметр «Одевание и раздевание» позволяет выявить самостоятельность ребенка или необходимость помощи, когда его одевают или раздевают.

Таблица 2

Результаты исследования формирования различных навыков у детей 7-11 лет с тяжелой и глубокой умственной отсталостью, %

Параметр исследования	I обследование	II обследование	III обследование
Еда (Самообслуживание)	56	58	60
Туалет и умывание (Самообслуживание)	33	35	38
Одевание и раздевание (Самообслуживание)	43	47	49
Восприятие и обследование окружающего мира	48	54	56
Активная речь (Продукция звука)	24	33	31
Пассивная речь (Понимание речи)	23	27	29
Социальная приспособленность (Активность)	37	47	47
Двигательные способности (Общая моторика)	39	40	42
Ловкость пальцев и рук (Мелкая моторика)	48	44	47

73

По результатам I обследования (табл. 2) выявлено, что умение самостоятельно одеваться и раздеваться развито у детей 7-11 лет в среднем на 43%. Это является достаточно неплохим результатом, учитывая возможности данной категории детей. По результатам II и III обследований прослеживалась устойчивая динамика, среднее значение по группе немного возросло и составляло, соответственно, 47 и 49%.

Параметр «Восприятие и обследование окружающего мира» позволяет проследить, чем интересуется ребенок, как он реагирует на окружающие его предметы, звуки, запахи. Также этот параметр дает возможность выяснить, насколько ребенок любознателен, как представляет себе окружающий его мир.

По результатам I обследования (табл. 2) обнаружено, что дети 7—11 лет проявляют интерес к окружающему миру, среднее значение параметра довольно высокое и составляет 48%, приближаясь к показателю раздела «Еда».

Во II обследовании среднее значение составляло 54%, что может свидетельствовать о стремлении детей расширить свой кругозор. Это проявляется выраженным ориентировочным рефлексом и ростом интереса к окружающему миру. В III обследовании среднее значение по группе составило 56%, то есть познавательный интерес устойчиво сохранялся.

Параметр «Активная речь» позволяет выявить, насколько ребенок владеет речевыми навыками. Выясняется, как ребенок общается с окружающими, говорит ли он отчетливо слова или

фразы, копирует слоги или просто мычит. От того, насколько ребенок владеет речью, зависит то, как его понимают, отвечают на его просьбы и желания.

Из результатов I обследования видно, что активная речь у детей 7—11 лет развита на очень низком уровне (24%), многие из них могут только мычать, кричать или, в лучшем случае, копировать некоторые простые слова или слоги. Тем не менее двое детей показали высокие значения — 52%. Во II обследовании результаты по данному параметру имели хорошую положительную динамику, она составляла 9% к среднему результату группы (33%). Однако при III обследовании, наоборот, было отмечено ухудшение средних результатов до 31%.

Параметр «Пассивная речь» позволяет узнать, насколько ребенок понимает обращенную к нему речь, понимает ли он требования, которые к нему предъявляются, а также обращенные к нему просьбы.

Из результатов обследования I видно, что пассивная речь (так же, как и активная) развита на очень низком уровне, среднее значение по группе составляло всего 23%. По результатам II и III обследований была заметна положительная динамика. Хотя в процентном отношении она не являлась высокой, лишь 4 и 2% соответственно, для таких детей подобную динамику можно считать значимой.

Параметр «Социальная приспособленность» позволяет узнать, насколько ребенок социально активен, вступает ли он в контакт с детьми и взрослыми, проявляет ли интерес к игре.

Из результатов I обследования видно, что социальная адаптация составляла 37%. Многие дети показывали высокие результаты (50—70%). Этот параметр имеет большое значение, так как от социальной активности детей зависят их дальнейшая социальная реабилитация и интеграция. По результатам

74

II обследования прослеживалась высокая динамика развития социальной активности, среднее значение по группе составляло 47%, что на 10% выше, чем при I обследовании. Однако при III обследовании повышения результатов не отмечалось, среднее значение составило 47%. Вновь наблюдалось неравномерное и нестабильное развитие психических функций у данной категории умственно отсталых детей.

Развитие двигательных способностей, в частности, общей моторики, дает представление о физических возможностях ребенка. Это необходимо знать для того, чтобы правильно спланировать программу по комплексной реабилитации каждого ребенка, в зависимости от его потенциальных возможностей.

По результатам I обследования выявлено, что общая моторика развита у детей 7—11 лет на 39%. Это неплохой результат, если принимать во внимание то обстоятельство, что данная категория детей имеет множественные пороки развития, в том числе и двигательные дефекты. По результатам II и III обследований была заметна небольшая динамика, средние значения по группе повышались до 40 и 42%, соответственно.

Изучение и исследование параметра «Мелкая моторика» дает возможность оценить, насколько ребенок интересуется окружающими его предметами, исследует ли он пространство, в котором находится с помощью движений.

Из результатов I обследования (табл. 2) следует, что мелкая моторика у детей была развита достаточно хорошо, среднее значение составляло 48%. Однако при II и III обследованиях результаты снижались, и положительная динамика не прослеживалась.

Анализ статистически достоверных корреляций по трем обследованиям у детей 7—11 лет (рис. 5) показал наибольшую интегрированность параметров



Рис. 5. Корреляционные плеяды наиболее значимых связей исследованных параметров социального развития детей 7–11 лет с глубоким нарушением интеллекта

75

«Социальная приспособленность» и «Туалет и умывание (самообслуживание)», что, видимо, связано с большим акцентом в этом возрасте при коррекционной работе именно на эти сферы деятельности.

Наиболее значимыми являлось развитие навыков самообслуживания, так как дети этого возраста только начинают их осваивать. Их социальная адаптация и реабилитация зависят от того, насколько самостоятельно ребенок себя обслуживает, то есть насколько хорошо развита его социальная активность.

Параметр «Социальная активность» включает в себя показатели развития навыков общения, межличностного взаимодействия, поэтому весьма важно, что он значимо коррелирует у детей 7—11 лет с параметром «Восприятие окружающего мира», то есть с развитием сенсорно-перцептивной и познавательной сфер, а также с параметрами «Пассивная речь», то есть развитием вербальных компонентов коммуникации, и «Мелкая моторика», то есть способами познания окружающего мира через активность пальцев рук, позволяющих осуществлять жесты и тонкие операции навыков самообслуживания (туалет и умывание).

Вызывает интерес факт наличия только одной значимой связи параметра «Еда» с параметром «Восприятие окружающего мира». Казалось бы, что у детей с глубоким нарушением интеллекта должны преобладать инстинктивные формы деятельности на безусловно-рефлекторном уровне, поскольку корковые зоны головного мозга нарушены, однако оказалось, что для этих детей более значимыми являются проблемы социальной реабилитации, активности в социуме, то есть второсигнальная деятельность, присущая человеку.

Параметры навыков самообслуживания (туалет и умывание) также значимы для детей младшей возрастной группы, поскольку в системе коррекцион-но-развивающей работы они доминируют.

Таким образом, методика «Социограмма PAC-S/P» позволяет выявлять как индивидуальные, так и общие закономерности развития социально-бытовых, сенсорно-перцептивных, эмоциональных и коммуникативных навыков у детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью и отслеживать динамику их формирования в процессе психолого-педагогической коррекции.

3.3.2. Возрастная группа с 12 до 18 лет

Рассмотрим информативность параметров «Социограммы PAC-S/P» у подростков с глубоким нарушением интеллекта в более старшем возрасте.

Как свидетельствуют результаты исследования (табл. 3) в старшей возрастной группе уровень сформированности навыков самообслуживания уже при I обследовании выше, чем у детей более младшего возраста.

Так, развитие навыков самообслуживания в еде в среднем по группе составляло при I обследовании 60%, II — 65% и III — 70%, то есть имела место более устойчивая и высокая динамика роста этого показателя у подростков 12—18 лет с тяжелой и глубокой умственной отсталостью по сравнению с детьми более младшего возраста (табл. 2 и 3).

Навыки личной гигиены (туалет и умывание) также имели более высокий уровень сформированности и более устойчивую динамику в процессе коррек-

76

Табл и ца 3

Результаты исследования формирования различных навыков у детей 12-18 лет с тяжелой и глубокой умственной отсталостью, %

Параметр исследования	1 обследов ание	II обследов ание	III обследов ание
Цда (Самообслуживание)	60	65	70
Туалет и умывание (Самообслуживание)	48	57	63
Одевание и раздевание (Самообслуживание)	59	75	77
Восприятие и обследование окружающего мира	67	75	77
Активная речь (Производство звука)	50	62	63
Пассивная речь (Понимание речи)	58	66	69
Социальная приспособленность (Активность)	57	69	75
Двигательные способности (Общая моторика)	42	46	49
Ловкость пальцев и рук (Мелкая моторика)	67	70	73

ционной работы (48,57 и 63%, соответственно трем этапам обследования). Хотя следует отметить, что среди других обследованных параметров развитие этих навыков, как и в младшей возрастной группе, было на всех этапах более низким.

Обучение навыкам одевания и раздевания у подростков с глубоким нарушением интеллекта осуществлялось успешно, о чем свидетельствовали результаты социогаммы (59, 75 и 77% по трем этапам обследования). Таким образом, у этой категории подростков формирование навыков самообслуживания продолжалось и, несмотря на более старший возраст, не достигало своего максимально возможного развития.

Как показали результаты обследования сферы «Восприятие окружающего мира» у умственно отсталых в 12-18 лет, они также были выше, чем в 7-11 лет и составляли 67,75 и 77% (соответственно трем этапам обследования), что свидетельствовало о расширении кругозора в восприятии окружающей действительности и о перспективах развития его в процессе обучения так называемых «необучаемых» детей.

Показатели речевой и коммуникативной деятельности (по данным параметров «Активная речь», «Пассивная речь» и «Социальная приспособленность») в группе подростков с глубоким нарушением интеллекта в процессе психолого-педагогической коррекции имели отчетливо выраженную положительную динамику (табл. 3). Хотя активная речь была развита лишь у половины обследованных, систематическое интенсивное обучение, проводимое в течение года, существенно расширяло словарный запас, коммуникативные возможности детей и привело к более активной социальной адаптации. Последнее отчетливо выявлялось при третьем обследовании, когда прирост параметра «Социальная приспособленность» был наибольшим — 18%, а общее развитие этих навыков в целом по группе составляло 75% (табл. 3).

Развитие общей моторики у подростков с глубоким нарушением интеллекта составляло лишь 42%, и значимой динамики не наблюдалось, что связано, очевидно, с наличием у многих детей

сопутствующих двигательных расстройств из-за наличия церебрального паралича и другой патологии. Однако мелкая

77

моторика у этой группы обследованных была развита лучше и наряду с показателем по шкале «Восприятие окружающего мира» составляла достаточно высокое значение — 67% при I измерении и сохраняла положительную динамику (70 при II и 73% — при III обследованиях).

Корреляционный анализ (рис. 6) показал, что статистически достоверные корреляции по трем обследованиям в старшей возрастной группе приходится на 5 параметров по сравнению с 7 в младшей группе, что связано, видимо, с большей сформированностью навыков одевания — раздевания, гигиены (туалет, умывание) и др. В отличие от младшей группы, в старшей самой большой интегрированностью обладает параметр «Еда (самообслуживание)».

Очевидно, в старшей возрастной группе еда становится не только физиологической потребностью, но и одной из составляющих социальной реабилитации. К еде начинают предъявляться эстетические требования, то есть становится важным и значимым не только процесс насыщения и состояние сытости, а еще и то, что подросток ест, насколько аккуратно и правильно ведет себя за столом (культура поведения в целом). Параметр «Еда (самообслуживание)», в свою очередь, тесно связан с параметром «Ловкость пальцев и рук (мелкая моторика)», поскольку от сформированности этого навыка зависит умение держать руками продукты питания и столовые приборы.

Параметр «Еда (самообслуживание)» связан и с параметром «Восприятие и обследование окружающего мира», так как качество и разнообразие принимаемой пищи становится достаточно актуальным для детей в старшем возрасте.

Параметр «Пассивная речь (понимание речи)» играет немаловажную роль. Этот параметр тесно связан с параметрами «Еда (самообслуживание)», «Ловкость пальцев и рук (мелкая моторика)» и «Социальная приспособленность», потому что от понимания ребенком предъявляемых к нему требований зависит их выполнение, которое, в свою очередь, показывает ребенку, насколько он социально адаптирован в окружающей его среде.

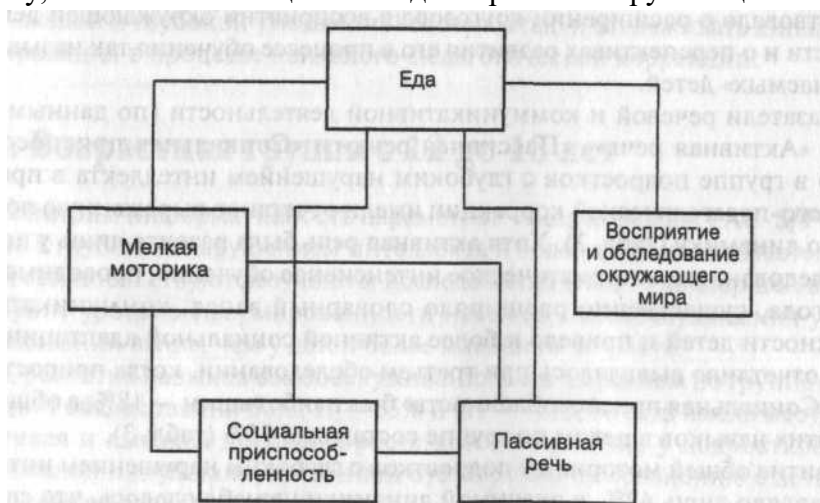


Рис. 6. Корреляционные плеяды наиболее значимых связей исследования социального развития детей 12–18 лет с глубоким нарушением интеллекта

78

На основании данных корреляционного анализа можно полагать, что в старшей возрастной группе, в отличие от младшей, наиболее значимыми являются показатели коммуникации, социальной адаптации и реабилитации. У подростков и молодых людей с нарушениями психического развития навыки самообслуживания уже достаточно сформированы и для них все большее значение начинает приобретать возможность расширения социальных контактов со взрослыми и сверстниками.

В связи с этим следует уделять внимание социальной ориентировке подростков 12-18 лет, то есть расширению их социальных связей. В ходе экскурсий, на прогулках следует закреплять правила поведения в общественных местах, в транспорте, учреждениях бытового обслуживания, что дает возможность этим лицам лучше приспособиться к жизни.

Конечным итогом коррекционно-воспитательной работы с детьми, имеющими глубокое нарушение интеллекта, является подготовка их к известной самостоятельности в быту, развитие навыков общения и усиленной трудовой деятельности в условиях интерната и семьи.

3.4. ОЦЕНКА РОДИТЕЛЯМИ СФОРМИРОВАННОСТИ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ НАВЫКОВ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ С УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

В проведенном обследовании участвовало 46 инвалидов с выраженным недоразвитием интеллекта в возрасте от 15 до 30 лет. Все они в разное время были признаны необучаемыми и к моменту обследования проживали либо дома с родителями, либо в психоневрологических интернатах, возвращаясь домой лишь на выходные дни.

Кроме выраженного недоразвития познавательных функций большинство из обследованных имели еще дополнительную симптоматику общесоматического, неврологического, психопатологического характера — в виде органического поражения центральной нервной системы, детского церебрального паралича, болезни Дауна, микроцефалии, эпилептического синдрома, недоразвития речи и пр. (см. раздел 2.8).

На первом этапе в обследовании принимали участие матери взрослых детей-инвалидов в возрасте от 33 до 64 лет. Больше половины матерей имели второго ребенка, как правило, младшего возраста и без признаков какой бы то ни было патологии психического развития.

Основной задачей исследования являлась оценка уровня сформированности социально-бытовой адаптации молодых инвалидов с ограниченными возможностями психического развития и соотнесения данных показателей с характеристиками их социально-эмоциональных проблем.

79

Психологическое обследование включало в себя непосредственную работу с испытуемыми и членами их семей. При первом знакомстве проводилась беседа по заранее составленному плану, включавшему разнообразные разделы: сфера возможностей и способностей, характер проявления основного заболевания, стиль семейного воспитания и межличностных отношений, социальная адаптированность, сфера интересов и структурирования времени, переживание родителями заболевания собственного ребенка, поведенческие трудности и личностные особенности, сексуальный опыт, осознание собственного неблагополучия и др. По большей мере в силу выраженного интеллектуального снижения, речевого недоразвития, поведенческих трудностей, быстрой утомляемости основное содержание беседы было получено в процессе интервьюирования родителей. По возможности дети тоже принимали участие в беседе.

Средний возраст родителей — 45,4 года, общие демографические данные обследованных семей представлены в табл. 4.

Табл и ца 4 Общие демографические сведения обследованных семей

Параметр	Показатели	Процент	
Состав семьи	Полная	80	
	Неполная	20	
	Единственный ребенок в семье		40
		Имеют братьев / сестер	60
Образование родителей	Высшее	55	
	Среднее	40	
	Незаконченное	5	
Занятость родителей	Работают оба родителя	55	
	Работает один из родителей	35	
	Оба не работают	10	

Для исследования была использована шкала «Навыки, необходимые для социальной адаптации» (D. Horros and J. Williams, 1975), предполагающая оценку развитости наиболее простых бытовых навыков — гигиенических, самообслуживания, пользования бытовыми приборами, средствами транспорта и т. д. В модифицированном виде шкала представляет собой опросник из 45 пунктов (Приложение 1.3). Каждый положительный по содержанию ответ (то есть ответ, фиксирующий наличие признака того или другого навыка) оценивался в 1 балл. Отсутствие признака, соответственно, в 0 баллов. Ответы, фиксирующие частичное присутствие признака,

оценивались в 0,5 балла. Таким образом, суммарная оценка по шкале социально-бытовых навыков могла варьировать у обследованных молодых инвалидов в пределах от 0 до 45 баллов.

Аналогичным образом был построен опросник, выявляющий уровень развития эмоционально-поведенческой адаптации, также состоящий из 45 пунктов (Приложение 1.5). При помощи первого опросника описывалась преимущественно сфера отношений «Человек — Предмет», при помощи второго — сфера «Человек — Человек».

80

Полученные индивидуальные показатели по каждой шкале относились к одному из трех уровней: от 0 до 15 баллов — низкий уровень; от 16 до 30 — средний уровень; от 31 до 45 — высокий уровень.

В процессе индивидуальной беседы психолога с матерью последовательно заполнялись обе шкалы.

Представленность указанных уровней по шкалам социально-бытовой и эмоционально-поведенческой адаптации воспроизведена в табл. 5 и 6.

Как видно из представленных данных, больше половины обследованных нами молодых инвалидов было отнесено к высокому уровню социально-бытовой адаптации (69%) и почти треть к среднему уровню (28%) (табл. 5). Несколько иначе выглядит картина адаптации, представленной в табл. 6. Основная часть обследованных сосредоточена на среднем уровне (84%). Низкий и высокий уровни представлены незначительно. В целом состояние социально-бытовой адаптации выглядит более благоприятно, чем состояние эмоционально-поведенческой сферы. Полученные результаты можно рассматривать как вполне адекватные, поскольку обе сферы были разбиты на простые и дробные элементы, оценить которые не представляло особого труда. Вместе с тем это только один ракурс рассмотрения состояния сфер «Человек — Предмет» и «Человек — Человек». С самого начала исследования было обращено внимание на то, что, фиксируя наличие или отсутствие того или иного признака в исследуемых сферах, родители прямо или косвенно придавали (или не придавали) значение этим признакам. Иначе говоря, в наборе признаков каждый из родителей выделял значимые (существенные) для данной сферы адаптации, которые, с его точки зрения, были ведущими и определяли остальные признаки, которые, независимо от их наличия или отсутствия, расценивались как второстепенные.

Исходя из этого, мы решили несколько модифицировать процедуру исследования. Родителям предлагалось оценить обе сферы не поэлементно, как на первом этапе, а в целом, с использованием процедуры Дембо—Рубинштейн, то есть поставить отметку на шкалах, отражающих бытовую ориентированность (от полной беспомощности до полной самостоятельности) и эмоционально-поведенческие проблемы (от беспроблемной и неконфликтной личности до

Табл и ца 5 Показатели представленности™ уровней социально-бытовой адаптации, %

Уровень	Балл	Процент
Низкий	0-15	3,0
Средний	16-30	28,0
Высокий	31-45	69,0

Табл и ца 6 Показатели представленности уровней эмоционально-поведенческой адаптации, %

Уровень	Балл	Процент
Низкий	0-15	8,0
Средний	16-30	84,0
Высокий	31-45	8,0

81

конфликтной и неуживчивой). В этом случае, то есть в случае целостного оценивания, критерием эффективности адаптации в изучаемых сферах для родителей выступало *наличие* или *отсутствие* только значимых для них признаков, которые ассоциировались со всей сферой адаптации.

Совершенно очевидно, что в этой ситуации должны были быть получены другие данные, трудно сопоставимые с первыми, ибо они представляют сферы адаптации уже в ином ракурсе. Полученные данные представлены в табл. 7 и 8.

Табл и ца 7

Показатели представленностиTM уровней социально-бытовой адаптации в условиях целостного оценивания, %

Уровень	Процент
Низкий	20,0
Средний	58,0
Высокий	22,0

Таблица 6 Показатели представленности уровней эмоционально-поведенческой адаптации в условиях целостного оценивания, %

Уровень	Процент
Низкий	22,0
Средний	39,0
Высокий	39,0

Как видно из табл. 5—8, распределение по уровням в условиях выделения значимых признаков адаптации, а также их присутствия или отсутствия, выглядит несколько иначе, чем при поэлементном оценивании. Представленность уровней носит более равномерный характер. Пятая часть исследуемых отнесена родителями к низким уровням социально-бытовой и эмоционально-поведенческой адаптации. Вместе с тем средний и высокий уровни имеют достаточно высокую процентную представленность.

В процессе обработки мы попытались провести процедуру соотнесения уровней показателей социально-бытовой и эмоционально-поведенческой сфер. Это соотнесение было проведено по показателям и поэлементного, и целостного оценивания. Сочетание двух шкал путем их ортогонального наложения позволяло построить семантическое пространство, где на пересечении показателей по каждой из двух шкал могло быть показано в виде точки место для каждого из наших испытуемых. Это место в пространстве характеризовалось сочетанием разных уровней социально-бытовой адаптации с разными (в нашем случае с тремя) уровнями социально-эмоциональной ориентации.

Построенное таким образом семантическое пространство имеет ряд секторов: первый из них охватывает центральную часть пространства, где расположены близкие к средним показатели по двум шкалам; правый верхний сектор характеризуется высокими показателями по указанным шкалам. Сектор справа снизу дает сочетание средне-высоких показателей по шкале эмоциональных проблем (то есть хорошие результаты в эмоционально-поведенческой

сфере) с средне-низкими показателями в сфере социально-бытовой ориентированности. Сектор слева вверху связан с сочетанием низко-средних показателей по шкале эмоциональных проблем (то есть наличием поведенческих и эмоциональных затруднений) и с высокими и средними показателями по шкале бытовой ориентированности. И наконец, сектор слева внизу сочетает низко-средние показатели по двум шкалам.

Как видно на рис. 7, основной массив испытуемых располагается в пространствах, характеризующихся высокими показателями в сфере бытовой ориентации в сочетании со средними показателями в области эмоционально-поведенческих проблем. Незначительное число испытуемых, располагаясь в других секторах семантического пространства, дает весьма большой разброс индивидуальных показателей. Таким образом, социально-эмоциональные проблемы выражены несколько сильнее, чем бытовые. Это вполне объяснимо. Сфера эмоций и общения по своей психологической структуре гораздо сложнее, чем сфера бытовых навыков. Кроме того, семейная ситуация большинства обследованных была неблагоприятной (это не редкость для семей, воспитывающих детей-инвалидов). Это приводит к недоразвитию, а то и к существенному распаду уже сформированных навыков социального поведения, способствует укреплению негативных защитных механизмов в виде панических реакций на появление в доме незнакомого человека, аутоагрессивности или ритуальных форм поведения.

Представленные результаты могут быть оценены как вполне объективные, ибо оцениваемые родителями фрагменты поведения были весьма просты и представлены последовательно (поэлементно).

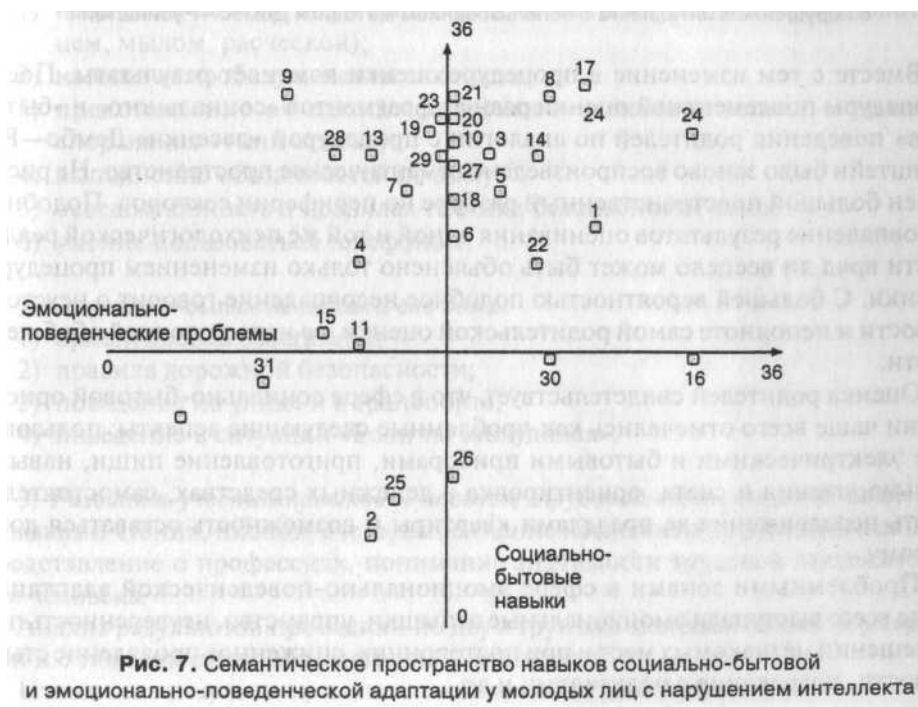


Рис. 7. Семантическое пространство навыков социально-бытовой и эмоционально-поведенческой адаптации у молодых лиц с нарушением интеллекта

83

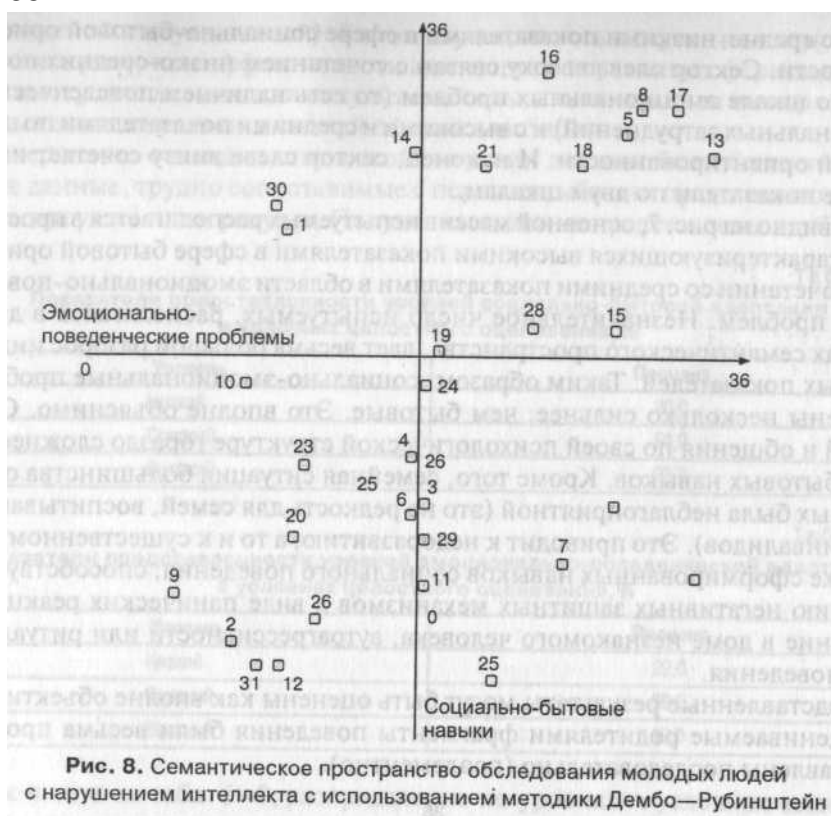


Рис. 8. Семантическое пространство обследования молодых людей с нарушением интеллекта с использованием методики Дембо—Рубинштейн

Вместе с тем изменение в процедуре оценки изменяет результаты. После процедуры поэлементной оценки разных фрагментов «социального» и «бытового» поведения родителей по аналогии с процедурой «лесенки» Дембо—Рубинштейн было заново воспроизведено семантическое пространство. На рис. 8 виден большой пространственный разброс по периферии секторов. Подобное несовпадение результатов оценивания одной и той же психологической реальности вряд ли всецело может быть объяснено только изменением процедуры оценки. С большей вероятностью подобное несовпадение говорит о неустойчивости и неполноте самой родительской оценки, ее недостаточной обобщенности.

Оценка родителей свидетельствует, что в сфере социально-бытовой ориентации чаще всего отмечались как проблемные следующие аспекты: пользование электрическими и бытовыми приборами, приготовление пищи, навыки письма, чтения и счета, ориентировка в денежных средствах, самостоятельность передвижения за пределами квартиры и возможность оставаться дома одному.

Проблемными зонами в сфере эмоционально-поведенческой адаптации чаще всего выступали эмоциональные вспышки, упрямство, неуверенность при посещении незнакомых мест и при посторонних, сниженное проявление стыдливости, пререкание с родителями и др.

84

Важно, что трудности в социально-бытовой и эмоционально-поведенческой адаптации, как и в целом их уровень, не может быть прямо сопоставлен с выраженностью нарушения психического развития и дополнительных симптомов и не зависит от нее.

3.5. ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ НАВЫКОВ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

На II этапе исследования изучалось состояние социально-бытовых навыков и эмоционально-поведенческих реакций непосредственно при обследовании самих молодых людей с умеренной (УУО) и тяжелой (ТУО) степенью умственной отсталости. С этой целью были составлены специальные схемы обследования, объединяющие известные субтесты, но адаптированные нами для диагностики данной категории лиц.

Изучение социально-бытовой адаптации опиралось на 3 группы показателей:

1. *Социально-бытовые навыки в условиях дома:*

1) навыки личной гигиены (умение пользоваться зубной щеткой, полотенцем, мылом, расческой);

2) навыки самообслуживания за столом;

3) представление об одежде (мужская — женская, летняя — зимняя, спортивная — для отдыха);

4) выполнение обязанностей по дому;

5) осведомленность о правилах техники безопасности дома;

6) умение пользоваться телефоном.

2. *Социально-бытовые навыки вне дома:*

1) ориентировка в магазине;

2) правила дорожной безопасности;

3) поведение на улице и в транспорте;

4) поведение в ситуации «Если ты заблудился».

3. *Развитие учебных навыков и навыков трудовой деятельности:* владение навыками чтения, письма, счета, выполнение несложных трудовых операций, представление о профессиях, понимание значимости трудовой деятельности для человека.

Анализ результатов проводили по двум группам молодых людей: с умеренной и с тяжелой степенью умственной отсталости.

Изложение результатов начнем с конкретных примеров.

85

ПРИМЕР

2

Михаил Л., 28 лет

Диагноз. Тяжелая умственная отсталость. Депрессия. Психотические, аутистические и кататонические явления.

Физическое развитие. Осанка вялая. Походка, координация неуверенные, быстрота и точность движений снижены. Предпочитает спокойный, малоподвижный образ жизни, но с удовольствием выполняет несложные физические упражнения. Мелкая моторика развита плохо (не умеет завязывать шнурки, готовить бутерброды и т. д.). *Самообслуживание.* Владеет необходимыми навыками личной гигиены: самостоятельно чистит зубы, не требует помощи при посещении туалета, принятии ванны и т. д.). Самостоятельно принимает пищу, отношение к пище достаточно спокойное. Может выполнять отдельные поручения по дому, но относится к ним безответственно, требуется постоянный контроль над их выполнением.

Может выполнять простейшие трудовые операции с бумагой, тканью, пластилином, умеет пользоваться ножницами, кистью, клеем. Знания о правилах безопасности дома при пользовании водой, газом, электроприборами очень ограничены. *Обучение и интересы.* Аутистически одинок. Пассивно слушает музыку, фантазирует, читает детские книги, имеет ограниченный круг пристрастий (война, библия). Религиозен. Проживает в интернате. Выполняет низкоквалифицированную работу дворника под присмотром. Готовность к трудовой деятельности недостаточна (быстро утомляется, теряет интерес). Сексуален, онанирует.

Речь и навыки *общения*. Знает имена и характер работы близких родственников, путает их возраст и родственную иерархию отношений. Симбиотически привязан к матери. Характер поведения, общения и взаимодействия с другими людьми неоднозначен. В ситуациях проблемного общения чаще конфликтен, проявляет агрессию, в основном вербальную. Отмечается стремление к лидерству. Стараются привлечь внимание новых людей в своем окружении, быть для них значимым. Проявляет выраженный интерес к лицам противоположного пола.

Владение вербальными средствами общения удовлетворительное, понимает простые предложения в обращенной к нему речи, пользуется в разговоре вежливыми формами обращения, но речевое выражение своих мыслей эгоцентрично, стремится перевести разговор на себя и свои проблемы, довольствуется собственным монологом, навязчив в желании овладеть вниманием собеседника. Невербальные средства общения развиты слабо, мимика и язык тела не адекватны выражаемым чувствам. Самооценка завышена.

Отмечается эмоциональная лабильность с широким диапазоном фона — от равнодушно-негативного до активно выраженного позитивного. Умеренный уровень тревожности. Боится животных (особенно собак).

Понимание собственных чувств и их адекватность низкая. Понимание эмоциональных состояний других людей отсутствует, дифференцирует лишь отдельные элементарные эмоции при яркой выраженности, что заметно снижает адекватность ответной реакции при общении. Саморегуляция поведения затруднена, нуждается в контроле во избежание эмоциональных срывов.

ПРИМЕР 3

Виктория К., 19 лет

Диагноз. Умеренная умственная отсталость. Детский церебральный паралич (правосторонний гемипарез). Эпилептический синдром (малые припадки). Поведенческие нарушения: расторможенность, болтливость, чрезмерная общительность, эйфория, повышенная аффективная возбудимость, пугливость.

Физическое развитие. Передвигается самостоятельно. Отмечается нарушение осанки, походки, координации движений. Мелкая моторика развита недостаточно, но может завязать шнурки, застегивает пуговицы.

86

Самообслуживание. Владеет навыками личной гигиены (чистит зубы, умывается и т. д.), но не может самостоятельно принять ванну. Режим питания соблюдает под контролем. Самостоятельно одевается, но необходим контроль матери, так как без напоминания не переодевается. Выполняет ряд обязанностей по дому (накрывает на стол, умеет пользоваться плитой, может подогреть себе пищу, сделать бутерброд). Отношение к домашней работе позитивное. Выполняет простейшие трудовые операции (работа с тканью, пользование иглой, ножницами и т. д.). Принимает телефонные звонки по поручению матери, при необходимости может воспользоваться телефоном и обратиться за помощью к знакомым, соблюдает элементарные правила безопасности дома (при пользовании водой, электроприборами) и на улице (знает правила для пешеходов и при проезде в транспорте). *Обучение и интересы*. Владеет академическими навыками (обучалась в школе), умеет читать, может написать свой адрес, фамилию. Проявляет интерес к музыкальным занятиям (любит петь). Имеет достаточно полное представление о профессиях. *Речь и навыки общения*. Уровень развития речи — развернутая речь, являющаяся основным средством общения. Понимает обращенную речь, выражает свои желания, знания, умеет начать беседу, поддержать ее, адекватно отвечает на вопросы, приветствия, просьбы и т. д. Владеет рядом невербальных средств общения (жесты, касания и т. д.). Знает имена, возраст родителей, характер их работы, знает о существовании родственников, их места в семейной иерархии. Характер отношений с родителями доверительный, доброжелательный. Очень привязана к матери. Признает авторитет учителя, выполняет задания без принуждения, но под контролем. Не терпит критики, становится конфликтной. Самооценка завышена, но поддается коррекции, сознание своего «Я» в прошлом, настоящем и будущем адекватно. Способна организовать свое время, но четкий распорядок дня ее не устраивает.

Несмотря на эмоциональную неустойчивость, основной эмоциональный фон позитивный. Способна дифференцировать отдельные ярко выраженные эмоции окружающих.

Тревожность выражена умеренно. Понимает свои чувства и удовлетворительно выражает их вербальными и невербальными средствами.

Эти примеры наглядно иллюстрируют особенности сформированности и использования социально-бытовых навыков и эмоционально-личностного поведения у умственно отсталых людей с разной степенью выраженности дефекта во взрослом состоянии, в результате многолетней работы родителей и специалистов (педагогов и психологов). Развитие большинства из них соответствует раннему или дошкольному возрасту, несмотря на многолетние и многочисленные усилия. Тем не менее даже при тяжелой умственной отсталости можно добиться положительных результатов, о чем достаточно красноречиво свидетельствует пример Миши Л.

Проанализируем полученные результаты в целом по группам молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.

3.5.1. Развитие социально-бытовых навыков в условиях дома

Оценка социально-бытовых навыков показала, что у всех молодых людей (100%) с умеренной умственной отсталостью они сформированы в основном, как в условиях дома, так и вне дома, но уровень развития различен. Среднее значение сформированности этих навыков в домашних условиях составляло

87

12,4 балла (при максимуме 13), а вне дома — 31,1 балла (при максимуме 34). Как в условиях дома, так и вне его, в группе обследованных с умеренной умственной отсталостью 94,1% молодых людей имели высокий уровень сформированностиTM социально-бытовой адаптации (табл. 9).

В группе молодых людей с тяжелой умственной отсталостью сформированность социально-бытовых навыков была ниже. У 83,0% обследованных в домашних условиях и у 70,0% — вне дома выявлялась низкая социально-бытовая адаптация, причем ее средние значения составляли 8,0 баллов дома и 14,5 баллов — вне дома, то есть были в 1,6 и 2,1 раза ниже, чем при умеренной умственной отсталости. По уровням сформированности этих навыков (табл. 9) выявлялась неоднозначная ситуация: высокий уровень отмечался у 58,9% тяжело умственно отсталых дома и у 29,4% — вне дома. У достаточно большого числа обследованных этой группы выявлен низкий уровень, чего не наблюдалось в группе молодых людей с умеренной умственной отсталостью.

Таблица 9

Уровни сформированности социально-бытовых навыков у молодых людей с нарушением интеллекта, %

и	Навык	Уровень молодых людей группы с УУО			Уровень молодых людей группы с ТУО		
		в ысоки й	ср едний	ни зкий	в ысоки й	ср едний	ни зкий
	Социально-бытовые навыки в домашних условиях	94,1	5,9		58,9	18,0	23,1
	Социально-бытовые навыки вне дома	94,1	5,9	—	29,4	23,5	37,1

При получении представлений о степени владения молодыми людьми *навыками личной гигиены* нами выделены следующие уровни оценки:

II высокий уровень (ВУ) — владеет самостоятельно (чистит зубы, не требует помощи при посещении туалета, принятии ванны и т. д.);

II средний уровень (СУ) — владеет частично, требуется посторонняя помощь при ежедневном выполнении гигиенических процедур;

I низкий уровень (НУ) — в вопросах личной гигиены не самостоятелен, требуется постоянная помощь и контроль со стороны взрослых.

Самостоятельно владеют навыками личной гигиены большинство (74%) лиц с УУО и лишь 21% лиц с ТУО. Они не требуют помощи при умывании, чистке зубов, посещении туалета, принятии ванны. Эти результаты можно видеть на рис. 9.

У 16% лиц УУО и у большей части лиц с ТУО (63%) эти навыки сформированы частично, то есть в ряде случаев им необходима помощь либо контроль над выполнением со стороны взрослых.

В обеих обследованных группах встречаются молодые люди, у которых навыки личной гигиены не сформированы вообще (10% — среди лиц с УУО; 16% — у лиц с ТУО), что кажется трудно объяснимым: эти дети воспитываются в семьях, и следовательно, родители просто не занимаются с ними.

88



Степень владения молодыми людьми *навыками самообслуживания* оценивали в зависимости от объема и качества выполнения ими действий по самообслуживанию.

Исследование навыков самообслуживания показало, что незначительная часть лиц с УУО и ТУО владеют ими удовлетворительно (37 и 21 %, соответственно), то есть они могут самостоятельно переодеться, подогреть себе пищу, сходить в магазин за покупками, заняться дома уборкой. И все же почти у половины лиц в обеих группах (42 и 47%) эти навыки сформированы недостаточно, в связи с чем необходим контроль над их выполнением со стороны взрослых.

21 % лиц с УУО и 32% лиц с ТУО вообще не владеют навыками самообслуживания, нуждаются в постоянной посторонней помощи при одевании-раздевании, приготовлении и принятии пищи и т. д., что еще раз подтверждает наше мнение об отсутствии систематической работы с ними в семье.

Следовательно, у лиц УУО наиболее высокий уровень сформированности навыков личной гигиены. Хотя многие из этих молодых людей обучались в школе, и к моменту нашего исследования они уже вышли из детского возраста (им было от 15 до 29 лет), даже жизненно важные навыки самообслуживания и приема пищи развиты лишь у части из них, а остальные нуждаются в помощи либо совершенно не могут выполнять простые действия самостоятельно. Эти факты крайне тревожны, поскольку взрослые дети проживают с родителями и другими родственниками, которые уделяют им мало внимания, не пытаются обучить самостоятельности и стараясь сделать все за них. Полученные результаты настораживают еще и потому, что более половины из этих детей (59,5%) обучались в школе, где также, очевидно, очень мало внимания уделялось коррекционной работе с ними и подготовке их к самостоятельной жизни в пределах их возможностей. Возможно также, что часть из них потеряли ранее полученные адаптивные навыки.

В группе лиц с ТУО только около 33% детей владеет навыками самостоятельного приема пищи, однако с помощью других они довольно сносно реализуют навыки личной гигиены, самообслуживания и питания. Очевидно, здесь есть достаточно значимый резерв для их обучения и развития этих навыков в большей степени.

Представления о предметах одежды у умеренно умственно отсталых молодых людей (табл. 11) достаточно хорошо развиты, даже в отношении диффе-

89

Табл и ца 10 Представления умственно отсталых молодых людей о предметах одежды, %

Группы обследованных	Одежда		
	Летняя — зимняя	Мужская — женская	Спортивная — для отдыха
Молодые люди с умеренной умственной отсталостью	89,0	90,0	80,0

Молодые люди с тяжелой умственной отсталостью	42,9	48,0	—
---	------	------	---

ренцировки спортивной одежды и одежды для отдыха. В группе обследованных с тяжелой умственной отсталостью менее половины молодых людей различают летнюю и зимнюю, мужскую и женскую виды одежды и ни один из них не дифференцирует спортивную одежду и одежду для отдыха.

Для социализации молодых людей с умственной отсталостью крайне важны умения и навыки работы по дому. Мы наблюдали их способности справляться с мытьем посуды, пола, сервировкой стола, с необходимостью подогреть себе пищу, сделать бутерброды, постирать свою одежду, вытереть пыль и проч.

По способности умственно отсталых молодых людей справляться с *обязанностями по дому* были выявлены три уровня.

Было установлено, что имели постоянные обязанности (сервировка стола, мытье посуды, уборка и др.) и выполняли их на высоком уровне 74% лиц с УУО и лишь 21% лиц с ТУО. Эти молодые люди были способны пользоваться плитой для разогревания пищи, стирать белье, ходить в магазин за элементарными покупками. В целом, у них наблюдалось позитивное отношение к домашней работе, ответственное и своевременное ее выполнение.

Средний уровень выполнения обязанностей по дому был присущ 26% лиц с УУО и 47% лиц с ТУО. Для молодых людей этого уровня было характерным выполнение определенных домашних обязанностей, однако зачастую у них отмечались низкая мотивация, нерегулярность исполнения и избегание работы по дому.

Не могли справиться с домашними обязанностями либо выполняли их на очень низком качественном уровне 32% лиц с ТУО, в то время как среди УУО таких не было вовсе. В данном случае такие низкие результаты можно, видимо, объяснить тяжестью нарушений их развития, в частности — моторной сферы, а также низкой мотивацией к выполнению какой-либо работы по дому.

Большую важность представляет знание умственно отсталыми молодыми людьми правил техники безопасности дома, поскольку зачастую они находятся дома одни и многие ситуации (насыщенные электроприборами, газовыми горелками и химическими веществами) могут представлять для них опасность. В связи с этим мы обследовали степень владения навыками безопасного поведения дома по следующим параметрам: понимание смысла слов «опасно» и «безопасно»; выполнение элементарных правил пользования водой, газом, некоторыми электроприборами, режущими предметами; адекватное реагирование на звонок в дверь незнакомого человека.

Изучение осведомленности молодых людей о *правилах техники безопасности дома* приведено по уровням владения этими знаниями.

90

Среди лиц с УУО 68% хорошо знают и выполняют правила техники безопасности дома, 32% выполняют их частично, например, умеют пользоваться водой, газом, при этом могут открыть дверь незнакомому человеку или испытывают затруднения при пользовании электроприборами.

Молодые люди с ТУО выполняют правила безопасности дома. Не знакомы с данными правилами 26% обследованных молодых людей этой группы.

Немаловажной составляющей процесса успешной социальной адаптации умственно отсталого человека является умение связаться с нужным учреждением по телефону в экстремальной ситуации.

Выявлено, что большинство УУО молодых людей (86%) умеют пользоваться телефоном, 10% могут воспользоваться им только в экстренных случаях, 4% не умеют пользоваться им вообще.

Напротив, среди обследованных лиц с ТУО лишь 4% способны уверенно пользоваться телефоном (в 20 раз реже, чем молодые люди с УУО), 53% из них могут делать это только в случаях вынужденной необходимости, а для 43% людей этой группы пользование телефоном недоступно.

Подобные низкие результаты в группе лиц с ТУО выглядят естественно, поскольку многие из молодых людей этой группы являются «безречевыми», следовательно, общение по телефону для них не представляется возможным.

3.5.2. Развитие социально-бытовых навыков вне дома

Для полноценной социальной реабилитации весьма важно научить умственно отсталых лиц наиболее необходимым и простым правилам поведения на улице и в транспорте (правила дорожного движения для пешеходов и проезда в транспорте; правила безопасного поведения при общении с незнакомыми людьми; представление о том, как вести себя в ситуации «если ты заблудился» (в магазине, в городе, в лесу)).

Исследование знания и выполнения умственно отсталыми молодыми людьми *правил поведения на улице и в транспорте* позволило выявить 3 уровня овладения этими навыками:

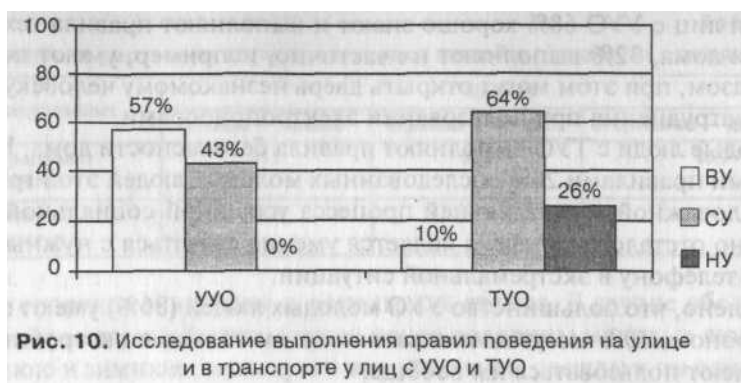
1) высокий уровень (ВУ) — знаком с правилами дорожного движения, может самостоятельно пользоваться транспортом, ходить в магазин;

2) средний уровень (СУ) — знания сформированы недостаточно, из дома выходит только во двор, на более дальние расстояния — в сопровождении взрослых; транспортом самостоятельно пользоваться не может;

3) низкий уровень (НУ) — знания не сформированы, выходит из дома только в сопровождении взрослых.

Изучение правил поведения на улице и в транспорте показало, что все обследованные с УУО имеют представление о правилах поведения на улице и в транспорте, из них 57% знают их хорошо и выполняют, 43% — выполняют их частично и не всегда (рис. 10).

91



Иную картину демонстрируют данные по лицам с ТУО: только 10% из них хорошо знают и выполняют данные правила (почти в 6 раз меньше), 64% имеют элементарные представления, а 26% совсем не осведомлены по этому поводу.

У обследованных этой группы наибольшие трудности вызывал субтест «Если ты заблудился», с ним не справились 80%.

3.5.3. Развитие учебных навыков и навыков трудовой деятельности

Исследование показало, что существуют значительные различия в степени владения учебными навыками (письма, счета, чтения) лицами с УУО и с ТУО. В достаточной степени эти навыки сформированы у 53% лиц с УУО, в то время как никто из группы обследованных лиц с ТУО не владеет таковыми. Могут написать свое имя, адрес, сосчитать до 5—10 и проч. 37% лиц с УУО и 47% лиц с ТУО. Следует отметить, что среди молодых людей с УУО у 10%, а также у 53% лиц с ТУО даже элементарные навыки письма, счета, чтения не сформированы вообще.

При исследовании выполнения более тонких и сложных *трудовых операций* разного рода (работа с ножницами, цветной бумагой, клеем и т. д.) были выявлены различия в способности их реализации обследуемым. Хорошо справлялись и имели высокую мотивацию 32% лиц с УУО и небольшая часть лиц с ТУО (10%).

Большая часть обследуемых обеих групп (68% лиц с УУО и 43% лиц с ТУО), хотя и овладели навыками работы с ножницами, бумагой, клеем и т. д., делали это неохотно и лишь при помощи взрослых членов семьи. Среди молодых людей с ТУО почти половине (47%) было недоступно выполнение элементарных трудовых операций.

По субтесту «Представление о профессиях» также выявлены отчетливые различия в обследованных группах (табл. 11).

Почти у половины обследованных с тяжелой умственной отсталостью полностью отсутствуют представления о профессиях.

Понимание молодыми людьми с нарушениями интеллекта *значимости тру-*

92

профессиях

Группы обследованных	По	Частичное	Отсутствие представления
Молодые люди с умеренной отсталостью	63,5	46,5	-
Молодые люди с тяжелой отсталостью	14,5	39,5	46,0

довой деятельности для человека выявляли по задаваемым вопросам и предъявляемым картинкам. Для этого использовались следующие вопросы: «Для чего люди ходят на работу?» «Какая профессия тебе нравится? Почему?» и др.

Большая часть молодых людей с УУО (53%) и очень небольшая часть лиц с ТУО (10%) имеют достаточно хорошо сформированное представление о значимости труда для человека, на примере могут рассказать, для чего нужно трудиться, какую пользу это приносит самому человеку и окружающим.

Частичные представления имеют 37% лиц с УУО и 69% лиц с ТУО. Эти молодые люди смогли лишь фрагментарно описать смысл трудовой деятельности человека. Отвечая на уточняющие вопросы, они испытывали затруднения.

Совсем не сформированными оказались представления у 10% лиц с УУО и у 21% лиц с ТУО (в 2 раза больше), которые не смогли дать ответа на поставленные вопросы.

Резюмируя общие и специфические особенности развития социальных и трудовых навыков умственно отсталых молодых людей, можно заключить, что в силу тяжести нарушений в их физическом и интеллектуальном развитии, формирование этих навыков значительно затруднено, а в некоторых индивидуальных случаях может оказаться невозможным. Однако систематическая работа по развитию и закреплению учебных и трудовых навыков приносит весомые положительные результаты. Как правило, удовлетворительным уровнем сформированности тех или иных навыков обладают те молодые люди, родители которых прилагают к этому достаточно усилий и времени. Отношение самих родителей к воспитанию «особого» ребенка и их реалистичная оценка возможностей своих детей играют существенную роль в развитии, реабилитации и дальнейшей социальной адаптации.

3.6. ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Эмоциональные отклонения являются неотъемлемой частью симптоматики психического недоразвития. Они очень различны и не всегда соответствуют степени нарушений в познавательной сфере. Обычно высшие чувства (долга, дружбы и т. д.) оказываются менее сформированными, а имеющиеся

93

эмоциональные проявления недостаточно динамичны, малодифференцированы и нередко не соответствуют реальным стимулам. Крайне недостаточны мотивации, побуждающие к познавательной деятельности (Д. Н. Исаев, 1982).

Незрелость эмоций и чувств умственно отсталых обусловлена, в первую очередь, особенностями развития их потребностей, мотивов и интеллекта. Так, установлено, что у умственно отсталых дошкольников и школьников недоразвитие личности наиболее ярко проявляется в игровой деятельности. Игра долго задерживается на стадии простого манипулирования, элементарных подражательных стереотипов, в ней отчетливо видно отсутствие инициативы, творчества. Недопонимание условий ролевой игры, затрудняя общение со сверстниками, усугубляет дефицит интеллектуального развития (В. В. Лебединский, 2003).

Это объясняется тем, что у ребенка с умственной отсталостью очень слабо развиты потребности в новых впечатлениях, любознательность, познавательные процессы, мало выражены побуждения к осуществлению новых видов деятельности. Его деятельность и поведение подвержены влиянию непосредственных, ситуативных побуждений внешних воздействий. Симптомами нарушений эмоциональной сферы являются раздражительность, повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, неусидчивость, отсутствие опосредованной мотивации.

В отличие от нормального школьника, у ребенка с умственной отсталостью трудно происходит формирование социальных чувств.

Для эмоциональной сферы умственно отсталого ребенка характерны мало-дифференцированность, бедность переживаний. Как отмечают С. С. Ляпидевский и Б. И. Шостак (1985), его чувства однообразны, неустойчивы, ограничиваются двумя крайними состояниями (удовольствие или неудовольствие), возникают только при непосредственном воздействии того или иного раздражителя.

В своем исследовании Т. З. Стернина (1998), проанализировав данные литературных источников, указывает на то, что ряд отечественных и зарубежных авторов отмечают у ребенка с умственной отсталостью живость эмоций (приветливость, доверчивость, оживленность) наряду с поверхностностью и непрочностью. Такие дети легко переключаются с одного переживания на другое, проявляют несамостоятельность в деятельности, легкую внушаемость в поведении и играх, следуют за другими детьми. Кроме того, у умственно отсталых детей часто возникают неадекватные эмоции и чувства. У отдельных детей наблюдается чрезмерная легкость и поверхностная оценка серьезных жизненных событий.

Е. В. Михайловой (2003) было установлено, что существуют различия в эмоциональной компетентности учащихся 1—2-х классов массовой и специальной (коррекционной) школ VIII вида. Несмотря на то что тревожность учащихся обеих школ находится на приблизительно одинаковом (высоком и среднем) уровне, дети с умственной отсталостью испытывают гораздо больше трудностей при выборе эмоциональной реакции на предъявленную ситуацию, кроме того, им свойственна неадекватная оценка данной ситуации, что объясняется затруднениями в распознавании смысловой нагрузки стимула. По экспрессии лица учащиеся с нарушением интеллекта наиболее точно дифферен-

94

цируют радость, удовольствие, страдание и гнев, то есть те состояния, которые обладают наиболее яркой эмоциональной окраской. Почти недифференцируемыми для учащихся данной группы остаются эмоции, имеющие оттеночный характер (например, вина или презрение). Так как сам по себе процесс считывания эмоционального алфавита является достаточно сложным, то у детей данной группы возникают при этом дополнительные трудности, обусловленные отклонениями в интеллектуальном развитии.

В тех случаях, когда ребенок может осмыслить контекст, ситуацию, ему проще понять эмоцию персонажа. А это, в свою очередь, определяется уровнем его умственного развития. В специальной психологии проведены многочисленные исследования особенностей понимания сюжетных картин детьми с нарушением умственного развития (Т. З. Стернина, 1998).

Многие исследователи, выдвигая на первый план задачу коррекции познавательной, интеллектуальной сферы умственно отсталого ребенка, в значительно меньшей степени проявляли интерес к собственно личностным аспектам его развития (И. А. Коробейников, 2002). Осознание важности этих аспектов прямо или косвенно находит свое отражение в системе как психолого-педагогических, так и клинических представлений о своеобразии умственно отсталого ребенка. Наибольшее количество отечественных исследований, связанных с проблемой формирования личности при умственной отсталости, посвящено, прежде всего, особенностям самооценки.

Самооценка (оценка своих личностных качеств, возможностей, поступков) является значимой характеристикой личности ребенка, важным регулятором его поведения и взаимоотношений с окружающими людьми. Она же отражает своеобразие развития личности умственно отсталого ребенка. Известно, что у младших умственно отсталых школьников наблюдается неадекватная самооценка. У них не сформированы правильные понятия о своих возможностях, они не способны критично оценить свои действия и поступки. С возрастом самооценка школьников с интеллектуальной недостаточностью становится более адекватной, отмечается появление таких личностных качеств, как умение оценить себя и результаты своей деятельности (Г. М. Дульнев, 1981).

В настоящее время имеются немногочисленные работы, посвященные психолого-педагогическим особенностям и развитию личности умственно отсталых с умеренной и тяжелой степенью интеллектуальных нарушений, да и то, в основном, детей (А. Р. Маллер, 1996; Л. М. Шипицына, 2004).

Базальные эмоции детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью обнаруживают относительную сохранность. Многие из них чувствительны к оценке своей личности другими людьми. Когда их хвалят, они радуются, при порицании — часто обидчивы, проявляют негативизм,

могут быть вспыльчивы, агрессивны. Помимо симпатических эмоций, у умеренно умственно отсталых обнаруживаются зачатки самооценки, переживание обиды, насмешек. Вместе с тем у тяжело умственно отсталых детей нет многообразия и дифференцированности эмоций, им свойственны косность, тугоподвижность эмоциональных проявлений. Чаще всего их элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями (насыщением пищей, ощущением тепла и т. д.). Формы выражения эмоций примитивны: они проявляются в крике, гримас -

95

ничанье, двигательном возбуждении, агрессии и т. д. Все новое часто вызывает страх (А. Р. Маллер, 1996).

Рядом исследователей установлено, что при умственной отсталости в большей степени недоразвиваются те эмоции, которые тесно связаны с интеллектуальным развитием. Что касается базальных эмоций, то они менее зависимы от состояния интеллекта (Л. В. Занков, 1939; Г. Е. Сухарева, 1959). Известно, что уже к 1,5 годам весь набор базальных эмоций (страх, радость, гнев, обида, ревность и т. д.) активно используется здоровым ребенком. В то же время интеллектуальное развитие находится еще только на стадии сенсомоторного интеллекта. Поэтому в этом возрастном периоде взаимовлияние обоих процессов друг на друга менее значимо, чем в последующие годы. Можно даже говорить об известной независимости аффективного развития от состояния интеллекта на данном этапе. В дальнейшем, благодаря межсистемным перестройкам, влияние интеллекта на аффективные процессы неизмеримо возрастает, однако по-прежнему сохраняется известная автономность базальных эмоций. Интеллекту не всегда удается поставить их под свой контроль даже в норме (В. В. Лебединский, 2003).

Эта особенность базальных эмоций сохраняется и при умственной отсталости. Известным психиатром С. С. Корсаковым (цит. по В. В. Лебединскому, 2003) был описан случай идиотии (у больной отсутствовали речь, элементарные навыки самообслуживания и т. д.), однако, несмотря на глубокую интеллектуальную недостаточность, похвала и порицание не только понимались больной, но и вызывали у нее адекватную реакцию.

Сохранность базальных эмоций открывает ряд возможностей коррекции психического развития умственно отсталых детей. Так, возможность использования в воспитательных целях определенной сохранности эмпатийных эмоций не требует специального доказательства. Исследования также показывают, что умственно отсталые дети, так же, как и здоровые, лучше запоминают аффективно насыщенный материал. При воспроизведении рассказов они лучше запоминали отдельные сюжетные линии, более полно — построение фразы. При этом качество выполнения задания зависело не только от уровня интеллектуального развития умственно отсталого ребенка, но, что оказалось довольно неожиданным, и от устойчивости его аффективной сферы. Таким образом, состояние аффективной сферы вносит существенный вклад в эффективность интеллектуальных процессов (В. В. Лебединский, 2003).

По сравнению с остальными сторонами личности, эмоции умственно отсталых наименее изучены. Между тем, в коррекционно-воспитательной работе с умственно отсталыми учет эмоционального компонента очень важен.

Большинству лиц с умственной отсталостью доступны такие простые эмоции, как страх, радость, удовольствие, гнев, но обычно эмоциональные реакции по глубине не соответствуют вызвавшей их причине. Чаще они выражены недостаточно ярко, хотя встречаются и слишком сильные переживания по незначительному поводу.

Для лиц с болезнью Дауна характерно преобладание положительных эмоций, доброжелательность по отношению к тем, кто с ними живет, работает. Большинство этих людей ласковы, дружелюбны, хотя некоторые из них про-

96

являют упрямство, негативизм. Всем свойственна внушаемость. Учитывая повышенную внушаемость лиц с болезнью Дауна, следует пристально следить за тем, чтобы окружающие не оказывали на них отрицательного влияния (С. Д. Забрамная, 1978; Г. В. Гуровец, Л. З. Давидович, 1999).

Следует отметить, что лица с болезнью Дауна отличаются большой подражательностью. Они копируют поведение, манеры, жесты, мимику окружающих. Стоит засмеяться или начать делать вид, что нам больно, — на их лицах отражаются те же эмоции. «Заражение» эмоциями отчетливо проявляется, когда кто-то из рядом сидящих начинает смеяться или плакать. Однако внешние проявления не сопровождаются у таких больных внутренними эмоциональными переживаниями, а потому их можно без особого труда «переключать» с одного состояния на другое (со смеха на плач

и наоборот). В то же время без этих «переключений» они могут долгое время смеяться или плакать, пока какой-либо раздражитель не выводит их из этого состояния.

Характерные особенности умственно отсталых молодых людей — частая смена настроения, проявление аутичных черт в поведении, радость возможному контакту, желание его, но в то же время уход от него, иногда через агрессию, самоагрессию, проявление аутостимуляции, радость и удовольствие от активной деятельности, но обычно слабая мотивация, неустойчивый интерес к учебной и, в целом, к трудовой деятельности (Н. Б. Лурье, 1972; Я. Г. Юдилевич, 1981; С. Д. Забрамная, 1995).

Большинство исследователей подчеркивают, что типичными чертами личности умеренно и тяжело умственно отсталых являются отсутствие инициативы и самостоятельности. Чаще всего они отличаются косностью психики, с трудом переключаются на новую деятельность, очень охотно подражают другим, повторяют старые, заученные штампы. Большинство из них легко поддаются внушению и в то же время упорно сопротивляются всему новому и всякому воздействию на них. Таким образом, у этих лиц повышенная внушаемость сочетается с негативизмом, неустойчивость в деятельности с большой инертностью (М. С. Певзнер, 1959).

Эмоции у умеренно и тяжело умственно отсталых обнаруживают относительную сохранность. Многие из них чувствительны к оценке своей личности другими людьми. Когда их хвалят, они бурно проявляют свою радость, при порицании часто обидчивы, негативистичны, могут быть вспыльчивы, агрессивны. Вместе с тем у этих людей нет многообразия и дифференцированности эмоций, им свойственны косность, тугоподвижность эмоциональных проявлений (Г. Е. Сухарева, 1965).

Для исследования эмоциональной сферы умственно отсталых молодых людей нами были использованы методы наблюдения, беседы и следующие психологические методики:

1) «Мимика» — для определения способности дифференцировать эмоции окружающих людей;

2) Цветовой тест Э. Т. Дорофеевой — для оценки эмоционального состояния и определения степени эмоциональной устойчивости — лабильности;

3) Цветовой тест Люшера — для выявления показателей тревожности, вегетативного коэффициента и оценки работоспособности и утомляемости.

97

Изучение экспрессии умственно отсталых лиц проводили с использованием метода наблюдения, беседы, как с самими испытуемыми, так и с их родителями (преимущественно матерями).

Экспрессия оценивалась с опорой на 3 уровня:

П высокий уровень (ВУ) — адекватное выражение своих эмоций в соответствующей эмоциогенной ситуации; способность улавливать тонкие эмоциональные оттенки; способность сопереживать;

П средний уровень (СУ) — способность адекватно выражать лишь эмоции, имеющие оттенок крайних эмоциональных состояний (гнев, страх, радость, восторг);

□ низкий уровень (НУ) — неспособность понимать собственные эмоциональные переживания, в большинстве случаев — неадекватное выражение собственных чувств.

Результаты показывают, что среди лиц с УУО лишь 10% могут адекватно понимать и выражать собственные эмоции, 36% молодых людей выражают лишь крайние проявления эмоциональности, а 54% испытывают при этом значительные трудности в виде непонимания собственных эмоциональных переживаний (рис. 11).

Никто из обследованных молодых людей с ТУО не был способен к адекватному выражению собственных чувств, а их мимика часто не соответствовала переживаемым эмоциям. Это подтверждается тем, что 24% (в 1,5 раза меньше) из них могут выразить только яркие эмоции, а у 76% ТУО лиц показатель способности выражать собственные эмоции находится на самом низком уровне.

Изучение дифференцирования эмоций других людей у молодых людей с УУО и ТУО с помощью методики «Мимика» проводили следующим образом. Экспериментатор последовательно предъявлял молодому человеку карточки с изображением различных эмоциональных состояний, далее следовала просьба дать название каждому лицу. Задавались наводящие вопросы типа: «Какое лицо у этого человека? Что, по-твоему, он чувствует?» Суждение испытуемого о каждом лице заносилось в протокол. Если молодой человек использовал одно и то же слово для обозначения

разных лиц, то по окончании процедуры одновременно предъявляли одинаково названные лица, и следовала просьба уточнить



98

их названия, подкрепленная комментарием: «Эти лица разные, значит, и называться они должны по-разному».

Дифференцирование эмоции других людей по картинкам оценивали следующим образом:

□ высокий уровень (ВУ) — дифференцирует достаточно точно, не испытывает особых затруднений;

□ средний уровень (СУ) — дифференцирует лишь основные, яркие эмоции, а оттеночные не распознает;

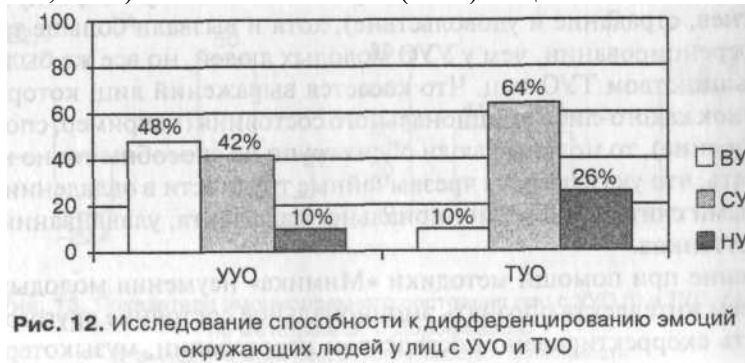
□ низкий уровень (НУ) — дифференцирует эмоции неверно либо не дифференцирует их вообще.

На рис. 12 представлена оценка способности дифференцировать эмоции по выражению лица умеренно и тяжело умственно отсталыми лицами. В основу ее определения положена классификация эмоций К. Изарда (1980). Критерием точного дифференцирования молодым человеком определенной эмоции являлось употребление им слов из следующих синонимических рядов:

- 1) радость — радостный, довольный, веселый;
- 2) спокойствие — спокойный, нормальный, обычный, ни веселый — ни грустный;
- 3) страдание — грустный, печальный, огорченный, обиженный, больно, плачущий, недовольный;
- 4) гнев — злой, сердитый;
- 5) испуг — страх, боязнь;
- 6) удивление — удивленный, растерянный;
- 7) вина — виноватый, стыдно;
- 8) презрение — зависть.

Как показывают результаты нашего исследования, половина (48%) лиц с УУО и 10% лиц с ТУО могут уверенно дифференцировать эмоции (обида, испуг, удивление и др.) окружающих людей. При этом некоторые молодые люди, правильно назвавшие страдание, преимущественно называли его «грустным», то есть они верно определяли модальность этой негативной эмоции, занижая ее интенсивность (рис. 12).

Затрудняются в дифференцировании либо отличают только яркие эмоциональные оттенки (радость, гнев) меньше половины (42%) лиц с УУО и 64% лиц с ТУО.



99

Отсутствие дифференцирования чужих эмоций характерно для 10% лиц с УУО и для 26% лиц с ТУО. В данном случае молодые люди неправильно обозначали мимическое выражение либо

затруднялись дать какой-либо ответ. Как видно, почти треть группы ТУО лиц не смогли дифференцировать какие-либо эмоции. Необходимо отметить, что в данной группе обследованных молодых людей встречались такие, которые не владели вербальными средствами общения, поэтому процедура распознавания и обозначения предъявляемых мимических экспрессии оказалась для них недоступной.

Некоторые оттеночные эмоции, такие, как удивление, смогли распознать только несколько умственно отсталых молодых людей. Среди ТУО никто не смог дифференцировать удивление вообще, а 40% от общего числа испытуемых допускали ошибки, обозначая эту эмоцию словами «орет», «поет».

Наибольшие трудности составляло опознавание таких эмоций, как спокойствие, вина и презрение. Никто из умственно отсталых лиц не смог точно назвать их. При этом 80% от общего количества молодых людей с УУО и ТУО не дифференцировали спокойствие, 60% — презрение, а 50% — вину. Среди ошибочных определений спокойствия (20%) встречались такие, как «доброе личико», «добрый»; презрения (40%) — «злой», «плохой», «разозленный», вины (50%) — «грустное», «обиженное».

Некоторые молодые люди обеих групп вместо названия эмоции пытались в отдельных случаях описывать жизненную ситуацию, способную вызвать такое выражение лица. Например, среди УУО лиц встречались описания «радости» как «ему рассказали анекдот», «гнева» — «поругался с кем-то»; среди ТУО молодых людей двое описали «страдание» как «заплакал, его обидели» и т. д. Если учесть все эти случаи, то окажется, что более половины умственно отсталых лиц обеих групп продемонстрировали затруднения в подборе слов, отражающих эмоциональное состояние.

Таким образом, исследование показало, что умеренно и тяжело умственно отсталые молодые люди в большинстве своем испытывают значительные трудности в распознавании эмоций окружающих и дифференцировании собственных. Исходя из обследования ТУО молодых людей, можно утверждать, что, по сравнению с УУО лицами, распознавание эмоциональных экспрессии является для них более сложным, что свидетельствует о значительно больших трудностях в понимании ими эмоциональных состояний других людей. Причем выражения лиц, имеющие наиболее яркую эмоциональную окраску (такие как радость, гнев, страдание и удовольствие), хотя и вызвали больше трудностей при дифференцировании, чем у УУО молодых людей, но все же были определены большинством ТУО лиц. Что касается выражений лиц, которые имеют лишь оттенок какого-либо эмоционального состояния (например, спокойствие, вина, презрение), то молодые люди обеих групп не способны точно их дифференцировать, что указывает на чрезвычайные трудности в овладении умственно отсталыми считыванием эмоционального алфавита, улавливании эмоциональных оттенков.

Выявление при помощи методики «Мимика» неумения молодых людей с нарушением интеллекта опознать эмоциональное состояние другого человека может быть скорректировано посредством игротерапии, музыкотерапии, те-

100

атротерапии. Целесообразно проводить занятия, способствующие развитию как собственной эмоциональности умеренно и тяжело умственно отсталых лиц, так и восприятия ими различных эмоциогенных ситуаций. В качестве коррекционных занятий можно предложить молодым людям разыграть несколько сценок, включающих эмоциональные переживания персонажей, а также заняться рисованием различных сюжетов с тем же заданием. Такие занятия могут быть полезны для развития у лиц с нарушением интеллекта вербальной и невербальной коммуникации, формирования личностных отношений и социального восприятия.

Следующим этапом исследования эмоциональной сферы умственно отсталых молодых людей стала оценка их эмоционального состояния и определения степени эмоциональной устойчивости — лабильности с использованием Цветового теста Э. Т. Дорфеевой.

Результаты оценки эмоционального фона (рис. 13А) показывают, что у половины обследуемых обеих групп преобладает положительный фон. Разница между группами заключается в том, что у большего числа молодых людей с УУО (29,4 против 22,2% с ТУО) наблюдается доминирование отрицательных эмоциональных состояний. Показатели устойчивости и лабильности эмоций также различаются незначительно, в обеих группах преобладает эмоциональная лабильность (рис. 13Б).

Экспериментальные данные, полученные при изучении данного показателя, несколько расходятся с данными родительских оценок. Родители чаще представляют своих взрослых детей

эмоционально устойчивыми, но при этом склонны к недооценке степени их эмоциональной устойчивости, что может являться прямой несознаваемой проекцией их собственных эмоциональных состояний.

С помощью Цветового теста Люшера были получены показатели тревожности и вегетативного коэффициента у умеренно и тяжело умственно отсталых лиц.

Результаты исследования уровня тревожности представлены в табл. 12. Полученные данные свидетельствуют, что тревожность присуща большинству обследованных молодых людей в обеих группах (88,2 и 83%), однако даже среднее значение тревожности у лиц с УУО в 1,5 раза выше и более чем у половины из них (53,3%) уровень тревожности средний и высокий. У лиц с ТУО преобладает (66,7%) низкий уровень тревожности. Последнее обстоятельство совпа-

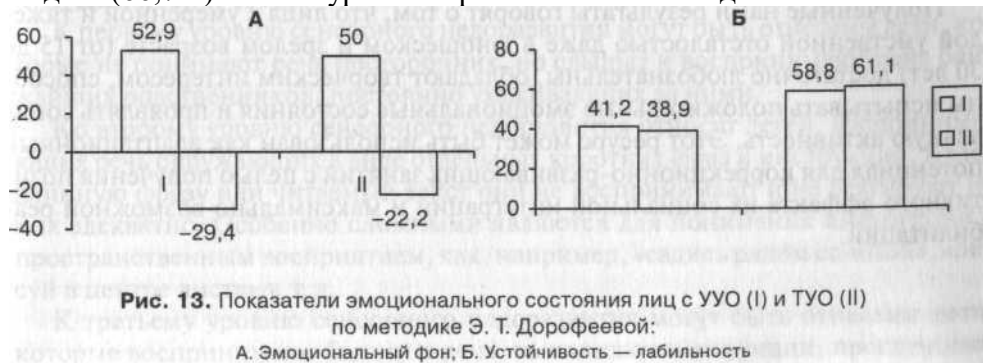


Рис. 13. Показатели эмоционального состояния лиц с УУО (I) и ТУО (II) по методике Э. Т. Дорофеевой:
А. Эмоциональный фон; Б. Устойчивость — лабильность

101

Таблица 12 Состояние тревожности у молодых людей с нарушением интеллекта

Группы обследованных	Общий уровень тревожности, %	Среднее значение тревожности	Уровни тревожности, %		
			Высокий	Средний	Низкий
Молодые люди с УУО	88,2	4,5	13,3	40,0	46,7
Молодые люди с ТУО	83,0	3,2	-	33,3	66,7

дает с оценкой родителей, 68,9% из которых у своих детей никакой тревоги не отмечают.

Значение вегетативного коэффициента превышает 1,0 у 82,4% лиц с УУО и 55,6% лиц с ТУО (рис. 14), что, по интерпретации теста Люшера, может свидетельствовать об установке испытуемых на активное взаимодействие с окружающей внешней средой.



Рис. 14. Вегетативный показатель у молодых людей с УУО (I) и ТУО (II)

Большинство авторов подчеркивают, что типичными чертами личности умеренно и тяжело умственно отсталых являются отсутствие инициативы и самостоятельности; они с трудом переключаются на новую деятельность, легко поддаются внушению, которое сочетается с негативизмом, а неустойчивость в деятельности сочетается с большой инертностью (М. С. Певзнер, 1959; Г. Е. Сухарева, 1965).

Полученные нами результаты говорят о том, что лица с умеренной и тяжелой умственной отсталостью даже в юношеском и зрелом возрасте (от 15 до 30 лет) достаточно любознательны, обладают творческим интересом, способны испытывать положительные эмоциональные состояния и проявлять социальную активность. Этот ресурс может быть использован как адаптационный

потенциал для коррекционно-развивающих занятий с целью получения позитивного эффекта их социальной интеграции и максимально возможной реабилитации.

102

3.7. ДИАГНОСТИКА РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

В тесной связи с грубыми нарушениями интеллекта у умеренно и тяжело умственно отсталых находится глубокое недоразвитие речи. Степень недоразвития речи чаще всего соответствует степени общего психического недоразвития. В одних случаях это поток бессмысленных штампованных фраз с сохранением услышанных ранее интонаций, тогда говорят о пустой эхологичной речи. В других случаях речь не возникает и почти не развивается в течение ряда лет. Это так называемые «безречевые» дети, которые среди тяжело умственно отсталых составляют 20-25%.

При характеристике устной речи тяжело умственно отсталых подчеркивается, что само по себе накопление новых слов не ведет к улучшению их активной лексики, так как они не пользуются речью даже тогда, когда знают нужное слово. Пассивность, крайне сниженная потребность в высказываниях, слабый интерес к окружающему — все это тормозит процесс активации словаря детей с тяжелой умственной отсталостью.

Исследователи отмечают, что у тяжело умственно отсталых детей обнаруживаются разнообразные нарушения речевого развития (А. Р. Маллер, 1996; И. А. Смирнова, 1999). Так, почти у всех наблюдаются более или менее резко выраженные недостатки произношения. Тяжело умственно отсталые дети испытывают существенные затруднения при необходимости вступать в речевой контакт с другими людьми. Это обусловлено их пассивностью, сниженностью побуждений к высказываниям, слабым интересом к окружающему, а также крайней бедностью словарного запаса и несформированностью грамматического строя речи.

Можно выделить особенности сенсорных и моторных речевых расстройств в зависимости от степени поражения мозга у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.

Компонент сенсорного недоразвития присутствует у всех детей в разной степени, в связи с чем условно выделяются несколько уровней (Г. В. Гуровец, Л.З.Давидович, 1999).

К первому уровню сенсорного недоразвития могут быть отнесены дети, которые не понимают речь посторонних, но слышат и воспринимают речь ближайших родственников, постоянно ухаживающих за ними.

Ко второму уровню сенсорного недоразвития относят детей, воспринимающих речь окружающих в виде отдельных коротких фраз и инструкций. Более длинную фразу или читаемый текст они не воспринимают и не реагируют на них адекватно. Особенно сложными являются для понимания инструкции с пространственным восприятием, как, например, «садись рядом со мной», «рисуй в центре листа» и т. д.

К третьему уровню сенсорного недоразвития могут быть отнесены дети, которые воспринимают бытовую речь, выполняют инструкции, прослушива-

103

ют короткие тексты, поддерживают диалог. Но у них также отмечается недостаточное восприятие сложных речевых конструкций и текста. Они быстро устают и отвлекаются, недослушав рассказ.

Особенности моторного речевого развития детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью также разноплановы по степени тяжести проявления, в связи с чем можно выявить несколько уровней (Г. В. Гуровец, Л. З.Давидович, 1999).

К первому уровню относятся «безречевые» дети. Однако «безречевые» дети по своему состоянию неоднородны. Одни безучастны к окружающей среде, речью не пользуются. Другие дети произносят постоянно один монотонный звук, не представляющий собой средство общения. Некоторые дети пользуются неречевыми средствами (показывают пальцем на нужный предмет или игрушку). Эта группа является наиболее сложной в речевом отношении независимо от возраста.

Ко второму уровню речевого развития можно отнести детей, у которых отмечаются отдельные лепетные слова или словосочетания, произнесенные с различными фонетическими искажениями. Фонетические нарушения носят дизартрический характер, затрудняющий организацию кинетической и кинестетической программы с апраксическим компонентом, что значительно усложняет формирование произносительной стороны речи. Тяжелые изменения подвижности артикуляционного аппарата, нарушение возможности организации артикуляционных поз, трудности удержания кинестезии и серии двигательных актов, связанные с нарушениями

пространственной соотнесенности артикуляционных поз, делают их речь трудной для понимания, а детей — фактически «безречевыми» даже при наличии попыток к пользованию речью.

К третьему уровню речевого развития можно отнести детей, у которых имеется бытовой словарь и фразовая речь. Здесь также наблюдается полиморфизм. Одни дети многоречивы, пользуются развернутой фразовой речью с элементами нарушенного звукопроизношения. Другие дети пользуются короткой фразой, в ряде случаев отмечаются аграмматизмы. Последовательность изложения затруднена; некоторые дети нуждаются в дополнительных вопросах для рассказа по картинке. Третий уровень характеризуется не только нарушением структуры внешнего плана речевого высказывания, возможности его развертывания, насыщения структурными компонентами, но и сужением семантического поля, обеднением лексического состава, дефицитом грамматического структурирования.

У преобладающего большинства детей этого уровня отмечается потребность в речевой коммуникации. Для нормального развития речевой коммуникации необходимо единство сформированности эмоциональных, лингвистических и паралингвистических средств, однако у детей с умственной отсталостью не сформировано одно из главных звеньев в речевой коммуникации — диалогическое единство. Дети вне зависимости от состояния словарного запаса не могут поддержать диалог. Наиболее продвинутые в речевом отношении дети отвечают на обращение, но остаются пассивными на протяжении всей беседы вследствие несформированности функции предикации. Особенно страдает реплика как несущая предикативное начало. Затруднение вызывает и умение

104

поставить вопрос, который, с одной стороны, представляет собой «мостик» для поддержания беседы, а с другой — неотъемлемую часть функции речевого познания.

Сложная структура и специфика речевого недоразвития проявляются у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью не только в выборочном нарушении предикации, но и в сложности формирования номинации. Несформированность звукового образа слова связана с потерей смыслоразличительной функции фонемы.

Фактически, база для развития фонематического слуха у этих детей не формируется. Отсюда множественные фонетические погрешности и нарушения, не всегда непосредственно связанные с дизартрическими расстройствами, но во многом являющиеся следствием грубой множественной сенсорной недостаточности, ограничения формирования смыслового компонента выразительных средств устной речи: паузирования, смыслового, синтагматического, логического и словесного ударения, умения опираться и использовать интонацию в качестве мощного средства передачи информации, регуляции поведения, деятельности, речевого общения.

Таким образом, дети третьего уровня речевого развития не пользуются монологической речью, которая к школьному возрасту должна быть им присуща.

Следовательно, дети с умеренной и тяжелой умственной отсталостью представляют собой полиморфный контингент. Для них характерна несформированность всей речевой системы, а не отдельных ее сторон и функций.

Необходимы ранняя диагностика и коррекционное воздействие, эффективность которого зависит от выбора правильной стратегии с учетом специфики личностных, психомоторных, речевых, коммуникативных особенностей.

Наиболее простым видом речи является диалог. Диалогическая речь в некоторой мере доступна тяжело умственно отсталым. В процессе выполнения несложной, значимой деятельности их можно побудить к общению. Они могут попросить у взрослых необходимый для работы отсутствующий инструмент, спросить о том, где можно взять нужный им материал, или задать еще какие-то элементарные вопросы.

Работа по развитию речи детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью должна строиться в направлении формирования у них умений участвовать в беседе — отвечать на вопросы и самим задавать их.

Умеренно и тяжело умственно отсталых детей довольно трудно побудить к высказываниям — к обращениям или вопросам. Они располагают крайне малыми возможностями для того, чтобы пользоваться диалогической речью. Однако в зависимости от ситуации они в различной мере реализуют свои возможности. При благоприятных условиях, побуждающих их к речи, создающих положительный эмоциональный настрой, способствующих активизации двигательной сферы, эти дети могут на элементарном уровне общаться с окружающими.

Умеренно и тяжело умственно отсталые дети из-за характерной для них стереотипии поведения не могут перенести приобретенные умения в плане самостоятельных высказываний в новую ситуацию. Часто речь умственно отсталого ребенка может полностью отсутствовать в ее вербальной форме. Она может

105

быть сформирована на уровне слога, слова, предложения и более, при этом наблюдаются артикуляционные нарушения.

Некоторые «неговорящие» дети могут пользоваться невербальными средствами коммуникации: естественными жестами, графическими знаками, символами, пиктограммами.

Следовательно, речь тяжело умственно отсталых глубоко недоразвита, ее проявление очень запаздывает. Степень ее недоразвития обычно соответствует тяжести психических нарушений. В очень редких случаях развивается речь, которая представляет собой поток бессмысленных эхολалических повторений, нередко с сохранением услышанных ранее интонаций. Более чем у четверти тяжело умственно отсталых детей речь не формируется. Большинство понимает чужую речь приблизительно, примитивно. Все же им удается улавливать интонацию, мимику собеседника и его отдельные слова, главным образом, связанные с основными потребностями. Пассивный словарь постепенно обогащается, однако понимание остается ограниченным. Самостоятельная устная речь детей состоит из отдельных слов и коротких предложений, не подчиняется грамматическим правилам. Она недостаточно модулирована, косноязычна. Из-за недоразвития фонематического слуха они не способны улавливать разницу между правильным и неправильным произношением звуков. Структура слов нарушена. Многие умственно отсталые субъекты вместо слов пользуются жестами, нечленораздельными звуками, «словами», которые имеют смысл только для них самих. Ухудшают произносительную сторону речи грубые аномалии периферического артикуляторного аппарата. Некоторые дети после настойчивого многолетнего обучения выучивают названия некоторых предметов обихода, животных, овощей и т. д. (И. А. Смирнова, 1999).

Развитие вербального общения обычно соответствует степени умственной отсталости. При этом ребенок понимает речь собеседника весьма ограниченно, удовлетворительно улавливая интонации, жесты и мимические движения. В дальнейшем, в особенности под влиянием педагогов, происходит развитие речи, однако ее понимание в конечном итоге определяется личным опытом. Экспрессивная речь ограничивается отдельными словами или короткими предложениями. Словарный запас беден, он состоит из наиболее часто употребляемых в быту слов и выражений. После нескольких лет обучения дети с умственной отсталостью усваивают обозначения предметов обихода. Произносительная сторона речи дефектна, речь почти лишена модуляций, имеются выраженные косноязычие, нарушения структуры многих слов и аграмматизмы. Используя наиболее употребительные предлоги, дети путают, заменяют их. У них удается выработать умение использовать свою речь в коммуникативных целях. В процессе общения они умеют попросить у сверстников или взрослых нужные им предметы, отваживаются задавать вопросы. В редких случаях речь ребенка представляет поток бессмысленных штампов, произносимых в услышанной ранее интонации (эхолалическая речь). У 20% умеренно умственно отсталых детей вербальное общение вообще отсутствует.

Характеризуя устную речь умеренно и тяжело умственно отсталых, следует подчеркнуть, что само по себе накопление новых слов не ведет к улучшению

106

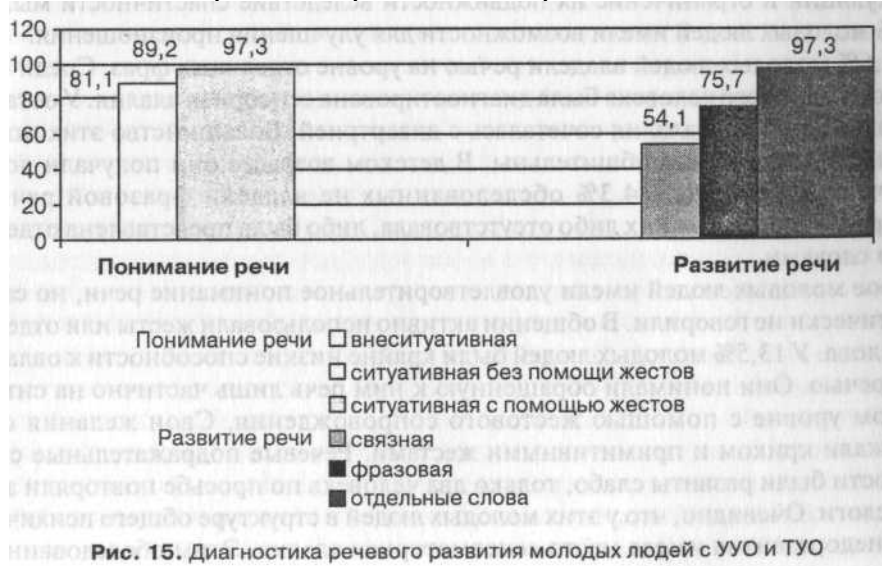
их активной лексики, так как они не пользуются речью даже тогда, когда знают нужное слово. Пассивность, крайне сниженная потребность в высказываниях, слабый интерес к окружающему — как уже говорилось, все это тормозит процесс активации словаря детей с умственной отсталостью.

Между увеличением лексикона и улучшением активной речи нет прямой зависимости. Малая активность, крайне сниженная потребность в обмене информацией, слабый интерес к окружающему препятствуют расширению активного словарного запаса. Умелая организация игровых занятий и обучение навыкам самообслуживания помогают умственно отсталым в определенной степени овладеть коммуникативными функциями речи. Выбатывается умение спросить у сверстника необходимый для игры предмет. Однако потребность в общении формируется с большим трудом.

Выявление коммуникативных возможностей и потенциала в развитии речи молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью проводили по составленной И. А. Смирновой схеме (Приложение 1.6) (1999).

Основные этапы обследования: сбор анамнестических данных о спонтанном развитии речи и педагогической коррекции этого процесса; выявление способов коммуникации молодого человека с окружающими; исследование состояния устной импрессивной и экспрессивной речи; обследование функций дыхания, фонации и артикуляции, выявление наличия письменной речи и ее использования. У неговорящих молодых людей исследовали способности к речевому подражанию и пению для определения сохранных базовых звеньев экспрессивной речи.

Вербальный и наглядный материал для обследования, а также способы его подачи подбирали с учетом интеллектуальных возможностей молодых людей. Данные индивидуального обследования дополняли беседами с родителями и наблюдениями. Каждая беседа завершалась индивидуальными рекомендациями по развитию речи или невербальных способов коммуникации.



107

Было обследовано 46 молодых людей в возрасте от 15 до 30 лет. Среди них только 2 человека никогда не получали специальной педагогической помощи, так как сразу были признаны необучаемыми.

Анализ состояния импрессивной речи показал, что большинство обследованных (81,1%) имели удовлетворительное понимание речи (рис. 15). Они понимали как ситуативную, так и внеситуативную речь с некоторыми ограничениями, связанными с интеллектуальной недостаточностью. Препятствием в понимании речи являлась трудность осознания сложных грамматических конструкций, особенно выражающих пространственные, временные, причинно-следственные отношения. В то же время понимание речи у них было развито достаточно для общения в быту. 89,2% молодых людей понимали ситуативную речь без помощи жестов и почти все (97,3%) — ситуативную речь с помощью жестов.

Выявились существенные различия и в уровне развития экспрессивной речи молодых людей с умственной отсталостью. Лишь 54,1 % обследованных владели связной речью (рис. 15). Из них у 21,6% лиц устная речь была удовлетворительной с незначительными погрешностями в лексико-грамматическом, а у 10,8% — и в фонетическом отношении (дислалии). Большинство недочетов лексико-грамматического оформления речи характерно для просторечия или низкой речевой нормы. Эти молодые люди активно использовали речь для общения. Большинство из них обучались в специальных образовательных учреждениях, некоторые — индивидуально, и получали логопедическую помощь. Все выпускники специальных школ были обучены письменной речи, но практически ее не использовали.

21,6% молодых людей владели связной речью, используя ее для общения, но из-за невнятного произношения их контакты с окружающими были затруднены. Расстройства произношения у всех были обусловлены дизартрией. Обследование показало, что, несмотря на некоторые аномалии в строении органов артикуляции и ограничение их подвижности вследствие спастичности мышц, 16,2% молодых людей имели возможности для улучшения произношения.

21,6% молодых людей владели речью на уровне отдельных фраз. Среди них у одного молодого человека была диагностирована сенсорная алалия. У остальных экспрессивная алалия сочеталась с дизартрией. Большинство этих молодых людей достаточно общительны. В детском возрасте они получали логопедическую помощь. 24,3% обследованных не владели фразовой речью. Экспрессивная речь у них либо отсутствовала, либо была представлена отдельными словами.

Трое молодых людей имели удовлетворительное понимание речи, но сами практически не говорили. В общении активно использовали жесты или отдельные слова. У 13,5% молодых людей были крайне низкие способности к овладению речью. Они понимали обращенную к ним речь лишь частично на ситуативном уровне с помощью жестового сопровождения. Свои желания они выражали криком и примитивными жестами. Речевые подражательные способности были развиты слабо, только два человека по просьбе повторяли звуки и слоги. Очевидно, что у этих молодых людей в структуре общего психического недоразвития имела место сенсомоторная алалия. Этим обследованным

108

было рекомендовано стимулировать развитие потребности в коммуникации, используя для этого музыку, а также обучение их более разнообразным жестам и активному их использованию. Основной задачей в формировании речи у этих молодых людей являлось развитие ее понимания.

Исследование способов коммуникации показало, что большинство обследованных (75,6%) отдавали предпочтение речи, дополняя ее необходимыми жестами, особенно в случаях невнятного произношения. 10,8% больных (с сенсорной алалией, экспрессивной алалией, мутизмом) активно использовали жесты и крики. 13,5% с сенсомоторной алалией жесты использовали минимально, свои желания выражали преимущественно криком.

Наиболее характерной патологией речи у молодых людей с проблемами в интеллектуальном развитии являлись алалии и дизартрии. Реже встречались дислалии. У одного молодого человека на основании анамнестических данных, полученных из беседы с родителями, был диагностирован мутизм.

Проведенное обследование показало, что большинство молодых людей с проблемами в интеллектуальном развитии имели различные нарушения речи, влияющие на их способности к общению с окружающими и, следовательно, на социальную интеграцию и адаптацию. Среди обследованных молодых людей лишь 35% практически не нуждались или минимально нуждались в логопедической помощи.

Логопедическая помощь была крайне необходима 52% обследованных людей, так как это могло значительно повысить их коммуникативные возможности и, следовательно, улучшить социальную адаптацию.

Кроме того, 13% также нуждались в логопедической помощи, однако прогноз логопедической работы был неопределенным в связи с крайне низкими показателями психического развития. С данными молодыми людьми было рекомендовано активнее проводить работу по развитию невербальных коммуникативных навыков.

109

МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ОБЩЕНИЕ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Глава 4

4.1. ЗНАЧЕНИЕ ОБЩЕНИЯ

В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА

Каждый человек занимает в обществе вполне определенное место и, следовательно, всегда находится в соответствующих отношениях с окружающими людьми. Через процесс общения у человека появляется возможность понять себя и других людей, оценить их чувства и действия, а это, в свою очередь, приводит к возможности реализовать себя и свои возможности в жизни и занять свое место в обществе. Следовательно, общение — важнейший фактор формирования личности, один из главных видов деятельности человека, устремленный на познание и оценку самого себя через посредство других людей. Как полагал Л. С. Выготский (1982), развитие психики человека происходит лишь в совместной деятельности и общении.

Начиная с самых ранних этапов онтогенеза, общение приобретает личностный характер и предполагает возможность тесного практического взаимодействия ребенка со взрослым.

В младшем возрасте ведущим является эмоциональное общение ребенка со взрослым, затем оно сменяется предметно-деловым, и наконец — речевым общением (М. И. Лисина, 1997).

Чем старше становится ребенок, тем больше его потребность в общении и в оценке окружающих связывается с жизнью общества, с его моральными и нравственными нормами. У старших детей имеют место социальные мотивы, обусловленные стремлением к контактам со взрослыми и сверстниками, мотивами самолюбия и самоутверждения.

Общение играет особую роль в психическом развитии ребенка. Развитие психики ребенка — это процесс присвоения детьми общественно-исторического опыта человечества в контексте реального общения со взрослыми — носителями этого опыта.

Решающая роль общения в психическом развитии ребенка доказывается глубоким и необратимым недоразвитием детей, выросших в изоляции от человеческого общества; явлениями госпитализма, наблюдающимися при дефиците общения детей со взрослыми. Дефицит общения в раннем возрасте отрицательно сказывается на последующей судьбе личности, определяя форми-

110

рование у нее агрессивности, антиобщественных наклонностей и душевной опустошенности. Влияние общения на психическое развитие ребенка происходит следующим образом:

- благодаря позитивным качествам взрослого, сочетающимся с его свойствами как субъекта общения;

- благодаря обогащению взрослыми опыта детей;

- путем прямой постановки взрослыми задач, требующих от ребенка овладения новыми знаниями, умениями и способностями;

- на основе подкрепляющего действия мнений и оценок взрослого;

- благодаря возможности для ребенка черпать в общении образцы действий и поступков взрослых;

- вследствие благоприятных условий для раскрытия детьми своего творческого начала при общении друг с другом.

Потребность в общении не является врожденной. Она возникает в ходе жизни и функционирует, формируется в жизненной практике взаимодействия ребенка с окружающими. Потребность общения ребенка со взрослыми возникает вначале как биологическая потребность в первые два месяца жизни на основе первичных органических нужд, затем возникают социальные потребности в новых впечатлениях. Критериями анализа становления потребности в общении являются:

- внимание к партнеру;

- эмоциональное отношение к его воздействиям;

- стремление продемонстрировать себя;

- чувствительность к отношению партнера.

Основные мотивы общения:

- потребность во впечатлениях (познавательный мотив); □ потребность в активной деятельности (деловой мотив);

- потребность в признании и поддержке (личностный мотив).

Решающим фактором при этом служит поведение взрослого человека.

Никому не нужно объяснять, насколько важно ребенку с нарушением интеллекта научиться общению. Способность выразить свои желания, нужды, попросить о помощи и прореагировать на слова говорящих с ним людей поможет ему войти в большой мир. Эта способность будет тем средством, с помощью которого он сможет адаптироваться в окружающем его мире, научиться жить в нем.

Несмотря на ясное представление о том, какое значение имеет умение людей взаимодействовать друг с другом, подходы к обучению общению умственно отсталых нащупываются гораздо медленнее, чем в других сферах специальной педагогики и психологии. Почему — понять нетрудно. Ребенка можно взять за ручку и подвести его ручку с ложкой ко рту, или помочь нарисовать круг, или указать на нужную картинку, но физически помочь ему заговорить вы не в силах. Существуют программы, основанные на тщательно продуманных методах модификации поведения. С их помощью можно научить умственно отсталого

111

ребенка произносить слова, но полноценному общению в естественных жиз- / нных ситуациях они, к сожалению, научить не могут. /

Большинство научных исследований и психолого-педагогических рекоменда- / ций по формированию навыков общения при нарушении интеллектуального развития посвящено детскому возрасту. Это закономерно и понятно, так как чем в более раннем возрасте начинается коррекционно-развивающая работа с «особым» ребенком, тем более эффективны результаты его социальной реабилитации. Гораздо меньше внимания уделяется изучению возможностей социализации взрослых детей — умственно отсталых молодых людей в возрасте от 15 до 30 лет, то

есть поздней реабилитации тех лиц, с которыми не проводилась или велась недостаточно коррекционная работа в детском возрасте.

В данном разделе мы осветим некоторые вопросы развития навыков общения умственно отсталых детей и подходы, которые помогут педагогам и родителям стимулировать стремление своих говорящих и «неговорящих» детей к взаимодействию с окружающими.

Прежде чем перейти к изложению полученных результатов, следует обратиться к данным литературы, касающимся некоторых теоретических вопросов общения и его развития у умственно отсталых лиц.

4.2. ВЕРБАЛЬНЫЕ И НЕВЕРБАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ОБЩЕНИЯ

Общение — понятие гораздо более широкое, чем просто устная речь. Есть много людей, которые не могут говорить, но успешно общаются на языке жестов. В то же время есть люди, которые говорить могут, но в общении слабы.

Структуру общения можно охарактеризовать путем выделения в ней трех взаимосвязанных сторон: коммуникативной, интерактивной, перцептивной.

Коммуникативная сторона общения состоит в обмене информацией между общающимися индивидами.

Интерактивная сторона заключается в обмене не только знаниями, но и действиями.

Перцептивная сторона общения означает процесс восприятия друг друга партнерами по общению и установления на этой основе взаимопонимания.

В реальности стороны тесно связаны между собой и не существуют изолированно друг от друга.

В процессе общения используются знаковые системы. Различают вербальные и невербальные средства общения.

Вербальные средства общения используют в качестве знаковой системы человеческую речь, естественный звуковой язык.

Речь является самым универсальным средством общения, поскольку при передаче информации при помощи речи менее всего теряется смысл сообщения. Более того, посредством речи участники общения особым способом воз-

действуют друг на друга, ориентируют друг друга, убеждают друг друга, то есть стремятся достичь определенного изменения поведения.

Помимо произнесения слов вербальное общение предполагает:

- восприятие и понимание;
- реакцию на речь окружающих;
- умение соблюдать очередность в разговоре;
- способность при помощи общения удовлетворять целый ряд своих потребностей — социальных, эмоциональных и материальных;
- способность выражать свои желания — сначала жестами, позже отдельными словами, затем словосочетаниями;

II способность болеесточно выражать свои мысли с помощью грамматически правильного оформления предложений: использования падежных окончаний существительных и прилагательных, построения предложных конструкций и т. п.;

- способность отчетливо произносить самые разные звуки — развивает артикуляцию;
- способность завязывать и поддерживать разговор, в обоих случаях ожидая реакции собеседника и реагируя на его слова. Эта способность складывается из упомянутых выше умений слушать, понимать, отвечать и соблюдать очередность.

Большинство детей самостоятельно справляется с языковыми трудностями, но это происходит отнюдь не автоматически. Им помогают родители — сознательно или бессознательно. Они приспособливают свой язык к возможностям ребенка, к уровню его развития и своей реакцией на его речь показывают ему, как нужно говорить и как могут быть вознаграждены его попытки вступить в контакт или поддержать его.

В тех случаях, когда нарушение в психическом развитии затрудняет ребенку и молодому человеку освоение навыков общения, родителям и педагогам приходится тщательно обдумывать подход к решению этой задачи. Необходимо следить за тем, что умственно отсталый научился делать, думать о том, чем ему следует заниматься дальше. Родителям особенно важно знать, какие игры, занятия и ситуации способны подтолкнуть его к общению, какой вклад в его речевое развитие вносит их собственная речь, и внимание к тому, что он пытается выразить, и реакция на эти попытки.

Большинство людей с серьезными психическими нарушениями могут научиться говорить. В тех редких случаях, когда это оказывается невозможным, их учат невербальным средствам общения.

Можно выделить четыре формы *невербальных средств общения*, каждая из которых использует свою знаковую систему. Это кинетика, паралингвистика, проксемика и визуальное общение.

Кинетика — система знаков, включающая в себя жесты, мимику, пантомимику. Эта система предстает как свойство общей моторики различных частей тела (рук — и тогда мы имеем жестикуляцию; лица — мимику, позы — пантомимику). Общая моторика различных частей тела человека отображает его эмоциональные реакции.

113

Паралингвистика — система знаков, представляющая собой также «добавки» к вербальному общению: вокализацию, то есть качество голоса, его диапазон, тональность; включение в речь пауз, других «вкраплений», например, покашливания, плача, смеха, наконец, сам темп речи.

Проксемика — это пространственная и временная организация общения, которая выступает также особой знаковой системой.

Визуальное общение — специфическая знаковая система, используемая в процессе общения и представляющая собой «контакт глаз». Знаки, представляемые движением глаз, включаются в очень широкий диапазон ситуаций общения.

Восприятие человека и формирование первого впечатления о нем является начальным этапом общения. Реальные основания для понимания другого человека по его внешности и элементам поведения действительно есть. Это достоверно установлено психологическими исследованиями. В них показано, что почти все детали внешнего облика человека могут нести информацию о его эмоциональных состояниях, отношении к окружающим его людям и к людям вообще, о его отношении к себе, о том, как он чувствует себя в общении в данной ситуации.

Лицо человека, его жесты, мимика, общий стиль поведения, походка, его манера стоять, сидеть, привычные позы и их изменение во время разговора, пространственная ориентация по отношению к партнерам, а также различные сочетания этих факторов — все это имеет определенное социально-перцептивное содержание и несет информацию о его внутренних состояниях и характеристиках. Внешний облик человека, тесно связанный с манерой держаться, с языком поз и жестов является важнейшим фактором неречевого воздействия. *Выражение лица* — это своего рода визитная карточка внутреннего мира человека. Посредством одной только мимики можно расположить партнера к общению или оттолкнуть его.

Мимика — динамическое выражение лица, которое складывается через складки на лбу, выражение глаз, движение рта, движения лица в области носа, также определяется степенью подвижности этих частей лица. Первое и главное, что отражается в мимике человека, — это эмоции. Причем важно отметить большие «способности» людей к распознаванию основных эмоций по выражению лица, а передача эмоциональных состояний — одна из основных функций лицевой мимики, при этом основную информативную нагрузку несут брови и область вокруг рта (губы). Например, «до предела» поднятые брови оцениваются как выражение сильного недоверия к партнеру; наполовину поднятые — удивление, чуть-чуть нахмуренные — задумчивости, сосредоточенности; сильно нахмуренные — гнева.

Обсуждая информацию, которую можно прочесть с «лица человека», необходимо сказать о роли направления взгляда. *Взгляд* — очень важный показатель в общении, он связан с формированием высказывания и трудностью этого процесса. Когда человек формирует мысль, он чаще всего смотрит в сторону, когда мысль полностью готова — на собеседника. Если речь идет о сложных вещах, на собеседника смотрят меньше. Когда трудность преодолевается — больше. Вообще же тот, кто в данный момент говорит, меньше смотрит на партнера — толь-

114

ко чтобы проверить его реакцию и заинтересованность. Слушающий же больше смотрит в сторону говорящего и «посылает» ему сигналы обратной связи.

Наибольшей силой эмоционального воздействия обладает *улыбка*. Она способна без слов выражать радость и удовольствие от общения и, следовательно, может усиливать стремление собеседников к общению, улучшать их взаимоотношения.

Выражения лица весьма выразительны, очень хорошо видимы для других, достаточно осознаваемы и контролируемы. При определенных обстоятельствах, когда человек хочет скрыть

свои чувства, лицо становится малоинформативным, а тело выступает в качестве главного источника информации для партнера.

Поэтому в общении важно знать о том, какую информацию можно получить, если перенести фокус наблюдения с лица человека на его тело и движения, так как жесты, позы, стиль поведения таят в себе очень много информации. Многочисленными исследованиями, проведенными в последние 30 лет, показано, что практически все люди умеют хорошо «читать» позы и жесты, хотя далеко не всегда понимают, как они это делают.

О той информации, которую несет жестикуляция, известно довольно много. Прежде всего, важно количество жестикуляций. Несмотря на то что нормальное количество жестов различно у разных народов и разных культур (больше на юге и меньше на севере), их количество и интенсивность растут вместе с возрастанием эмоциональной возбужденности человека, его взволнованности. Возрастает интенсивность жестикуляции и при желании достичь более полного понимания между партнерами, особенно если оно почему-либо затруднено.

Показано, что «закрытые» позы (когда человек как-то пытается закрыть переднюю часть тела и занять как можно меньше места в пространстве; «наполеоновская» поза — стоя: руки, скрещенные на груди, и сидя: обе руки упираются в подбородок, и т. п.) воспринимаются как позы недоверия, несогласия, противодействия, критики и даже страха перед партнером. «Открытые» позы (стоя: руки раскрыты ладонями вверх; сидя: руки раскинуты, ноги вытянуты) воспринимаются как позы доверия, согласия, доброжелательности, психологического комфорта. Имеются ясно читаемые позы раздумья (поза роденовского мыслителя), позы критической оценки (руки под подбородком, указательный палец вытянут вдоль виска). Известно, что если человек заинтересован в общении, он в положении сидя наклоняется вперед к собеседнику, если же он не очень заинтересован, то откидывается назад.

Человек, желающий заявить о себе, будет стоять прямо, в напряженном состоянии, с развернутыми плечами, иногда упершись руками в бедра; человек же, которому не нужно подчеркивать свой статус и положение, будет расслаблен, спокоен, он будет находиться в свободной непринужденной позе. Позы, как правило, являются неосознанным средством выражения психических состояний.

Значение и смысл поз (также, как и остальных элементов поведения) могут быть понятны любому человеку. Вряд ли нужно специальное обучение, чтобы понять: если человек весь как-то скрючен, зажат, напряжен, то ему скорее плохо, чем хорошо. Если в движениях и позах чувствуется необыкновенная легкость, он раскрепощен, свободен, — вероятно, у него хорошее настроение.

115

Может быть понято и значение общего рисунка походки — моментов вставания, усаживания, то есть значение стиля передвижения и изменения поз.

Походка, например, является одним из важнейших ключей к пониманию внутреннего состояния человека. Походка строго индивидуальна, поэтому так узнаваема. Вместе с тем в походке хорошо видны многие характеристики человека.

По походке наблюдатель довольно легко может распознать эмоциональное состояние ее владельца: гнев, злость, страдание, гордость, счастье. Причем самая «тяжелая» походка при гнев, самая большая длина шага — при гордости. Когда человек испытывает страдание, он почти не размахивает руками, они «висят», а если он счастлив — он «летит», у него более частые и легкие шаги.

Умение читать информацию, которую несут в себе жесты, движения, позы, важно, поскольку оно позволяет лучше понимать состояние собеседника и контролировать внешнее проявление переживаний.

Для понимания эмоционального состояния, намерений и личностных особенностей говорящего необходимо также знание звуковых особенностей речи: громкости и высоты звука, темпа, ритма речи, назализации, пауз, интонации. Важно помнить, что между тем, что мы говорим, и тем, как мы говорим, существуют расхождения. Люди больше будут доверять тону голоса, чем смыслу слов.

Итак, за последнее время проведено много исследований, посвященных выявлению тех или иных связей между состояниями и переживаниями человека, и тем, как они выражаются внешне. На их основе можно сделать следующие выводы: информация, заключенная в тех или иных внешних проявлениях человека, может быть воспринята и вполне адекватно понята практически всеми людьми, в том числе и людьми с нарушением интеллекта. Поэтому родителям и педагогам,

работающим с «особыми» людьми, следует обращать внимание на развитие не только вербального, но и невербального общения.

4.3. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

При социализации инвалида с умеренной и тяжелой умственной отсталостью трудно разрешимыми проблемами являются отсутствие навыков межличностного общения в среде нормальных людей, несформированность потребности в таком общении, неадекватная самооценка, негативное восприятие других людей, гипертрофированный эгоцентризм, склонность к социальному иждивенчеству. Жизнедеятельность инвалида с тяжелой умственной отсталостью не предусматривает его широкого контакта со сверстниками. Если инвалид содержится в психоневрологическом интернате, то его окружают люди со схожими социально-психическими и коммуникативными проблемами, если он содержится дома, то с ним находятся рядом только родные и близкие (Н. Ф. Дементьева, Е. Ю. Шаталова, 1987; В. Н. Катюхин, Н. Ф. Дементьева, 1996).

116

Нарушение вербального общения у умственно отсталых лиц встречается часто (40-60%). Они проявляются в форме немоты, ограничения речи несколькими словами, косноязычия вследствие деформации органов речи (расщепление неба), косноязычия при нарушенном слухе, косноязычия при позднем развитии, речи, лишенной выразительности при недостатке высшей интегральной способности (А. Н. Леонтьев, 1984).

Количество работ, посвященных исследованию общения у лиц с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, невелико. Особенности общения изучались преимущественно у детей, чаще с легкой умственной отсталостью. Рассмотрим некоторые из них. Так, Г. М. Дульнев (1955) отмечал снижение потребности и ограниченный круг общения у умственно отсталых школьников. В. А. Ворянен (1971), Л. И. Даргевичене (1971) указывали на излишнюю избирательность и эмоциональность в общении.

Исследования умственно отсталых школьников, проведенные Г. М. Дульневым (1955), показали, что 20% обследованных учащихся не проявляют стремления к общению в совместной трудовой деятельности. Лишь в 20% случаев отмечаются самостоятельность в труде и целенаправленное общение.

Установлено, что личностные и деловые отношения складываются между детьми с нарушением интеллекта трудно и медленно. Для них характерны неадекватность реакций и неспособность глубоко осознать характер своих отношений с окружающими. Умственно отсталым школьникам сложно понять интересы партнера по общению и соотнести свои личные интересы с общими интересами коллектива.

Особенности психического и речевого развития затрудняют общение умственно отсталых детей не только со сверстниками, но и со значимыми взрослыми, что отрицательно сказывается на положении ребенка в коллективе сверстников, определяет его негативное отношение к окружающим, формирует отрицательные черты характера (Л. И. Даргевичене, 1971; Д. И. Бойков, 1994).

В работе Д. И. Аугене (1987) показано значительное отставание в развитии разных форм общения у умственно отсталых детей 6—7 лет от имеющихся возрастных норм. Оно заключается в том, что для 73% детей, по данным автора, характерна внеситуативно-познавательная форма общения. Лишь 27% из них овладели ситуативно-деловой формой общения к концу дошкольного возраста. Внеситуативно-личностная форма общения, которой дети с сохранным интеллектом овладевают к 5—7 годам, оказалась недоступной ни одному умственно отсталому ребенку старшего дошкольного возраста.

Младшие школьники с нарушением интеллекта держатся однажды сложившегося мнения. Если оно отрицательно по отношению к тому или иному однокласснику, они не могут без посторонней помощи переменить к нему отношение, увидеть в своем товарище положительные проявления характера (В. В. Воронкова, 1994).

Особые трудности для учащихся специальной (коррекционной) школы представляет дифференциация деловых и личных взаимоотношений. Со второго класса деловые и личные отношения со сверстниками начинают дифференцироваться, однако и к четвертому классу эти отношения остаются менее разделенными, чем у учащихся общеобразовательной школы (Л. И. Даргевичене, 1971).

117

Отношения между детьми с нарушением интеллекта менее устойчивы, менее реалистично осознание ими своих отношений с одноклассниками, им присуща низкая удовлетворенность общением. По мнению А. И. Гаурилос (1995), высокое оценивание себя у этих детей представляет собой проявление не завышенной самооценки, а неспособности оценить себя самостоятельно. Максимально высоко оценивая себя, умственно отсталый ребенок воспроизводит лишь социальные требования к личности человека, которые задаются ему взрослым. Оценки, одобряемые социумом, он не соотносит с особенностями собственной личности. Использование чужой оценочной шкалы А. И. Гаурилос (1995) называет «эффектом зеркала».

В ряде экспериментальных работ по социализации тяжело умственно отсталых людей уделено внимание обучению их навыкам общения. Так, Н. Ф. Дементьевой и Е. Ю. Шаталовой (1987) было установлено, что общение умственно отсталых лиц в возрасте 18—40 лет, находящихся в психоневрологических интернатах, имеет ущербный характер. Это проявляется в неразвитости и недостаточной дифференцированности общения. Данная особенность коммуникаций обнаруживает тенденцию к усугублению по мере нарастания выраженности дефекта. При этом отмечается, что наиболее часто общение осуществляется в процессе совместного проживания (45,1%), совместной трудовой и общественно полезной деятельности (20,7%) и совместного досуга (15,8%).

Трудовая и общественно значимая деятельность, как наиболее сложная, предполагает развитие интерактивной стороны общения, то есть умения выработать единый план действия, наличие мотивов общения, произвольности, достаточного уровня развития перцептивной стороны общения. Между тем именно эти стороны общения и страдают при умеренной умственной отсталости. С углублением степени умственного недоразвития одновременно увеличивается число лиц, вообще не имеющих реальной основы общения.

Вместе с тем можно говорить об имеющихся потенциальных возможностях развития общения умственно отсталых лиц. Для этого необходимо расширение контактов умственно отсталых лиц путем специальной организации трудовых навыков поведения. Вне интерната это возможно при выезде на внешние объекты, организации познавательных экскурсий. Важной задачей является дифференцированный подход к этой работе. Если к максимальному расширению контактов лиц с легкой и умеренной умственной отсталостью ее здоровой средой вне стен интерната следует стремиться, то лиц с тяжелой умственной отсталостью более реально вовлекать в трудовые и досуговые мероприятия, поддерживая проявление активности в общении.

Г. А. Прощко и О. Г. Китина (1991) проводили эксперименте группой старших школьников специальной школы с целью установления значения совместной деятельности для формирования межличностных отношений в коллективе. Использовалась организуемая педагогами подготовка и постановка учениками кукольных спектаклей со сказочными сюжетами. Воспитательное воздействие организуемой в эксперименте деятельности состояло в формировании у школьников представлений и знаний о ряде эталонов нравственных ценностей (трудолюбия, товарищества и др.) и об их значимости. Обращалось внимание на реальное проявление названных качеств. Оценка результатов форми-

118

рования межличностных отношений в коллективе производилась по социометрическому статусу учащихся. Одновременно статус рассматривался в соотношении с эмоциональной удовлетворенностью в общении, с одиночными суждениями учеников друг о друге, с характером самооценки.

В ходе изучения самооценки детей с умеренной умственной отсталостью было установлено, что они ставят себя обычно на первое место, на второе — своего товарища и на третье — взрослого человека. Это объясняется тем, что умственно отсталые дети лучше понимают друг друга, так как между ними возможно коллективное общение, между тем как осмыслить интеллектуальную жизнь взрослого человека они не могут. Вот почему в глазах таких детей их товарищ более умный, чем воспитатель (Е. De-Yreeff, 1927). В результате проведения коррекционно-воспитательной работы у них появляется определенная оценка окружающих: считая себя обычно более умными по сравнению с товарищем, интеллектуальные возможности учителя они оценивают выше собственных (А. Р. Маллер, Г. В. Цикото, 1988).

В конце 1980-х — начале 1990-х гг. интерес к проблеме обучения и воспитания умеренно и тяжело умственно отсталых детей значительно возрос, так как вопросы, связанные с легко умственно отсталыми, были в большей или в меньшей степени выяснены и, обратив внимание на тяжело умственно отсталых, специалисты установили, что они могут быть приобщены к трудовому обучению и обучены элементарным навыкам общения.

Нами предпринята попытка изучить развитие навыков межличностного взаимодействия со сверстниками и взрослыми лиц с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости.

Поскольку однократное обследование не позволяет объективно оценить уровень развития их коммуникативных навыков, то наблюдение проводилось в течение 1,5 лет в динамике процесса обучения у детей в условиях специальной (коррекционной) школы-интерната и у молодых людей — в экспериментальных группах общения. Для развития навыков общения использовали программы, разработанные в Институте специальной педагогики и психологии (Л. М. Шипицына и др., 1994, 1996, 1998; Л. М. Шипицына, 2000; Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л. А. Нисневич, 2000).

Для оценки сформированности навыков общения применяли наблюдение, заполнение педагогами «Карты наблюдения», «Социограммы», психологические методики, адаптированные для данной категории лиц.

4.3-1. Диагностика коммуникативных навыков у молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью

Коммуникативные навыки являются одной из основных составляющих эффективной социализации лиц с умственной отсталостью. Как указывалось выше, многие дети, особенно с тяжелой умственной отсталостью, не могут общаться на вербальном уровне, поскольку у них отсутствует речь. Однако уме-

119

ние строить межличностные отношения как в семье со взрослыми, так и с посторонними людьми и сверстниками, даже в отсутствие разговорной речи, необходимо и возможно, этому можно обучить, применяя специальные технологии, которые успешно разрабатываются как в нашей стране, так и за рубежом (А. Р. Маллер, 1996; Л. А. Нисневич, Т. Д. Зинкевич, 1998; А. М. Царев, 1999; Л. М. Шипицына, 2004; A. Bakk, K. Grunewald, 2001; K. Lob, 1985; H. Mag, N. Sail, 1995; C. T. Michaelis, 1978; R. L. Schiefelbusch, 1972).

Представляло интерес выявление исходного уровня сформированности коммуникативных навыков и особенностей межличностного общения у больных с умеренной и тяжелой умственной отсталостью старше 15 лет, а также сделать попытку их обучения общению между собой и взрослыми людьми в детском (от 7 до 11 лет) и юношеском возрасте (от 12 до 18 лет).

Первая часть исследования навыков общения проведена методом наблюдения при работе с молодыми людьми, воспитывающимися в семьях, которые участвовали в проекте «Поддержка».

С помощью метода наблюдения были исследованы такие аспекты коммуникативной сферы, как отношения молодых людей с родителями, другими взрослыми, со сверстниками в группе, а также развитие навыков вербального и невербального общения.

Оценку внутрисемейных отношений молодых людей — в частности, отношений с родителями, близкими родственниками — проводили, разделив их на три уровня отношений:

- высокий уровень (ВУ) — доверительные отношения, наличие симбиотических связей с кем-либо из членов семьи;
- средний уровень (СУ) — нейтральные, безразличные отношения с близкими родственниками;

○ низкий уровень (НУ) — сложности в отношениях с кем-либо из членов семьи, присутствие негативизма в отношениях.

Исследование коммуникативных навыков показало, что в общении с родителями и близкими родственниками у умственно отсталых молодых людей преобладают позитивные, доверительные отношения: у лиц УУО — 47%; у лиц ТУО — 71%. Это может быть объяснено зависимостью данной категории обследуемых от своих близких людей, наличием симбиоза с кем-либо из членов семьи (мать, отец), на что имеется ряд ссылок в отечественной и зарубежной

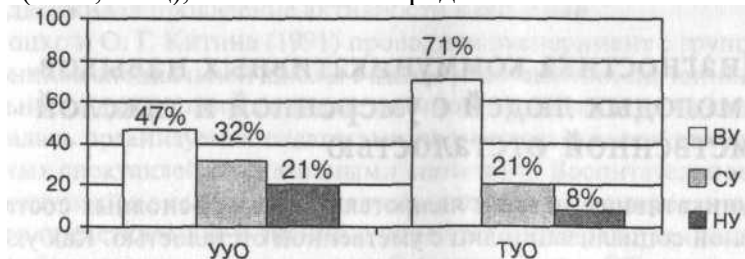


Рис. 16. Исследование отношений с родителями у лиц с УУО и ТУО

литературе (рис. 16). Нейтральные, близкие к безразличию отношения характерны для 32% лиц с УУО и 21% — с ТУО. Наряду с этим у 21% лиц с УУО и у 8% лиц с ТУО отношения с родителями характеризуются проявлением негативизма, реакциями протеста, вспышками агрессии.

Изучение *общения умственно отсталых молодых людей в группе сверстников* проводили при помощи наблюдения за испытуемыми в ходе работы с ними в «группах общения». Оценивались их поведение и реакции в различных ситуациях сотрудничества, совместного проведения досуга, праздников и проч. При анализе результатов обследования характер общения молодых людей в группе был распределен нами по трем уровням:

- высокий уровень (ВУ) — доброжелательные, позитивные отношения, высокая доступность, готовность сотрудничать;
- средний уровень (СУ) — безразличные отношения, неконтактность, ауто-изоляция;
- низкий уровень (НУ) — негативные отношения, выраженные эгоистические проявления, агрессивность.

У большинства лиц с УУО (57%) отношения со сверстниками носили позитивный характер, в то время как у лиц с ТУО такие отношения встречались в 2,5 раза реже (21%). Однако 26% лиц с УУО и почти половина (47%) лиц с ТУО проявляли негативизм, агрессивность, враждебность. 17% лиц с УУО и 32% лиц с ТУО относились к общению в группе безразлично (рис. 17).

При изучении коммуникативной деятельности умственно отсталых молодых людей необходимо было составить представление о владении ими навыками вербального и невербального общения. С этой целью (помимо метода наблюдения при работе в группах общения) проводили различные упражнения на использование вербальных и невербальных средств общения.

Исследование навыков вербального общения выявило, что владение этими навыками на высоком уровне было доступно только 42% лиц с УУО; среди лиц с ТУО таковых не было. Частично сформированы вербальные навыки были у 42% молодых людей с УУО и у 53% — с ТУО. Не владели навыками вербального общения 16% молодых людей с УУО и 47% молодых людей с ТУО по причине их полной несформированности либо в силу каких-либо нарушений сенсорных или моторных компонентов речи (например, алалия, дизартрия и др.).



Рис. 17. Исследование отношений со сверстниками в группе общения у лиц с УУО и ТУО

121

Исследование развития навыков невербального общения показало, что достаточно хорошо сформированы навыки невербального общения лишь у трети (37%) молодых людей с УУО и четверти (26%) лиц с ТУО. Удовлетворительно владели ими 21 и 17% лиц с УУО и ТУО, соответственно. Значительная часть обследованных вообще не владела невербальными навыками — 42% лиц с УУО и 57% лиц с ТУО.

Таким образом, исследование коммуникативных навыков показало, что почти у половины (46%) обследованных с УУО и только у трети (29%) с ТУО коммуникативные навыки развиты в достаточной степени. Следовательно, лишь часть из них успешно используют навыки вербальной и невербальной коммуникации, а их отношения с родителями и сверстниками носят, в целом, позитивный характер.

Значительная часть обследованных молодых людей обладает низким уровнем развития коммуникативных навыков. Эти молодые люди не способны к адекватному восприятию вербальной и невербальной информации, их поведение часто агрессивно либо отличается безразличием к происходящему вокруг. Одна четверть (26%) молодых людей в группе с УУО и почти половина (47%) молодых людей с ТУО испытывают трудности в общении со сверстниками, что может выражаться в их агрессивности, неконтактности, безразличии к остальным участникам общения. Следует отметить меньшую несформированность навыков вербального и невербального общения у лиц с УУО (29%) и значительно большую (52%) у молодых людей с ТУО, что усугубляет их трудности в общении.

У небольшой части испытуемых с УУО (16%) и у большого числа (47%) лиц с ТУО отмечается низкий уровень развития навыков вербального общения. Это говорит о том, что среди них встречаются «безречевые» молодые люди. Умственно отсталые молодые люди с УУО проживают в семьях и имеют в 47% случаев тесные, симбиотические отношения с родителями. У молодых людей с ТУО аналогичные отношения встречались примерно в 1,5 раза чаще (71 %).

Таким образом, исходя из результатов обследования, можно высказать предположение, что молодые люди обеих групп имеют нарушения различных сторон коммуникативного развития разной степени тяжести, что может быть обусловлено биологическими факторами, прежде всего, нарушениями психики и сопутствующими заболеваниями. В ходе бесед с родителями, другими родственниками, педагогами, окружающими молодых людей, было выявлено, что развитие (либо недоразвитие) некоторых навыков, помимо особенностей личности, могло быть обусловлено социальными факторами, такими как стиль семейного воспитания, условия проживания и др.

Методика «Социограмма РАС-S/P» (Приложение 1.2) позволяет оценить развитие сенсорно-перцептивной сферы, мышления, речи, познавательных интересов, эмоциональных состояний, социально-бытовых навыков у детей с глубоким нарушением интеллекта.

В составе четырех разделов «Социограммы» имеются вопросы, ответы на которые дают основания судить о развитии коммуникативных навыков. Так, раздел «Восприятие окружающего мира» включает вопросы, позволяющие оценить узнавание знакомых и незнакомых лиц, различение предметов, час-

122

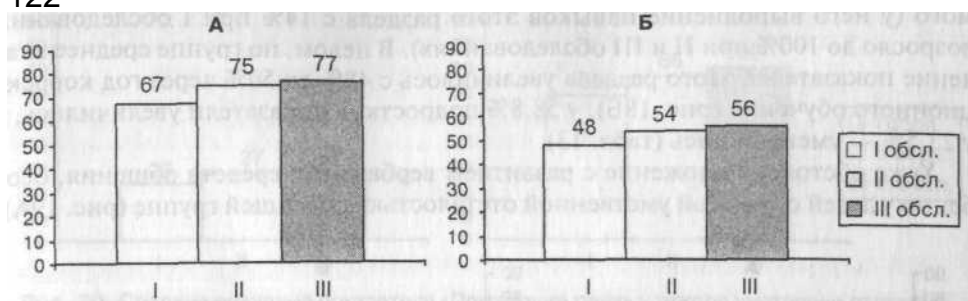


Рис. 18. Средние значения показателя «Восприятие окружающего мира» у тяжело умственно отсталых детей в 7–11 (А) и 12–18 (Б) лет в динамике обучения

тей собственного тела. Разделы «Активная речь» и «Понимание речи» позволяют определить развитие вербальных и невербальных средств общения, а раздел «Социальная активность» — навыки поведения со взрослыми и сверстниками в быту, на улице, в процессе игры и совместной деятельности.

Поэтому, чтобы судить о формировании коммуникативной сферы у детей и подростков с глубоким нарушением интеллекта, рассмотрим изменение показателей этих разделов.

В табл. 13 приведены результаты обследований тяжело умственно отсталых детей. Можно видеть, что в процессе коррекционно-развивающей работы в разделе «Восприятие окружающего мира» существенных сдвигов не наблюдается, однако у 60% обследованных 7-11 лет отмечались хотя и незначительные, но положительные сдвиги, а у 6,7% — наоборот, отрицательные сдвиги. Средние величины также говорят об увеличении параметров этого раздела, особенно при втором обследовании (через полгода) по сравнению с первым (рис. 18А). Следовательно, у детей 7-11 лет в процессе обучения возрастает дифференцирование предметов, знакомых и незнакомых лиц, а также различение частей собственного тела. Последнее очень важно для развития самоидентификации и формирования самооценки.

В старшей возрастной группе у подростков 12-18 лет с тяжелой умственной отсталостью отмечалась сходная динамика развития процессов различения предметов, лиц и частей собственного тела, за исключением одного испытуе-

Таблица 13

Динамика развития навыков коммуникации у детей и подростков с тяжелой умственной отсталостью, %

Группы	Изменения	Восприятие окружающего мира	Активная речь	Понимание речи	Социальная активность

Младшая возрастная группа (7-11 лет)	Увеличение	60,0	33,3	33,3	73,3	86,7
	Уменьшение	33,3	33,3	26,7	13,4	13,3
Старшая возрастная группа (12-18 лет)	Увеличение	58,8	23,5	17,6	52,9	76,5
	Уменьшение	23,5	17,6	9,4	11,8	23,5
	Без изменений	17,6	47,1	35,3	35,3	23,5

123

мого (у него выполнение навыков этого раздела с 14% при I обследовании возросло до 100% при II и III обследованиях). В целом, по группе среднее значение показателей этого раздела увеличилось с 48% до 56% через год коррекционного обучения (рис. 18Б), у 58,8% подростков показатели увеличились, а у 23,5% — уменьшились (табл. 13).

Хуже обстояло положение с развитием вербальных средств общения, особенно у детей с тяжелой умственной отсталостью в младшей группе (рис. 19А).

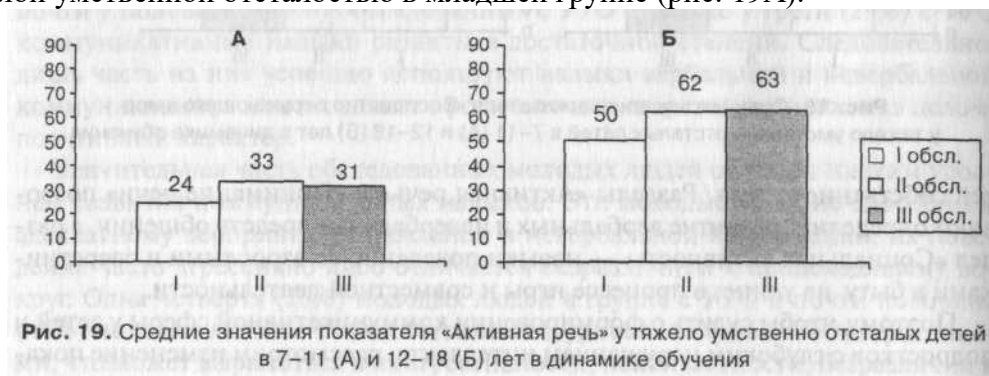


Рис. 19. Средние значения показателя «Активная речь» у тяжело умственно отсталых детей в 7–11 (А) и 12–18 (Б) лет в динамике обучения

Отмечался очень низкий первоначальный уровень развития показателей «Активной речи» — 24% в среднем по группе.

По мере обучения величина показателя вначале увеличилась незначительно — до 33%, а затем уменьшилась до 31%. Если посмотреть динамику его развития у каждого ребенка, то только у трети (33,3%) наблюдалось улучшение показателей этого раздела, у 26,7% — ухудшение и у 40,0% — без изменений (табл. 15).

У подростков (старшая возрастная группа) отмечались более значимые сдвиги как по средним показателям раздела «Активная речь» (рис. 19Б), так и по индивидуальным данным. Более чем у половины обследованных (52,9%) улучшились показатели вербальной и невербальной коммуникации, у 47,1% — остались без изменений, отрицательной динамики в процессе обучения не наблюдалось ни у одного человека (табл. 15).

Понимание жестов, слов, фразовой речи в динамике обучения тяжело умственно отсталых детей 7-11 лет улучшилось у 73,3% обследованных, хотя среднее значение этого показателя увеличилось незначительно (с 23 до 29%, соответственно, в начале коррекционной работы и спустя 1 год) (рис. 20А). В старшей возрастной группе, напротив, более выросло (рис. 20Б) среднее значение (от 58 до 69%) и улучшились индивидуальные показатели у 52,9% подростков (табл. 13).

Наиболее интересной является динамика показателя «Социальная активность» в процессе обучения тяжело умственно отсталых детей. Этот показатель свидетельствует о росте межличностного взаимодействия как со взрослыми, так и со сверстниками. В обеих обследованных группах у большинства детей отмечалось увеличение этого показателя (у 86,7 — в младшей и у 76,5% — в старшей группах) (табл. 13).

124

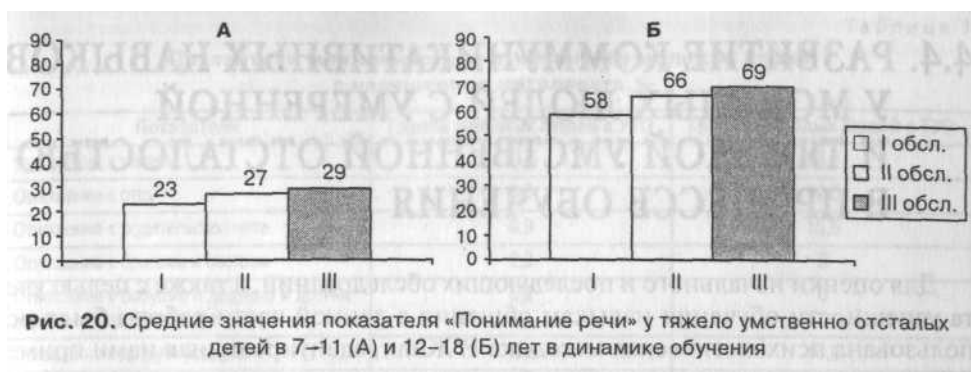


Рис. 20. Средние значения показателя «Понимание речи» у тяжело умственно отсталых детей в 7–11 (А) и 12–18 (Б) лет в динамике обучения

Даже среднее значение показателя «Социальная активность» увеличилось достоверно, особенно в старшей возрастной группе (от 57 до 75%) (рис. 21).

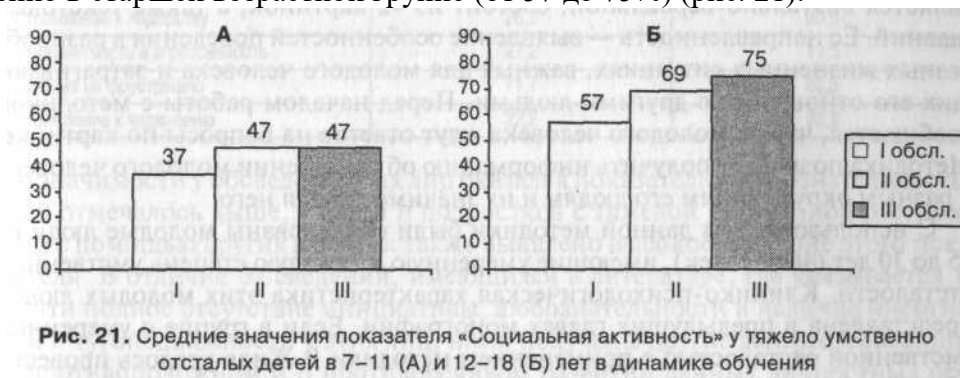


Рис. 21. Средние значения показателя «Социальная активность» у тяжело умственно отсталых детей в 7–11 (А) и 12–18 (Б) лет в динамике обучения

Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствует о том, что систематическая, целенаправленная коррекционная работа по развитию коммуникативной сферы тяжело умственно отсталых детей и подростков приводит к отчетливо выраженным положительным результатам: к улучшению вербального и невербального общения, развитию межличностных отношений между взрослыми и сверстниками и как итог — к усилению активности, самостоятельности, что выражается в росте социальной активности этих детей. Наиболее значительные результаты наблюдаются в динамике обучения более старших детей — в подростковом и раннем юношеском возрасте (с 12 до 18 лет). Очевидно, в этом возрасте накопленный предыдущий опыт в сочетании с обучением позволяет более эффективно преодолевать инертность, косность нервных процессов и переключаться на новую деятельность. В этом большое значение имеет повышение любознательности, даже по сравнению с пищевым поведением, о чем уже упоминалось в предыдущей главе.

125

4.4. РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Для оценки начального и последующих обследований, а также с целью учета успешности обучения навыкам общения в данной части работы была использована психологическая методика Р. Жилия, адаптированная нами применительно к данному контингенту обследованных.

Эта методика позволяет провести изучение социальной приспособленности и взаимоотношений с окружающими умственно отсталых лиц. Методика является визуально-вербальной, состоит из 42 картинок, а также текстовых заданий. Ее направленность — выявление особенностей поведения в разнообразных жизненных ситуациях, важных для молодого человека и затрагивающих его отношения с другими людьми. Перед началом работы с методикой сообщается, что от молодого человека ждут ответов на вопросы по картинке. Методика позволяет получить информацию об отношении молодого человека к разным окружающим его людям и их значимости для него.

С использованием данной методики были обследованы молодые люди от 15 до 30 лет (46 человек), имеющие умеренную и тяжелую степень умственной отсталости. Клинико-психологическая характеристика этих молодых людей представлена в предыдущих главах монографии. Если в группе с умеренной умственной отсталостью с применением методики Р. Жилия удалось провести обследование всех молодых людей, то в группе с тяжелой умственной отсталостью — только 56% молодых людей, в основном владеющих вербальными средствами общения.

С последними проведено динамическое обследование в процессе эксперимента по обучению общению в течение 1,5 лет. Тяжело умственно отсталые молодые люди, проживающие в

психоневрологическом интернате, были обследованы 4 раза: I — в начале работы, II — спустя 6 месяцев, III — спустя 1 год,

IV — спустя 1,5 года.

В табл. 14 представлены усредненные показатели методики Р. Жилия у двух групп обследованных. Можно видеть, что в обеих группах наиболее высокие значения отмечались в показателях «Реакция на фрустрацию» (71,7 и 63,3% —

V молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, соответственно), «Отношение к матери» (53,5 и 56,7%) и «Любознательность» (49,2 и 50,3%, соответственно).

Высокие показатели реакции на фрустрацию свидетельствуют о наличии у обследованных молодых людей поведенческих трудностей и проблем в общении. Они бывают очень упрямы, агрессивны, не разговаривают, их трудно заинтересовать и удержать внимание на занятиях. Отмечалась высокая симбиотическая связь с матерью у молодых людей обеих групп при очень низкой с отцом (6,5 и 10,0%, соответственно) и с другими родственниками. На III месте

126

Таблица 14

Показатели межличностных отношений у молодых людей с нарушением интеллекта, %

Показатели	Группа молодых людей с УУО	Группа молодых людей с ТУО
Отношение к матери	53,5	56,7
Отношение к отцу	6,5	10,0
Отношение к родительской чете	0,9	15,5
Отношение к братьям и сестрам	2,9	0
Отношение к бабушке и дедушке и другим взрослым родственникам	5,3	0
Отношение к другу и подруге	45,8	16,0
Отношение к учителю	30,8	18,2
Любознательность	49,2	50,3
Стремление к общению в больших группах	50,8	27,2
Стремление к лидерству	28,9	20,5
Конфликтность и агрессивность	27,2	11,5
Реакция на фрустрацию	71,7	63,3
Стремление к уединению	22,2	23,8

по значимости у обследованных лиц оказался показатель «Любознательность». Как отмечалось выше, у детей и подростков с тяжелой умственной отсталостью с помощью других методик также выявлено высокое значение этого показателя. В отличие от сведений, имеющих в литературе, где указывается на почти полное отсутствие инициативы, любознательности и наличие инертности и тугоподвижности у этих лиц, нами получены другие данные, говорящие о противоположном и о противоречивом развитии данных личностных особенностей у умственно отсталых молодых людей.

В группе молодых людей с УУО в 2 раза чаще преобладало стремление к общению и в 3 раза — межличностные отношения к другу (подруге) по сравнению с лицами с ТУО. Показатели «Отношение к учителю», «Стремление к лидерству», «Конфликтность и агрессивность», хотя и были выражены более слабо по сравнению с предыдущими, однако имели большие значения в группе обследованных с УУО.

С группой молодых людей, имеющих тяжелую умственную отсталость, 3 раза в неделю по 2—3 часа в течение 1,5 лет проводились коррекционные занятия по развитию навыков общения с применением программы Л. М. Шипицыной и соавторов «Азбуки общения» (1998) и финской программы ЛюисаНюканена «Книга о хорошем поведении» (1998).

Полученные результаты рассмотрим на двух наиболее типичных примерах.

ПРИМЕР 4

Константин П., 25 лет

Диагноз. Тяжелая умственная отсталость, негативизм, дисфория, энкопрез. Поведенческие нарушения, аффективная возбудимость, агрессивность, гневливость. Сексуальная расторможенность, онанизм.

Физическое развитие. Передвигается самостоятельно, координация и точность движений не нарушены. Развитие мелкой моторики удовлетворительное. Родители отмечают

127

наличие навязчивых движений: перелистывание книг, газет, настойчивое приставание к людям.

Самообслуживание и трудовые навыки. Навыки личной гигиены сформированы недостаточно, чистит зубы и умывается самостоятельно, но требуется помощь при принятии ванны. Отношение к пище спокойное, владеет навыками приема пищи. Мотивы отношения к труду неустойчивы, ситуативны. Владеет простейшими навыками работы с бумагой, тканью, умеет пришить пуговицу, может резать ножницами бумагу, ткань. Работоспособность низкая. Физических ограничений для выполнения домашнего труда не имеет, но в связи с потворствующей гиперопекой матери круг таких обязанностей ограничен.

Эмоциональное развитие. При значительной эмоциональной лабильности преобладает позитивный фон настроения. В ситуациях фрустрации возможны аффективные реакции, агрессия. Тревожность высокая, наличие страхов не выявлено. Понимание собственных чувств и адекватность их выражения неудовлетворительны, мимика не всегда соответствует выражаемым эмоциям. Понимание отдельных эмоциональных состояний окружающих недостаточно, дифференцирует лишь ярко выраженные эмоции, что заметно снижает адекватность ответных реакций в общении.

Обучение и развитие речи. Закончил один класс специальной школы, был признан необучаемым, переведен в психоневрологический интернат, проживает в нем на пятидневном режиме. На выходные дни родители забирают его домой. Семья полная, кроме Кости, детей нет.

Удовлетворительно развита речь. Логопедический диагноз: функциональная дислalia. Объем активного словаря резко снижен. Задаёт нелепые вопросы, даёт ответы не по теме. Склонен повторять одни и те же слова. Сквернословит.

Коммуникативные навыки. Знает имена своих родителей и ближайших родственников. Характер отношений с матерью варьирует от безразличного к негативному. В поведении стремится подражать отцу, что отрицательно отражается на его отношениях с матерью (агрессивен, склонен к бурным аффективным вспышкам). Стал проявлять интерес к общению в группе молодых людей (юношей и девушек). Характер отношений и общения с участниками группы доброжелательный, к лидерству не стремится. Среди значимых взрослых признаёт авторитет учителя, несложные задания выполняет без принуждения. Появился интерес к совместной трудовой деятельности (стал более активен, инициативен).

Удовлетворительно владеет навыками речевого общения (понимает обращенную речь, способен выразить свои мысли и пожелания, умеет начать и поддержать беседу, застреваем). Умение использовать в общении невербальные средства сформировано недостаточно. Самооценка завышена. Осознание собственного «Я» в настоящем адекватно полу и возрасту, но в прошлом и будущем себя не идентифицирует. Знает и

соблюдает основные правила поведения дома и на улице, но в ситуациях общения с незнакомыми людьми ориентирован слабо. Не владеет умением оказать себе и другим помощь и не может применить знания правил безопасности в экстремальных ситуациях. Имеет представление о функции служб помощи (медицинской, пожарной и т. д.), но не сможет связаться с ними в случае необходимости.

Работа в группе общения. В первые месяцы занятий Костя охотно присутствовал и занимался, но ни с кем не разговаривал, не общался, никого не называл по имени. Мог неожиданно встать и начать ходить по комнате, хватать различные предметы и смотреть в окно. На замечания внимания не обращал. Во время обследования вел себя спокойно, охотно отвечал на вопросы, рассматривал предложенные картинки. При первом обследовании межличностных отношений Константина П. с использованием методики Р. Жилия было установлено, что выраженность показателя отношений с матерью составила 35%, с отцом — 40%, а также был высоким показатель значимости отношения к родителям как к чете — 58%. Отношения с другом не имели актуальности и составили нулевые значения. Низкий показатель — отношение с учителем — 25%. Не-

128

смотря на высокое стремление к лидерству — 50%, отмечалась низкая любознательность — 15% и желание общаться — 25%, конфликтность — 25% и отгороженность — 12% (табл. 15).

Таблица 15

Регистрационный лист методики Р. Жилия при обследовании Кости П., 25 лет

Поведенческие характеристики / Отношения	ПРОЦЕНТЫ									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1. Мать										
2. Отец										
3. Родители вместе как чета										
4. Брат, сестра										
5. Бабушка, дедушка и другие родственники										
6. Друг, подруга										
7. Учитель, воспитатель										
8. Любознательность										
9. Общительность в группе										
10. Доминирование, лидерство										
11. Конфликтность, агрессивность										
12. Реакция на фрустрацию										
13. Отгороженность										

Примечания: сплошная линия — результаты I обследования (до начала занятий по развитию навыков общения), заштриховано — результаты IV обследования (после 1,5 лет работы в группе общения).

Высокий показатель реакции на фрустрацию - 100% - связан, вероятно, с большим количеством поведенческих трудностей у данного молодого человека и наличием проблем общения.

При II обследовании (спустя полгода от начала занятий в группе общения) у Константина П. были зарегистрированы следующие результаты: выраженность значимости отношений с матерью и отцом уменьшились (до 25 и 35%, соответственно), к родителям как к чете — осталась прежней — 58%. Увеличилась значимость отношений с педагогом — до 42%, но по-прежнему никаких изменений не наблюдалось в отношении друзей. Увеличилась с 15 до 50% любознательность, стремление к лидерству (с 50 до 65%) и конфликтность (с 23 до 33%). Показатель желания общения в группе оставался по-прежнему низким (25%), а отгороженность уменьшилась с 12 до 8%.

При III обследовании (спустя 1 год от начала занятий в группе общения) значимость отношений с отцом и матерью фактически не изменилась. Однако в 2 раза вырос показатель отношений с педагогом (до 50%) и появилось отношение к друзьям (с 0 до 30%). Отмечается увеличение до 85% любознательности, до 65% стремления к лидерству. Но самое важное — в 2 раза возрастает желание общаться (с 25 до 50%) на фоне снижения до 8% отгороженности.

Следовательно, в результате работы в группе общения в течение 1 года у данного молодого человека, весьма отгороженного от внешнего мира, с повышенной гиперопекой матери, личностными и поведенческими нарушениями, хотя он находился с 8 лет в усло-

виях коллективного воспитания (в интернате), удалось весьма существенно изменить межличностные взаимоотношения. У него появились друзья, усилился авторитет учителя, а главное — появилось стремление к общению.

При IV обследовании (спустя 1,5 года) представляло интерес проверить устойчивость полученных результатов. В табл. 15 можно видеть, что отношения с учителем продолжа-

129

ют оставаться высоко значимыми (51%). Сохраняются высокими любознательность (64%), стремление к общению (50%). Но снижается отношение к друзьям (до 8%), падает стремление к лидерству на фоне резкого усиления конфликтности (до 54%) и роста отгороженности (до 17%).

Можно полагать, что характерные для данного молодого человека поведенческие нарушения и тяжелая умственная отсталость негативно влияют на результаты формируемых межличностных отношений. Хотя показатель отношения к друзьям снизился, желание общаться и любознательность остались на высоком уровне, что позволяет надеяться на позитивные результаты в дальнейшем.

Рассмотрим еще один пример.

ПРИМЕР 5

Татьяна К., 24 г.

Диагноз. Тяжелая умственная отсталость. Экспрессивная (моторная) алалия I уровня. Нарушения поведения, аффективная возбудимость, аутоагрессианность, негативизм. Дисменорея.

Физическое развитие. Передвигается самостоятельно, координация не нарушена. Мелкая моторика развита достаточно. Способна выполнять быстрые и точные движения. Двигательная активность высокая.

Самообслуживание. Навыки самообслуживания и личной гигиены сформированы на достаточно высоком уровне (самостоятельно пользуется умывальными принадлежностями, принимает ванну, стирает, пользуется утюгом). Старается соблюдать режим питания, в еде умеренна.

Недостаточно понимает значимость трудовой деятельности. Выполняет ряд обязанностей по дому (накрывает на стол, помогает готовить). После работы в группе общения существенно повысилась мотивация совместной деятельности, появилось желание помогать (опекает младших по возрасту). С удовольствием занимается творческой работой. Владеет простейшими трудовыми операциями (умеет пользоваться иглой, ножницами, клеем, бумагой). Имеет частичное представление о различных профессиях и их значимости в жизни человека.

Эмоциональное развитие. Эмоционально неустойчива. Способна дифференцировать отдельные ярко выраженные эмоции окружающих, однако свои эмоции выражает не всегда адекватно. Мимика зачастую не соответствует эмоциональным состояниям. Тревога — умеренная, ближе к низкой. Отмечаются эпизодически возникающий страх темноты и животных (собак). В ситуации фрустрации возможны агрессивные вспышки. Обучение и развитие *речи*. Не обучалась. Проживает в психоневрологическом интернате на пятидневном режиме. На выходные мама забирает Таню домой. Семья состоит из мамы и Тани.

Речь почти не развита. Использует несколько слогов. Логопедический диагноз: экспрессивная (моторная) алалия I уровня.

Коммуникативные навыки. Характер отношений с матерью в основном позитивный. Знает имя и профессию матери. Общение носит избирательный характер. В процессе обучения стала доброжелательнее к посторонним людям. Более уверенно чувствует себя в незнакомом месте. Сохраняя доверительные отношения с матерью, появилась мотивация к общению в группе молодых людей (юношей и девушек). Характер отношений и взаимодействия в группе доброжелательные (стремится помочь сделать задание или оказывает помощь в передвижении). Имеет подругу, с которой проводит много времени. Проявляет стремление к лидерству. Стала менее конфликтна. Среди значимых взрослых признает авторитет учителя. Выполняет предлагаемые, несложные задания без принуждения. Не владеет навыками речевого общения, однако понимает обращенную речь. Адекватно реагирует на просьбы, вопросы, замечания. Владеет невербальными средствами для установления коммуникативного контакта. Самооценка завышена. Осозна-

ние собственного «Я» адекватно полу, но возрастная идентификация затруднена (не представляет себя в прошлом и будущем).

Знает и выполняет элементарные правила поведения дома и на улице. Понимает смысл слов «опасно» и «безопасно». Не владеет умением оказать себе и другим первую помощь. Не может адекватно реагировать на экстремальную ситуацию, так как не владеет навыками речевого общения, не сможет вызвать милицию, скорую, пожарную помощь, хотя имеет представление об этих профессиях. Если заблудится, несмотря на отсутствие речи, может обратиться к людям за помощью и написать свой адрес. *Работа в группе общения.* На занятия ходит с удовольствием, но не разговаривает ни с кем. Во время обследования спокойна, с удовольствием отвечает на вопросы. При первом обследовании межличностных отношений Тани К. с использованием методики Р. Жилия было установлено, что процентная выраженность значимости отношений с матерью очень высокая — 70%; очень низкая с учителями — 8%; с другом — 15%. Отмечается сравнительно высокий уровень любознательности — 67%; и отгороженности — 22%. Желание общаться находится на низком уровне — 25%. Не ярко выражено стремление к лидерству — 18% (табл. 16).

Соотношение реакций на ситуации фрустрации таково: 70% пассивно-страдательной и 30% нейтральной, 0% активно-агрессивной и 0% конфликтной и агрессивной.

Таблица 16

Регистрационный лист к методике Р. Жилия при обследовании Тани К., 24 г.

Поведенческие характеристики	ПРОЦЕНТЫ										
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
1. Мать											
2. Отец											
3. Родители вместе как чета											
4. Брат, сестра											
5. Бабушка, дедушка и другие родственники											
6. Друг, подруга											
7. Учитель, воспитатель											
8. Любознательность											
9. Общительность в группе											
10. Доминирование, лидерство											
11. Конфликтность, агрессивность											
12. Реакция на фрустрацию											
13. Отгороженность											

Примечания: сплошная линия — результаты I обследования (до начала занятий по развитию навыков общения), заштриховано — результаты IV обследования (после 1,5 лет работы в группе общения).

При II обследовании (спустя полгода от начала занятий в группе общения) у Тани К. были выявлены следующие показатели: снизились выраженность значимости отношений с матерью (с 70 до 50%), к родителям как к чете (с 15 до 0%). Возрос интерес к другу — с 12 до 55%; незначительно к учителю — с 9 до 15%. Значительно повысился уровень любознательности с 65 до 100%. На прежнем уровне осталась общительность в группе (25%). Стремление к лидерству, доминированию в группе увеличилось от 18 до 33%. Незначительно вырос уровень отгороженности — с 22 до 27%. Следовательно, благодаря занятиям по развитию навыков общения у Тани снизилась значимость отношений с матерью на фоне возросшего интереса к общению с друзьями со стремлением к доминированию, лидерству.

Положительным является значительное повышение уровня любознательности, что говорит о готовности Тани к более активному общению с участниками группы. Результаты III обследования показывают, что уровень значимости отношений с матерью у Тани К. не изменился, однако возросла значимость родителей вместе как четы — от 0 до 27%. Еще более значимыми стали отношения к другу, подруге (от 55 до 71%); немного вырос интерес к учителю — от 15 до 25%. Радует оставшаяся на высоком уровне любознательность (100%).

В 2 раза увеличилось желание общаться в группе. При этом отмечается рост конфликтности, агрессивности (от 0 до 45%); реакций на фрустрацию (от 85 до 100%) на фоне снижения уровня отгороженности (от 27 до 22%).

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что через 1 год занятий в группе у Тани К. резко возрос интерес к общению с друзьями и, что очень важно, — к общению в группе в целом.

По результатам IV обследования (спустя 1,5 года) были получены следующие данные: еще более снизилась значимость отношений с матерью — до 45%; возросла значимость отношений с другом (подругой) — до 97%; с учителем — до 65%.

Отмечается большой рост уровня общительности в группе — до 88% при незначительном увеличении стремления к доминированию — от 35 до 47%. Значительно снизился уровень конфликтности, агрессивности — от 45 до 12%. Также наблюдается положительная динамика в изменении уровня отгороженности (от 22 до 4%) и реакции на фрустрацию (от 100 до 98%).

В целом, можно констатировать, что занятия в группе общения несомненно оказали благотворное влияние на развитие навыков общения у Тани К., что в основном связано со снижением зависимости от матери, повышением самостоятельности, ростом значимости общения с друзьями и стремлением общаться со сверстниками. На фоне снижения уровня отгороженности от окружающего мира.

4.5. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Развитие и совершенствование навыков общения у умственно отсталого ребенка на разных этапах жизни — от рождения до взрослости — требует от педагогов, психологов и родителей много внимания и терпения. Родители и специалисты должны вести усиленное наблюдение за его поведенческими и речевыми реакциями во всех видах деятельности, чтобы помочь и направить развитие коммуникативных навыков.

Наблюдение за выражением лица умственно отсталого, развитие его органов чувств не должно оставаться вне поля зрения родителей и педагогов. Различные занятия, упражнения и предметы обихода принесут немалую пользу в этом направлении.

Умственно отсталого ребенка зачастую надо учить всему, даже улыбаться. Известно, что улыбка появляется лишь под воздействием социальных факторов, а не дана нам с рождения.

С умственно отсталыми детьми нужно постоянно общаться, сопровождая свои действия негромкой, плавной речью со спокойной, приветливой интона-

132

цией. С ними надо больше разговаривать, называя действия, которые производятся: будем есть суп, будем мыть посуду, возьмем мыло, будем вытирать посуду полотенцем и т. д. Нужно постоянно поддерживать внимание и познавательный интерес к выполняемой деятельности и окружению.

Общение — это не только произнесение слов. Понятие «общение» предполагает также умение слушать и понимать, умение соблюдать очередность в разговоре, умение завязывать и поддерживать беседу.

Речь может быть использована для удовлетворения многих потребностей. Умственно отсталому человеку необходимо научиться пользоваться речью и освоить широкий спектр высказываний.

На занятиях по развитию речи ребенок должен будет учиться не только говорить, но и слушать слова других людей. Всегда следует давать ему время на ответ. Не нужно забывать также о том, что работу следует строить на основе его интересов. Нужно попытаться извлечь пользу из его интересов и в бытовых ситуациях, и на спланированных игровых занятиях.

Для того чтобы побудить ребенка продолжить общение, необходимо во время разговора пользоваться естественными приемами.

Прежде чем приступить к занятиям, надо подробно проанализировать, что на данный момент ребенок с нарушением интеллекта уже умеет делать. Начинать обучение следует с того уровня, который ему более всего подходит.

Только тесный и доброжелательный контакт ребенка и родителей в сочетании с помощью специалистов способствует формированию навыков межличностного общения у тяжело умственно отсталых детей, подростков и молодых людей.

Для успешной работы с умственно отсталым человеком всем членам семьи полезно выработать по отношению к нему единые требования, привычки и установки. Надо помнить, что противоречивые требования отрицательно влияют на психику и поведение ребенка.

При обучении общению умственно отсталого ребенка следует воспитывать:

□ организованность и выдержку, подавляя желание «А я хочу!», отвлечение, убеждение — или игнорирование его требований;

□ умение адекватно вести себя дома и в общественных местах;

□ умение выполнять правила поведения на улице;

О умение критически относиться к своим поступкам.

Рассмотрим девять основных направлений работы по развитию навыков общения, которые опираются на возможности умственно отсталых учащихся.

1. Развитие способности познавать себя.

2. Развитие умения заботиться о себе.

3. Развитие способности ориентироваться в окружающем мире и адекватно воспринимать его.

4. Развитие способности ориентироваться в социальных отношениях и умения включаться в них.

5. Развитие умения концентрировать внимание и реагировать на обращение окружающих.

6. Развитие восприятия речи.

133

7. Развитие умения подражать.

8. Развитие умения соблюдать очередность в разговоре.

9. Развитие умения применять навыки общения в повседневной жизни.

4.5.1. Развитие способности познавать себя

Познание себя как личности начинается у ребенка с установления физического контакта с окружающим миром через все органы чувств. Развитие личности ребенка — это осознание самоценности человеческой жизни, это развитие его доверия к жизни. В школе, среди других детей, ребенок учится познавать себя. Отношение к нему педагогов, всего обслуживающего персонала строится на основе доверия, и в этой атмосфере ребенку легко чувствовать себя личностью, которая воспринимается всеми всерьез.

У новорожденного познание окружающего мира начинается с познания своего тела. Через тело маленький человек общается с миром и таким образом познает его. Осознание единства частей тела, их функций, развитие чувства равновесия приводит к тому, что у ребенка растет чувство уверенности и независимости, он получает возможность контроля над своим телом, что очень важно для восприятия себя не как беспомощного существа, а как человека, способного реализовать свои желания (самостоятельно или с помощью других). Большое внимание следует уделять развитию дифференцированного восприятия. Необходим особый подбор раздражителей, особенно для «тяжелых» детей. Они должны быть четкими, достаточными для возникновения ощущений. При подготовке к занятию педагогу необходимо учесть все факторы, которые могут стать раздражителями для ребенка.

Чувствовать положение тела в пространстве, учиться сохранять равновесие возможно через контакт с человеком и различными предметами.

Познание целостности тела может происходить через знакомство с его частями на человеке, кукле, картинке, через различные действия с ними (например, подергать, погладить, расчесать волосы), а также через действия, производимые ими (например, кисть руки может держать, бросать, захватывать и др.). Познание тела возможно также с помощью восприятия раздражителей и их соотнесения с органами чувств (зрительные, слуховые, тактильные, вкусовые, обонятельные ощущения).

Установление телесного, зрительного, речевого контакта — это начало взаимодействия ребенка и взрослого. Первая реакция ребенка на прикосновение может быть очень разной (резко двигается, сжимается, бьет). Необходимо в ответ погладить, спокойно поговорить. Если барьер будет преодолен, ученик научится принимать помощь педагога, а затем и сам начнет помогать. Сначала контакт между педагогом и учеником может быть очень тесным, затем педагог постепенно должен давать ученику большую самостоятельность, постепенно отходить от него.

Часто развитие детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью не соответствует их возрасту, они не могут справляться со своим психофизическим напряжением, определить и выразить свое состояние. Задача обучения в

этом случае — показать разницу между хорошим и плохим самочувствием, хорошим и плохим настроением. Объяснить, что для жизни важнее хорошее настроение, на его фоне человек развивается лучше. Необходимо также учить детей чувствовать состояние других людей.

Формирование способности переживать различные настроения (печаль, радость, счастье, сочувствие) — это развитие индивидуальности. Задача педагога состоит в том, чтобы раскрыть перед учеником богатство чувств и переживаний. Это возможно сделать, показывая свой мир чувств, но не демонстрируя их, а выражая естественно, ясно и однозначно. С проявлением чувств мы сталкиваемся постоянно, каждый раз они проявляются по-разному и открывают детям новые возможности для коммуникации: «Если у меня радость, я поделюсь ею с другими. Если у меня горе, мне нужно, чтобы меня утешили».

Умение эмоционально настраиваться на определенную ситуацию — одна из предпосылок успешного обучения навыкам общения. Умственно отсталый ребенок должен научиться чувствовать себя адекватно окружающей обстановке, переживать соответствующие настроения и чувства. Он должен научиться распознавать ситуации, приятные для себя в школе, дома, при взаимодействии с другими людьми в разной обстановке.

Часто дети с умеренной и тяжелой умственной отсталостью не могут снять свое психофизическое напряжение сами. Оно накапливается. Результатом становятся агрессивность, состояние аффекта, активные движения. Но эта активность не ведет к разрядке, она неконтролируема. Надо помочь ученику освободиться от этого напряжения. Дети должны быть активны, но не под влиянием навязчивых стереотипных движений, а в свободной целенаправленной деятельности, которая приносит радость и удовольствие.

Одной из причин напряжения является страх. Страх служит естественной реакцией на угрозу неприкосновенности. Страх может возникнуть перед болезнью, операцией, перед социальной изоляцией (расставание, наказание, отталкивание). У некоторых учеников чувство страха выражено слабо, у других — сильно. Это происходит оттого, что дети не в состоянии объективно анализировать ситуацию. Часто ученики оценивают ситуацию как угрожающую, хотя для этого нет оснований.

Преодоление страха может достигаться на эмоциональном уровне через развитие доверия, приобретение чувства защищенности и уверенности в себе или на интеллектуальном уровне, когда происходит осознание, понимание ситуации.

Важно показать ученикам, что чувство страха — это обычное человеческое чувство, что необходимо уметь преодолевать страх, не бояться нового, неизвестного.

Дети с умеренной и тяжелой умственной отсталостью в большинстве случаев остаются в состоянии удовлетворения лишь своих насущных потребностей. В процессе обучения важно добиваться того, чтобы ребенок осознанно относился к своим потребностям, умел контролировать их. Одна из форм осознанной потребности — это желание. У детей должна быть развита способность реализовывать свое желание, уметь откладывать его реализацию на какое-то время, а также отказываться от него — в зависимости от складывающейся ситу-

135

ации. Ребенку необходимо учиться принимать отказ. Если он как личность умеет управлять своими желаниями, то конфликтных ситуаций будет меньше. Некоторым учащимся нужно научиться адекватно оценивать свои возможности. Это важно, когда имеется органическое нарушение, которое может прогрессировать, если ученик душевно страдает от своего нарушения, если есть комплекс неполноценности. Педагог должен быть очень чутким, тактичным в этой ситуации, особенно по отношению к старшим учащимся. Умственно отсталые дети оценивают свои нарушения субъективно. Эта оценка определяется реакцией окружающих, несоответствием своих запросов действительности, умственными возможностями, психической чувствительностью, возрастом. В таких случаях необходимо дать ребенку почувствовать свою значимость, попытаться объяснить ситуацию, показать возможности выхода из нее.

4.5.2. Развитие умения заботиться о себе

Обретение способности заботиться о себе — это один из первых шагов на пути к интеграции, на пути к приобретению чувства собственного достоинства, доверия к себе.

Ребенок становится более независимым и самостоятельным, если он может обслуживать себя сам. Это происходит, если в основе отношений ребенка и персонала лежит взаимное уважение.

Человек не может жить без других людей. Общение необходимо человеку как воздух, для того чтобы чувствовать свою причастность к человеческому сообществу, чувствовать защищенность и уверенность в себе. Педагог очень чутко должен реагировать на все сигналы ребенка, а ребенок

должен знать, что он вправе требовать внимания к этим сигналам. Ребенку важно учиться сообщать о своих потребностях понятными для других и доступными для него способами:

- если ребенок умеет говорить, он должен сказать;
- если ребенок не говорит, педагог должен узнать жесты или другие знам ребенка;
- если системы знаков нет, нужно разработать ее. Ребенок учится сам по возможности удовлетворять свои элементарные потребности. В первую очередь это делается для того, чтобы стать более независимым, самостоятельным, чтобы у ребенка было чувство уверенности: я могу, я сам!

Предпосылкой самостоятельности в еде является умение сосать, глотать, жевать, кусать.

Для отправления естественных потребностей у людей принято пользоваться специально отведенными для этого местами. Поэтому ребенку необходимо учиться терпеть. Посещение туалета должно быть регулярным. Следует вырабатывать у ребенка потребность быть сухим и чистым, чтобы не вызывать неприятных ощущений ни у себя, ни у других людей.

Формирование контроля над всеми физиологическими выделениями (в том числе слюноотделением, выделениями из носа) помогает развитию личности.

136

Если ребенок научится контролировать себя, то окружающим будет приятнее с ним общаться. А это даст чувство уверенности в себе.

Мыться, принимать душ — это не только гигиенические процедуры, но и создание эмоциональной комфортности, эстетическое воспитание (приятно чувствовать себя чистым). Уход за собой способствует воспитанию чувства собственного достоинства, а значит, и социализации личности.

При формировании межличностных отношений умеренно и тяжело умственно отсталых детей важно научить видеть не только положительные моменты при контактах с людьми и предметами, но и отрицательные, то есть опасности, исходящие от действий, ситуаций, незнакомых людей и предметов, продуктов питания, медикаментов, никотина, алкоголя, наркотиков.

Сначала дети учатся реагировать на предупреждение об опасности (на жест, крик). Соблюдение указаний и запретов также ограждает их от неприятностей. Но важно, чтобы ребенок научился сам видеть опасность и соответственно реагировал на нее.

4.5.3. Развитие способности ориентироваться

в окружающем мире и воспринимать его адекватно

Одной из важных задач работы по развитию навыков общения является расширение представлений детей и подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью об окружающем мире.

Важно познакомить их с неизвестным миром, расширить круг жизненных представлений, открыть новые возможности. Дети, подростки должны воспринимать окружающий мир всеми органами чувств. Только тогда этот мир станет для них шире и многограннее.

Ориентация в окружающем пространстве осуществляется посредством его деятельностного освоения. Важное место в этом процессе занимают ролевые игры, участвуя в которых, дети приобретают опыт, столь необходимый в реальной жизни.

Детей нужно учить не только навыкам общения в быту, связанным с едой, питьем, умением пользоваться одеждой, обувью, ориентироваться в школе, дома, но и умению общаться с окружающими людьми. При этом ребенку нужно уметь различать окружающих людей по их роли в его жизни (семья, друзья, учителя, врач, посторонний человек и т. д.), наблюдать за этими людьми, рассказывать, что они делают (что делает мама, повар и т. д.).

По мере взросления границы познаваемого человеком мира расширяются: он уже не представляет собой защищенного близкими людьми относительно небольшого пространства. Человек сталкивается с необыкновенным разнообразием проявлений внешнего мира, который к тому же полон опасных, неожиданных ситуаций. Как вести себя в них?

Детей следует научить поведению и общению в условиях улицы, умению пользоваться дорогами у дома и школы (узнавать путь самим); для лучшей ори-

137

ентировки обращать внимание на особые приметы (почтовый ящик, реклама); видеть опасность на дороге; различать тротуар и проезжую часть; перед переходом дороги останавливаться, смотреть налево, затем направо; знать назначение «зебры», светофора; узнавать основные дорожные знаки и ориентироваться в них (пешеходный переход, «зебра», остановка автобуса); узнавать виды городского транспорта; уметь ими пользоваться и вести себя в автобусе,

трамвае и другом транспорте; управлять собой в незнакомой ситуации (не бояться, не метаться, попросить о помощи, обратиться к милиционеру за помощью, советом); узнавать специальный транспорт (милиция, пожарная, скорая помощь).

Поведению на улице дети учатся в ролевых играх, а также в реальных жизненных ситуациях.

Детей знакомят с общественными местами, обучают ими пользоваться, в том числе телефоном (знать основные части телефона; узнавать таксофонную будку; знать, каким службам принадлежат номера 01, 02, 03, помнить домашний телефон, телефон школы; знать типичные речевые формулы для разговора по телефону в различных ситуациях). Дети должны уметь соответственно вести себя в лечебных учреждениях (ничего не трогать, не бегать, не кричать, не бояться людей в белых халатах, учиться принимать помощь, ориентироваться в больнице); посещать заведения культуры и уметь вести себя во время представления (покупать билеты, сидеть, хлопать); пользоваться общественным туалетом (знать условные обозначения, уметь платить, мыть руки); иметь представление о системе предприятий бытового обслуживания (почта, парикмахерская, ремонт обуви, химчистка, прачечная, баня, пошивочное ателье, фотоателье), уметь ими пользоваться (платить деньги, предъявлять квитанцию и т. д.).

Умственно отсталым детям необходимо передать умение общаться с живой (охранять, ухаживать, остерегаться опасных животных и ядовитых растений) и неживой природой (быть способным эмоционально воспринимать явления и объекты природы), а также с традициями и обычаями (календарные праздники, школьные традиции, дни рождения и т. д.).

Время является мерилом человеческого бытия, оно упорядочивает жизнь, служит организующим фактором в общественной жизни и содействует развитию интеграционной способности учащихся. Время — величина абстрактная, и поэтому научиться понимать время — трудная задача для умственно отсталых учащихся. Обучение восприятию времени должно проводиться постепенно, маленькими шагами, при этом отвлеченные понятия связываются с конкретными событиями, действиями, которые происходят в определенные временные отрезки.

Ребенок должен знать, когда что делать: когда вставать, когда ехать в школу, когда смотреть мультфильмы, когда ложиться спать. Если жизнь ребенка протекает в определенном ритме, то у него формируется свой «часовой механизм», свой опыт.

Жизнь каждого человека состоит из различных возрастных периодов: ребенок, подросток, юноша, взрослый, пожилой, старик. Эти стадии необходимо учиться соотносить со своей жизнью. Человек должен уметь идентифициро-

138

вать себя: «Этот малыш — я». Для того чтобы дети понимали, что мир существовал и до их рождения, что они являются его частью, важно показать, как развивалось и развивается общество.

4.5.4. Развитие способности ориентироваться в социальных отношениях и умения включаться в них

Люди с умеренной и тяжелой умственной отсталостью являются такими же членами общества, как и все остальные. Необходимо подготовить детей жить среди других людей, вместе с другими людьми. Но этот процесс не может быть односторонним. Необходимо, чтобы и общество было готово принять и уважать умственно отсталых людей. Способность жить в обществе — это способность к взаимным отношениям, к взаимодействию. Детям с нарушением интеллекта нужно учиться воспринимать окружающих как равных себе, без чувства собственной неполноценности. Знание правил и норм поведения, прав и обязанностей облегчает жизнь в обществе. Умение жить в обществе и найти там свое место — это одна из важнейших предпосылок самостоятельной жизни.

Первым контактом новорожденного является телесный контакт с мамой, затем подключаются зрительный и слуховой. Установление контакта — это основа обучения. Важно, чтобы у ребенка было желание идти на контакт. Для этого сначала необходимо показать, что это не только не опасно, но приятно. Если же ребенку неприятно прикосновение рукой (непосредственный контакт), можно попробовать коснуться его игрушкой или другим предметом. Рекомендуется устанавливать контакт постепенно, осторожно, ненавязчиво. Вместе с тем есть дети, которые стремятся к близкому телесному контакту, не чувствуют дистанции. Когда ребенок маленький, это не вызывает больших проблем, но когда он становится подростком, взрослым, такое поведение может быть неприятно другим людям. В этом случае следует тактично показать ему необходимость дистанции.

Дети должны знать, что открытый, улыбчивый человек больше располагает к себе, чем человек угрюмый. Зная это, дети учатся быть приятными собеседниками. На новых людей и новые ситуации дети могут реагировать настороженно, ребенок комфортно чувствует себя обычно только с теми, к кому он привык, — с родителями, педагогами. И если приходится на какое-то время с

ними расстаться и общаться с новыми людьми, ребенок тяжело переносит это. Нарушение привычных контактов может привести к срывам, агрессии или, наоборот, к замыканию в себе. Поэтому к таким ситуациям дети обязательно должны быть подготовлены заранее. Это позволит избежать стрессов, внесет в жизнь уравновешенность, гармонию. Необходимо учить детей не бояться новых людей, новых контактов. Поведение детей с умственной отсталостью часто определяют окружающие их люди (родители, педагоги). Взрослые должны стремиться к тому, чтобы по возможности быстрее пе-

139

рейти от руководства детьми к такому типу взаимоотношений, при котором ребенок, подросток будет сам принимать решение о необходимости какого-либо действия. Выработка умения действовать самостоятельно, брать на себя ответственность является одной из главных задач обучения детей с нарушением интеллекта.

Нужно поддерживать инициативу учеников, подхватывать ее, даже если она не очень удобна, даже если она оканчивается неудачей (захотел полить цветок — а он оказался на полу). Дети должны чувствовать, что их мнение учитывается, обсуждается, принимается. Это очень важно для развития чувства собственного достоинства, уверенности в себе. Дети и подростки должны принимать очень серьезное участие в обсуждении того, что и как они будут делать. Какие-то идеи, конечно же, могут отклоняться, но осторожно, чтобы не погасить их инициативу и не обидеть. Необходимо помнить, что у детей с умственной отсталостью ограничены возможности переноса действий из одной ситуации в другую, аналогичную. Часто случается, что в одном месте они ведут себя в соответствии с правилами, но, если место меняется, дети становятся беспомощными. Процесс обучения идет грамотно, если отрабатывается не каждая отдельная ситуация, а инварианты, то есть выделяются общие признаки для различных случаев. Особенно это важно в опасных для жизни ситуациях, которые трудно предугадать и предупредить.

4.5.5. Развитие умения концентрировать внимание и реагировать на обращения окружающих

Это умение развивается у человека на протяжении всей жизни. Если ребенок научился смотреть в лицо говорящему, реагировать на обращение к нему, можно приступить к занятиям, продолжая совершенствовать эти умения.

Если ребенок не может сконцентрировать внимание, то научить его этому — первоочередная задача. Это умение имеет решающее значение не только в сфере общения, но и во всех остальных сферах развития.

Как побудить умственно отсталого ребенка внимательно слушать, смотреть и реагировать на слова или действия педагога?

Советы, которые приводятся ниже, помогут в развитии навыков общения у умственно отсталых детей.

- Рассказывайте ребенку о том, что вы в данный момент делаете. Несколько простых фраз, прерываемых паузами, подействуют на него не меньше, чем целый поток слов.

- Разговаривая с ребенком, улыбайтесь и прикасайтесь к нему. Это усилит его воодушевление от вашего лица и голоса.

- Давайте ребенку время ответить вам. Не огорчайтесь, если он не смотрит на вас, не улыбается вам или не выполняет просьбу правильно. Вряд ли вы сможете ему сосредоточиться, если станете повторять одни и те же указания типа: «Посмотри... посмотри... посмотри!» Если через небольшое время после каждой из двух попыток привлечь его внимание

140

ребенок так и не прореагирует, попробуйте подойти несколько иначе — прикоснитесь к нему или измените тон голоса.

- Показывайте ребенку, как вы радуетесь, когда он смотрит на вас и реагирует на ваши слова. Он должен узнать, что общение с вами — дело благодарное.

- Отвечайте на любые звуки, произносимые ребенком, как бы случайны они ни были, даже если их нельзя считать звуками общения.

- Для одних и тех же событий или действий используйте одни и те же слова.

- Настройтесь на медленный, постепенный прогресс. Если вы поставите перед собой слишком большие задачи, вы легко разочаруетесь. Начните с той ступеньки, на которой в данный момент находится ребенок, и постарайтесь каждый день или каждую неделю понемногу продвигаться вперед.

II По возможности уберите все, что отвлекает внимание. Если с помощью предложенных выше приемов ребенок все-таки не может научиться внимательно слушать, смотреть и реагировать, попробуйте каждый день по несколько раз в течение небольших промежутков времени сидеть с ним в спокойной обстановке в отсутствие каких бы то ни было отвлекающих факторов.

4.5.6. Развитие умения воспринимать речь

Это умение необходимо для того, чтобы понимать других людей и общаться с ними. Мы пользуемся этим умением, когда выполняем просьбы, участвуем в разговоре. Оно помогает нам учиться, слушая то, что нам говорят.

Программа занятий по развитию навыков восприятия речи включает следующие разделы:

О умение слушать то, о чем говорят;

умение реагировать на жесты и выполнять простые указания;

умение выбирать из разных предметов или картинок то, что нужно;

умение выполнять указания, в которых есть слова, обозначающие действия;

умение выполнять указания, в которых есть слова, обозначающие признаки предмета;

умение выполнять указания, в которых есть слова, обозначающие местоположение предмета;

умение реагировать на разные грамматические формы.

О чем нужно помнить, занимаясь развитием навыков восприятия речи?

Эти занятия следует рассматривать как часть общей программы развития возможностей умственно отсталого ребенка в сфере общения. Для того чтобы эффективно пользоваться словами и жестами, он должен сначала научиться понимать значение каждого из них. Во время занятий, выбирая жесты, слова и фразы, педагог должен помнить, что именно из этого ребенок хочет использовать, что именно потребуется ему для общения сейчас или позже. Важнейшим условием развития всех навыков восприятия речи является умение внимательно слушать.

141

4.5.7. Развитие умения подражать

В занятиях по развитию общения подражание или копирование играет первостепенную роль. Подражая, ребенок учится произносить звуки, которые мы используем в нашей речи, а со временем — составлять слова и предложения.

Хотя наша цель — научить умственно отсталого имитировать звуки, многим из них легче подражать действиям или выражению лица. Прежде чем произнести звук или показать действие, педагогу надо убедиться, что ребенок смотрит на него и внимательно слушает. Далеко не все будут каждый раз подражать тому, что они видят. Поэтому если ребенок не прореагирует так, как хотелось бы, следует немного позже попробовать еще раз.

Как учить умственно отсталого ребенка подражанию?

Подражание — в сущности, особый вид поочередного совершения действий. Когда человек осваивает умение соблюдать очередность, то для него неважна точность воспроизведения действий (слов, мимики).

Некоторые умственно отсталые дети начинают подражать окружающим сами, но многие, для того чтобы начать копировать то, что они видят и слышат, нуждаются в особом толчке. Приведем несколько советов, как учить таких детей подражанию.

О Начните с тех звуков и действий, которые ребенок уже умеет производить.

О Копируйте ребенка. Когда он произнесет какой-нибудь звук, состроит гримасу или намеренно сделает что-нибудь, скопируйте то, что он сделал. Это поможет ему наглядно представить себе модель подражания.

Сопровождайте звуки действиями. Многие дети охотнее присоединяются к имитационным играм, если звуки в них сопровождаются действиями.

Звук или действие, над которым вы собираетесь работать, следует представлять ребенку в течение минимум двух недель и только после этого переходить к чему-то другому. Чтобы ухватить новую идею, ребенку может потребоваться некоторое время. Поэтому многочисленные перескоки и изменения в занятиях могут затруднить ему усвоение.

Слова, разумеется, с самого начала играют большую роль во взаимодействии с ребенком. Представление ему звуков никогда не заменит настоящего разговора. Даже если вы знаете, что ребенок не будет копировать вас, все же постарайтесь, чтобы он вас слушал, реагировал на ваш голос и учился понимать значения слов, жизненно важных для него.

Выбирая слова для подражания, желательно мысленно задать себе следующие вопросы.

Нужно ли это слово ребенку? Вписывается ли оно в круг его интересов? Захочет ли он говорить о том предмете, который обозначается этим словом? Понимает ли ребенок, что означает это слово?

Сформулируем одно общее правило, которому нужно следовать, выбирая слова: они должны относиться к предметам, которые можно потрогать, по-

142

дробно обследовать, а представлять их необходимо в ходе педагогического процесса в классе, на прогулках или дома.

4.5.8. Развитие умения соблюдать очередность в разговоре

Соблюдение очередности — главное условие нормального разговора. В разговоре с собеседником МЫ по очереди с ним то говорим, то слушаем. Заметьте, что «говорить» и «разговаривать» — совсем не одно и то же. Многие из нас наверняка встречали людей, которые, несмотря на умение говорить, были неважными собеседниками. Бывает также, что люди не умеют слушать. У них может быть прекрасная артикуляция, но настоящего разговора они предложить не смогут. Другие внимательно слушают, но сами в разговор вступают с трудом, чаще всего по причине робости. Правильно построенный, доставляющий удовольствие разговор получается тогда, когда два или более участников говорят по очереди, отвечая на слова собеседника.

Даже если ребенок не сможет научиться говорить, способность по очереди с другим человеком жестиковать, произносить звуки или выполнять общее задание уже явится основой развития его способности взаимодействовать с другими членами общества.

Как учить умению соблюдать очередность?

Выделять специальное время для занятий не нужно. Умение соблюдать очередность можно отрабатывать практически в любое время. Импровизированные занятия такого рода могут стать естественной частью ваших взаимоотношений с ребенком.

Делать что-то по очереди — один из способов игры и способ поддержания беседы. Когда ребенок научится отвечать вам более адекватно и разнообразно, можно уже будет рассчитывать на большее, но сначала следует согласиться с тем, что «ведущую партию» в разговоре придется исполнять вам. Это поможет ребенку сосредоточиться на вашем лице и голосе, и постепенно у него сложится правильное представление о том, что такое соблюдение очередности. Вы же, в свою очередь, приобретете полезную привычку вести разговор определенным образом, так что скоро вам уже не придется дважды подумать, прежде чем побудить ребенка к участию в беседе.

Разговаривая с ребенком, не только делайте паузы, но время от времени вообще прерывайте беседу, давая ему возможность произнести звуки в подражание вам.

Ваш ребенок может учиться не только по очереди с вами произносить слова, но и по очереди совершать различные действия. Эти умения помогут ему усвоить модель поведения во время разговора. Слова и действия могут быть предметом любого занятия, поэтому два этих умения не следует рассматривать отдельно друг от друга.

143

4.5-9. Развитие умения пользоваться навыками общения в повседневной жизни

Ценность навыков общения и удовлетворение, которое мы получаем от овладения ими, определяется тем, как нам удается их использовать.

Умственно отсталый ребенок, даже с очень ограниченным диапазоном слов и жестов, может использовать свои несложные умения для выражения целого ряда социальных, эмоциональных и физических потребностей. Каждому из тех, кто умеет слушать окружающих и вносить свою лепту во взаимодействие, можно помочь более эффективно использовать уже приобретенные навыки общения.

Ниже дается ряд советов, как научить умеренно и тяжело умственно отсталого ребенка применению некоторых навыков общения.

Умение требовать. В первую очередь умственно отсталые, как правило, демонстрируют знак, который педагогами и родителями воспринимается как требование или отказ от чего-то. Задайте себе вопрос: «Выражая свое требование, осознает ли ребенок, что мы здесь и что можем прореагировать?»

Спросите себя: «Действительно ли ребенок нуждается в том, чтобы требовать вещь, которую он хочет получить? Может быть, эта вещь уже находится в пределах его досягаемости?»

Умение просить о помощи. Мы будем говорить о просьбах ребенка сделать что-нибудь для него. Сначала, делая для него то, что он любит, попробуйте прерывать это занятие. Спросите: «Хочешь еще?» — и подождите, пока он не подаст вам знак (звуком или движением), что «да»,

хочет. Сначала этот знак может носить достаточно случайный характер, но через некоторое время он поймет, что между тем, что сделает он, и тем, что будете делать вы, есть определенная связь.

Умение отказываться. Если умственно отсталые дети чего-то не любят или не хотят, почти все они с самого начала очень ясно это демонстрируют. Для того чтобы выразить свой отказ в истинно коммуникативной форме, они должны осознавать, что окружающие их люди играют определенную роль в удалении от них ненужных предметов.

Умение здороваться и прощаться. Каждый день используйте одни и те же слова, для того чтобы поздороваться или попрощаться. Возьмите руку ребенка и помогите ему помахать ею, затем дайте ему возможность самому помахать. Для ответа предоставьте ему побольше времени.

Умение делиться информацией. Старайтесь использовать любую возможность, чтобы показать умственно отсталому какие-нибудь вещи и назвать их. Наблюдайте за его взглядом, чтобы понять, что его интересует, и тогда вы сможете вместе с ним рассматривать и обсуждать эти вещи. Побуждайте ребенка следить за направлением вашей руки, когда вы указываете на что-то. Начните с предметов, находящихся недалеко, но за пределами его досягаемости. Как только он потянется к какому-то предмету, назовите этот предмет. Если ребенок уверенно показывает на какую-то вещь, дайте ему возможность самому назвать ее, пусть даже просто каким-нибудь звуком. Вопросы «Что это?» и «Что случилось?» не только позволяют ребенку что-то сказать вам в ответ, но и под-

144

скажут ему, как можно обратиться с вопросом к окружающим, а это важная сторона межличностных контактов.

Умение давать. Когда ребенок что-то кому-то дает, это действие можно расценить как ярко выраженный акт общения.

Сначала следует учить его давать предметы в ответ на соответствующую просьбу. Для того чтобы помочь ему делать это без просьбы, привлекайте его к деятельности, в которой, кроме вас, участвовали бы другие дети из класса, а предметы передавались бы от одного участника к другому.

Умение завязывать и поддерживать разговор. Полноценное общение предполагает баланс между умением вести разговор и умением отвечать на слова собеседников. Дети, хорошо овладевшие умением соблюдать очередность, нередко приходят к этому балансу самостоятельно, без специальных занятий. Однако бывает, что естественным образом такой баланс не достигается. Есть умственно отсталые дети, которые любят поговорить о том, что их интересует, но то, что говорят другие, не слушают. А есть те, которые вступают в разговор только тогда, когда с ними кто-нибудь заговорит, но сами редко завязывают беседу. Ни та, ни другая крайность не способствует истинному, полноценному общению, и поэтому налаживание баланса, о котором мы говорим, должно стать важным направлением занятий.

Возможно, перечисление всего, чему нужно учить умеренно и тяжело умственно отсталого ребенка, покажется невероятно сложным. Однако многие из этих умений можно осваивать одновременно. Нужно только ясно понять, к чему именно следует стремиться.

Более того, занятия по развитию речи, по большей части, могут и должны быть частью обычной повседневной деятельности. Независимо от возраста ребенка старайтесь всем своим поведением передать ему вашу уверенность в том, что он сможет вам ответить. Дайте ему время. Пока не увидите, что он явно переключился на что-то другое, ждите его ответа.

Кроме того, старайтесь предоставить ему время и возможность самому начать общение. Если говорите только вы, если вы всегда берете инициативу на себя, у ребенка просто не будет возможности понять, какой может быть его роль в процессе взаимодействия с другим человеком.

Разговаривать с ребенком действительно очень важно, однако при этом стремитесь вести себя как участник двустороннего общения, даже в том случае, если ребенок может ответить вам только своим взглядом и вниманием. Чтобы ощутить его реакцию, делайте в разговоре паузы. Ждите. Дайте ему время. Выражайте уверенность в том, что он вам ответит — и он ответит!

Родителям, от природы немногословным, бывает трудно разговаривать с сыном (дочерью), который практически не реагирует на их слова (и многие родители испытывают такие ощущения). В этом случае для начала можно просто описывать вслух то, что вы делаете. Но не ограничивайтесь одними названиями. Обсуждайте с ребенком движения, действия, текстуру материалов, цвета и звуки. Старайтесь не говорить: «Молодец!» или «Хорошо говоришь!» Во время обычного разговора так никто не говорит. Лучше в ответ на слова (или жесты) ребенка покажите ему, что вы его поняли и приняли к сведению то, что он сказал или сделал.

145

4.6. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ НЕВЕРБАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Люди, не владеющие вербальной речью, находятся в чрезвычайно зависимом положении. Чаще всего инициатива коммуникации принадлежит не им. Окружающие обращаются к ним тогда, когда имеют для этого причину, желание или время. Обычно контакты ограничиваются лишь удовлетворением жизненно важных потребностей (сводить в туалет, переодеть, накормить, напоить, поменять положение, вывести на прогулку). В связи с тем, что «неговорящего» человека понять очень трудно, он чаще всего лишен возможности предъявлять свои требования. Опасно, если человек к этому привыкнет. Ребенок, подросток, а затем и взрослый может или превратиться в покорного, послушного человека, не способного реализовать ни одно из своих желаний, не верящего в себя, в свою ценность и значимость, или стать агрессивным — оттого, что его не понимают, что он лишен права принятия решений, права выбора.

Если речь и связанное с ней вербальное общение умственно отсталого ребенка не развиты или развиты крайне пассивно, следует использовать невербальное общение.

Роль невербальных средств общения с людьми, у которых имеются нарушения интеллекта, очень значима, так как неумение правильно выразить свои чувства, скованность, неловкость или неадекватность мимико-жестовой речи затрудняют общение с другими людьми. Непонимание другого часто становится причиной страха, отчужденности, враждебности. Способность выражать свои мысли и чувства посредством мимики может заменить обычную речь. Использование и постоянное развитие мимических средств позволяет лучше понимать своего собеседника и привносит определенную живость в общение друг с другом.

Особое внимание нужно уделять таким элементам невербального общения, как *взгляд* и *жест*. Хмурый, настороженный взгляд вызывает недоверие, отталкивает и пугает. Пристальный, бесцеремонный — тревожит. Иронический, надменный — оскорбляет. Открытый, приветливый — располагает к человеку, настраивает на живое, доверительное общение.

Жест, так же как и взгляд, может обидеть, унижить, возмутить и, наоборот, выразить расположение, участие. Жесты бывают условными, указывающими, подчеркивающими, ритмичными, показывающими и эмоциональными. Жестикуляция может отличаться живостью, вялостью, бедностью, богатством, маловыразительностью, естественностью, спокойствием, порывистостью, робостью, энергичностью.

Важным элементом общения является *интонация*. Она подчас значительнее слова. Интонация бывает посланницей радости и огорчения. Она притягивает и отталкивает, ободряет и огорчает, обижает и оскорбляет. И она же может вселить надежду, осчастливить, поддержать, ободрить.

146

Мимика без слов говорит об определенных чувствах и настроениях ребенка. Так, улыбка сообщает о том, что он радуется, сдвинутые брови и вертикальные складки на лбу — сердится. Общее выражение лица может быть осмысленное, грустное, угрюмое, безразличное, самодовольное. Мимика бывает живой, вялой, бедной, маловыразительной, напряженной, спокойной.

Мимика, жесты, пантомимика являются важными помощниками в общении у лиц с умеренными и тяжелыми нарушениями интеллекта. Поэтому необходимо мягко и настойчиво воспитывать культуру владения элементами невербального общения. Они должны эмоционально дополнять речь умственно отсталого ребенка.

Пантомимика — это осанка и поза, которые указывают на эмоциональное состояние человека. Отрицательные эмоции съеживают фигуру, положительные, наоборот, развертывают. Осанка формируется из положения головы и туловища. Голова может быть поставлена прямо, быть склоненной набок, втянутой в плечи, откинутой назад.

Дети с бедной пантомимикой не в состоянии выразить свое эмоциональное состояние, они, возможно, и сами полностью не улавливают, что им сообщается бессловесным образом. Это затрудняет процесс общения.

Понимание средств невербального общения и овладение ими помогают детям с нарушениями интеллекта стать интересными в общении, познавать людей, завоевывать друзей.

4.6.1. Система жестов как средство невербального общения

Человеческое общение осуществляется либо через произнесенное слово, либо при помощи жестов и мимики, либо с использованием картинок и символов. Язык, жесты и символы сменяют друг друга или используются одновременно. Если одно из средств общения «выходит из строя» по

какой-либо причине, то оставшиеся получают дополнительную нагрузку как носители процесса взаимопонимания.

Ученые установили, что в процессе общения непосредственно слова занимают лишь 7%, 38% — это звуки и интонации, и 55% составляют невербальные коммуникации. Большинство исследователей полагают, что с помощью слов передается в основном информация, а с помощью жестов — различное отношение к этой информации, а иногда жесты могут заменять слова.

Любой человек должен научиться в доступной ему форме выражать свои потребности. Самым элементарным и доступным даже для обездвиженного человека является показ согласия или отрицания с помощью движений глаз или каких-то других минимальных посылных для него движений.

Естественная жестикуляция помогает всем нам в трудной ситуации. Чтобы обратить на себя внимание, мы машем рукой человеку, находящемуся в дальнем углу комнаты, показываем на предметы, о которых мы говорим. Мы хму-

147

римся, когда рассержены, и улыбаемся, когда довольны. Все это — естественные способы общения, придающие словам дополнительный смысл. Выражения типа «погляди на это», «вот оно», «это не так», «поверни это» часто естественным образом сопровождаются простыми жестами или мимикой. Лица с нарушением интеллекта понимают эти жесты быстрее и легче, чем слова, сопутствующие им. Мы можем использовать эту особенность восприятия, чтобы помочь им в развитии речи.

Оптимальным результатом использования жестов в системе обучения речи становится выработка осознанного указательного жеста, то есть способности с помощью жеста (не обязательно руки) выразить свою потребность и ответить на вопрос.

Система жестов используется не только для глухих, но и других «неговорящих» или «плохоговорящих» людей. Так, в Оксфорде разработан язык жестов для детей с синдромом Дауна, который называется «Смотри и говори». Эта система может быть применена и для взрослых «неговорящих» умственно отсталых людей.

Основу этой системы составляют знаки — жесты рук — для некоторых ключевых слов.

Когда мы обращаемся к собеседнику с каким-нибудь словом, мы всегда сопровождаем это слово определенным жестом, чтобы он не только слышал сказанное, но и «видел». Это очень важно, потому что огорчение, которое испытывает «неговорящий» человек, может надолго испортить ему жизнь. Используя язык жестов, он уже не будет вынужден кричать, визжать, показывать пальцем, для того чтобы близкие поняли, что он хочет «пить», или «есть», или «спать». Он может обратить ваше внимание на «машину», проезжающую за окном, на лаю-

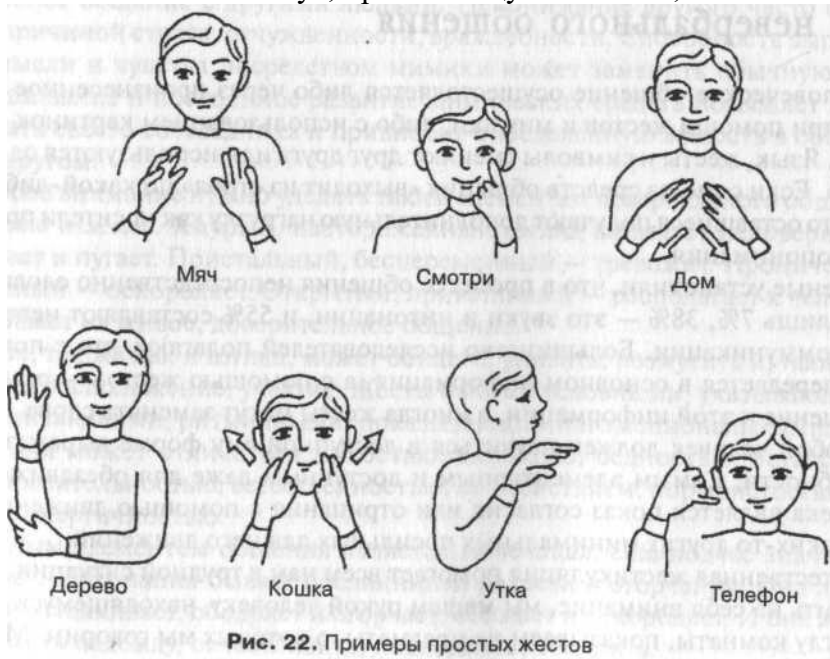


Рис. 22. Примеры простых жестов



щую «собаку». Фактически вы сможете беседовать с ним. При этом вы будете использовать речь, а ребенок — знаки и звуки.

Примеры некоторых простых жестов изображены на рис. 22 и 23.

Лишь очень немногие люди, как бы им ни помогали, так никогда и не смогут научиться говорить. Для них язык жестов — единственный способ разговаривать. В начале обучения языку жестов понадобятся только жесты, обозначающие понятия, важные для ребенка. Он должен понимать простые предметы и действия, знать, когда говорят о ком-то. Постепенно ребенок освоит жесты, которые обозначают интересующие его понятия. Позже при помощи жестов он сможет строить небольшие предложения, например: «Пойдем туда» или «Это мое» и др. (рис. 23).

Обычно языком жестов владеет мать, потому что она и ребенок теснее других членов семьи связаны друг с другом. Некоторые мамы испытывают неудобство, употребляя язык жестов. Иногда родители вообще не могут освоиться с языком жестов. Очень важно чувствовать себя с ребенком хорошо и спокойно, и если язык жестов вызывает неестественное напряжение, лучше отказаться от него. Многие родители испытывают неловкость лишь до тех пор, пока их ребенок не начнет отвечать им. Тогда положение меняется к лучшему, и общение начинает доставлять всем удовольствие.

4.6.2. Система символов (пиктограмм) как средство невербального общения

Для большинства лиц с умеренными и тяжелыми нарушениями интеллекта, а также комплексными умственными и физическими недостатками в качестве средства общения может быть использована пиктография.

Пиктография — рисуночное письмо, древнейший вид письменности. Его принципиальная особенность состоит в том, что знак никак не связан со звучанием слова — он выражает его смысл.

Принципы пиктограммы применяются широко в международных знаках и символах, обозначающих виды спорта, а также в системе дорожных знаков. В первом случае доминирует принцип конкретности, передачи смысла посредством позы или движения человеческой фигуры. Во втором — принцип «идеограммы» — пространственной, цветовой и геометрической символики. Стрелка обозначает направление, перечеркнутые изображения — запрет. Иными словами, пиктография использует устойчивые, сохраняющиеся в течение тысячелетий принципы символизации, которые не могут не говорить о важнейших принципах функционирования мышления человека.

Как прием психологического исследования пиктограмма впервые была



пиктограммы Р. Леба

149



Рис. 24. Система

150

151

предложена в нашей стране в 1935 г. Л. С. Выготским. Ему принадлежит идея исследования опосредованного запоминания с помощью выбора зрительного образа. Согласно этой идее, высшие психические функции человека носят опосредованный характер, они развиваются исторически с помощью средств — орудий труда, знаков — символов. Высшим и универсальным орудием, модифицирующим психические функции, является слово. Символы должны быть очень конкретными и простыми для понимания, приспособленными к элементарным желаниям и потребностям.

Немецким специалистом Р. Лебом (1985-1994) была разработана такая система, как вступление в коммуникацию с не умеющими говорить умственно отсталыми людьми. Работать по ней можно не только педагогам, но и родителям в домашних условиях.

Рассмотрим эту систему подробнее.

Структура системы пиктограмм. Система охватывает 60 символов (пиктограмм) с напечатанными над рисунками значениями слов (рис. 24).

Человек, который не может свободно общаться с другими людьми, особенно изолирован и зависим. Для преодоления этой ситуации мы должны постоянно пробуждать в нем потребность желать, чтобы потом научить его уметь выразить эти желания самому. Поэтому двумя самыми важными словами являются «Я ХОЧУ». И уже на втором плане стоит предъявление требований к ребенку по принципу «ТЫ ДОЛЖЕН».

В системе выделяются следующие разделы.

1. Общие знаки взаимопонимания.
2. Слова, обозначающие качество.
3. Сообщение о состоянии здоровья.
4. Посуда, продукты питания.
5. Предметы домашнего обихода.
6. Личная гигиена.
7. Игры и занятия.
8. Религия.
9. Чувства.
10. Работа и отдых.

Возможности применения системы пиктограмм. Система применяется в соответствии с возможностью человека понимать. Он может найти соответствующий символ и передать его, а может только указать символ. Для тяжелых инвалидов, которые не могут целенаправленно брать предметы, будет достаточно, если они при возможности выбора из двух-трех символов посмотрят конкретно на тот, который выражает их желание. Даже использование указания головой, когда простым движением головы указывается на символ, оправдывает себя.

Индивидуальные возможности выражения разнообразны. Важным при этом является то, что инвалид может опираться на имеющиеся понятия, а уже собеседник должен сам комбинировать слова в их правильных грамматических и временных формах.

Так, например, символ «пить» может обозначать:

152

- «я хочу что-нибудь выпить»;
- «я хотел бы выпить свой любимый напиток»;
- О «я только что выпил что-то вкусное и хотел бы еще».

Конечно, может оказаться, что умственно отсталые дети захотят выразить что-то такое, для чего нет специального символа. В этом случае они развивают удивительную фантазию и терпение, чтобы объяснить своему собеседнику данное понятие.

С какого возраста нужно начинать применять эту систему? Как можно раньше, ибо выяснилось, что воспитанники начинают спонтанно произносить звуки и даже проговаривают отдельные слова, если они работают с символами. Р. Леб не разделяет опасений, что при использовании символов затрудняется обучение разговорной речи. Как показывает его опыт, скорее наоборот: только применение символов позволяет детям начать говорить.

Введение символов. Ежедневно повторяющиеся ситуации (еда, питье, туалет, мытье рук, игры, отдых и т. д.), расшифровка этих ситуаций и развитие таких понятий, как «теплый — холодный», «большой — маленький», «много — мало», «фрукты — овощи», «колбаса — хлеб», совершенно естественно дают повод для введения символа.

Чем труднее умственно отсталому человеку освоить какое-либо понятие, например «веселый — грустный», тем больше конкретных ситуаций и примеров, предметов, фотографий, картинок и рисунков должно быть использовано для приобретения и усвоения этого понятия. Как правило, достаточно ввести один символ с помощью одного или двух примеров (фрукты: яблоко). Затем данное понятие можно расширить на многих других примерах (фрукты: яблоко, груша, банан, апельсин и т. п.).

Так как в системе символов зачастую могут быть выбраны только основные

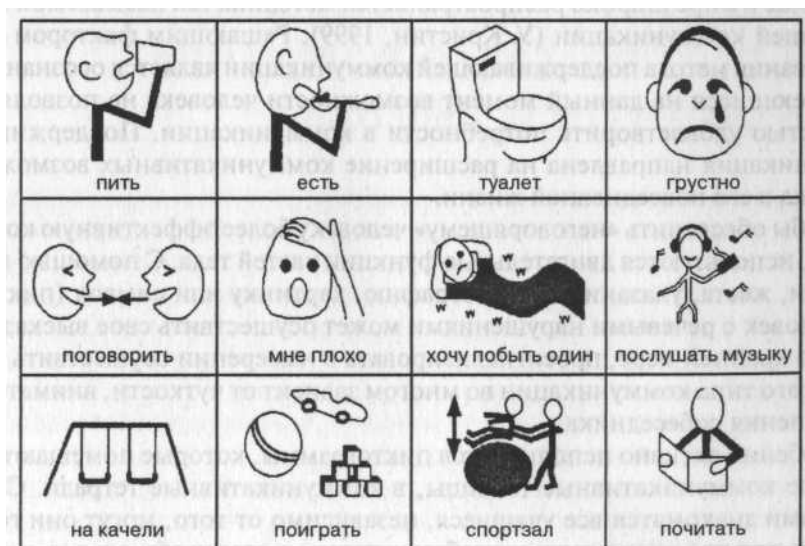


Рис. 25. Примеры пиктограмм

153

понятия, важно переспрашивать: «Ты хочешь яблоко?» Это как раз и будет тот подходящий момент, когда вводятся символы «да» и «нет». Эти символы имеют только два значения: «да — хорошо» и «нет — плохо». На практике же значения «да» и «нет» сопровождаются отрицательным или утвердительным кивком головы, тогда как значения «хорошо» и «плохо» — при помощи изображения жеста большим пальцем руки.

Недостаточно только показать символ, обязательно следует произносить в этот момент слово, сопровождать его жестами и мимикой.

Если у умственно отсталого ребенка возникают проблемы с символом «я» (например, у больных аутизмом), можно на символ наклеить его маленькую фотографию.

Работа по усвоению и использованию пиктограмм должна проводиться в тесном сотрудничестве с родителями, чтобы за пределами школы ребенок, подросток тоже мог общаться с окружающими его людьми.

Внешними формами коммуникативной помощи в системе символов являются следующие.

1. Неэлектронная коммуникативная помощь, выраженная через реальные объекты, миниатюры, картинки, фотографии, таблицы символов, коммуникативные ящики, таблицы с картинками, письменную речь. Преимуществом неэлектронной помощи является легкость в изготовлении, применении и транспортировке. Недостатком служит зависимость от личности человека, разбирающегося в коммуникативном методе, и высокие требования к его способностям концентрации и восприимчивости.

2. Электронная коммуникативная помощь — это аппараты вместе или без речевого выходного устройства (электронные таблицы с картинками, говорящие приборы, компьютеры). Преимущество ее состоит в относительной независимости от партнера.

Сейчас в мире широко распространяется методика так называемой поддерживающей коммуникации (У. Кристин, 1999). Решающим фактором для использования метода поддерживающей коммуникации является осознание того, что имеющиеся на данный момент возможности человека не позволяют ему полностью удовлетворить потребности в коммуникации. Поддерживающая коммуникация направлена на расширение коммуникативных возможностей человека в его повседневной жизни.

Чтобы обеспечить «неговорящему» человеку более эффективную коммуникацию, используются двигательные функции частей тела. С помощью взгляда, мимики, жеста, указания на фотографию, картинку или символ (пиктограмму) человек с речевыми нарушениями может осуществить свое высказывание или, по крайней мере, просигнализировать о намерении осуществить его. Успех такого типа коммуникации во многом зависит от чуткости, внимательности, терпения собеседника.

Особенно активно используются пиктограммы, которые помещаются в отдельные коммуникативные таблицы, в коммуникативные тетради. С пиктограммами знакомятся все учащиеся, независимо от того, могут они говорить или нет, так как очень важно, чтобы не только педагог общался с «неговорящим» ребенком, но и другие ученики. Если с помощью коммуникативной таб-

лицы или коммуникативной тетради ребенок сможет общаться со своими товарищами, это будет самым большим достижением.

С помощью пиктограмм дети могут сообщить о своих потребностях («хочу пить», «хочу в туалет», «хочу побыть один», «хочу послушать музыку»). Используя пиктограммы, учащиеся рассказывают о каком-либо событии, о том, например, как они провели выходные дни, каникулы (рис. 25).

Коммуникативные карточки, таблицы или тетради составляются индивидуально для каждого ученика, нуждающегося в них. Количество используемых символов может увеличиваться по мере усвоения их значений, причем этот круг расширяется в направлении от символов, обозначающих жизненно необходимые понятия (туалет, пить, больно, плохо, холодно), к символам самых разнообразных вещей, входящих в круг интересов ребенка или подростка.

ПОЛОРОЛЕВОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Глава 5

Известно, что у детей и подростков с умственной отсталостью отмечаются различные нарушения в развитии личности, обуславливающие значительные сложности при форсировании социальных связей и отношений.

На нарушение социальной адаптации умственно отсталых подростков могут влиять отклонения в формировании половой идентичности и освоении половых ролей (Д. Н. Исаев, В. Е. Каган, 1986, 1988; В. И. Гарбузов, 1986; Э. Г. Эйдемиллер, 1999 и др.). В связи с этим большой интерес представляет изучение механизмов полоролевого развития у умственно отсталых детей и подростков, особенно с глубоким нарушением интеллекта. На актуальность этой проблемы указывает необходимость адекватного решения вопросов полового воспитания умственно отсталых детей и подростков, проживающих как в интернатных, так и в домашних условиях.

5.1. РАЗВИТИЕ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОНТОГЕНЕЗЕ РЕБЕНКА

С биологической точки зрения, пол является понятием, определяющим роль субъекта в процессе репродукции, и сводится к совокупности морфологических и физиологических особенностей организма, обеспечивающих половое размножение. В то же время понятием «пол», «половая принадлежность» обозначают личный социальный статус индивида как мужчины или женщины.

Основными компонентами, определяющими пол, считаются следующие: генетический, гонадный, гормональный, соматический, гражданский (паспортный), психический (половая идентификация, полоролевое поведение и направленность полового влечения).

Четыре первых компонента определяют понятие биологического пола, два последующих — социального (Г. С. Васильченко, 1998).

В. Е. Каган (1991) разработал системную модель психосексуальной дифференциации, включающую детский, подростковый и взрослый уровни. Эта мо-

дель отражает соотношение воздействий различных факторов: гормональных, нейрофизиологических, средовых. Предложенная модель показывает, что половые различия формируются на каждом возрастном уровне и представляют собой систему, структурные элементы которой обладают внутренней организацией.

В. Е. Каган (1991) подчеркивает, что ребенок вступает в жизнь с некоторой данностью, включающей (пусть в рудиментарном виде) и маскулинность и феминность, а индуцируемые культурой родительские установки «очеловечивают» эту данность и разворачивают ее.

И. С. Кон (1988) отмечает, что осознание своей половой принадлежности формируется у ребенка к полутора годам, составляя наиболее устойчивый стержневой элемент его самосознания. Это интимное представление есть результат знакомства с телом определенного пола и ранних эффектов социализации.

Начало формирования половой идентичности датируется временем появления категории «Я» в сознании и речи ребенка. Начиная с этого времени в формировании полового сознания и половой идентичности можно выделить два взаимосвязанных процесса, когнитивный и эмоциональный, причем взаимодействие их протекает у мальчиков и девочек неодинаково. В. Е. Каган (1990)

определяет период до 2,5—3 лет как этап номинативного пола и считает, что факт номинации пола опережает формирование «Я», то есть самосознания.

По его данным, на четвертом году жизни девочки в 2,5 раза чаще, чем мальчики, допускают возможность изменения своего пола и в два раза чаще этого хотят. Причем это когнитивное предпочтение маскулинности сочетается у девочек с эмоциональным предпочтением феминности. Но позже фантазии о возможности сменить пол практически не встречаются. Кроме того, девочки в эмоциональном восприятии пола уже на 4-м году отдают предпочтение понятию «девочка» в сравнении с понятием «мальчик» (различия достоверны и сохраняются в данном соотношении и в последующие годы).

На пятом году 86% детей осознают неизменность своей половой принадлежности. Представление о поле предшествует идентификации с родителями. В последующем важно влияние родителей и других взрослых, но особенно детей; оно может стать определяющим в присвоении телесных параметров «Я» (D. Abrams, et al., 1985).

В период отрочества и юности проблема первичной (родовой) идентичности вновь становится актуальной, приобретая нормативный характер, которого она не имела в детстве. Наступление половой зрелости делает тело подростка сексуальным и требует построения нового телесного образа «Я».

У девочек формирование образа тела подвержено социальному давлению в такой степени, что это представление распространяется на всю «Я-концепцию».

Согласно П. Блос (P. Blos, 1979), длительный процесс становления взрослого самосознания завершается формированием «психологического пола». Он отличен от той «родовой принадлежности», которая была сформирована ранее, когда ребенок столкнулся с необходимостью принятия телесного образа «Я» определенного пола.

Это более общий процесс, так как он включает в себя интеграцию неадекватных (мужских или женских) составляющих «родовой принадлежности» в

157

рамках новой психической структуры — «Я-концепции», что ведет к постепенному отказу от инфантильных привязанностей и к становлению характерных для взрослого человека стабильных межличностных отношений.

Как подчеркивают многие авторы (А. М. Прихожан, 1981; Д. Н. Исаев, В. Е. Каган, 1988; В. Е. Каган, 1991), в настоящее время дети получают менее четкое и более гибкое представление о мужественности и женственности. Тем не менее остается значительное число факторов, влияющих на то, как будет складываться сексуальная роль мальчика или девочки.

Широко известны наблюдения, что дети, лишённые эмоционального контакта с матерью в первые месяцы жизни, рискуют вырасти недостаточно способными к контакту, с более или менее тяжелыми нарушениями психики (M. Rutter, 1980; J. Langmeier, Z. Matejcek, 1984; Л. М. Шипицына и др., 1998). У выросших в условиях материнской депривации приматов, по данным Г. Хар-лоу (H. Harlow, 1977), выявлялись тяжелые нарушения, они были неспособны к полноценному копулятивному и родительскому поведению.

У девочек эмоциональная изоляция от матери, недостаточная материнская любовь, отсутствие ласки в детстве приводят в последующем к несвойственным женщинам агрессии и черствости, отсутствию материнского инстинкта (Г. С. Васильченко, 1998).

Вместе с тем Д. Н. Исаев и В. Е. Каган (1988) подчеркивают, что половое воспитание в семье — не просто сумма влияния взрослых на ребенка. Это сложная система взаимных влияний, и в ней существуют свои внутренние проблемы и противоречия. Однако значение их не всегда негативно. С одной стороны, потому, что они могут уравновешивать и компенсировать друг друга, с другой — потому, что побуждают ребенка к собственной активности и поисковому поведению.

Резюмируя результаты исследований разных авторов (Д. Н. Исаев, В. Е. Каган, 1986; И. С. Кон, 1989, 1990), следует отметить, что психосексуальное развитие человека начинается с момента его зарождения и продолжается до смерти. Оно включает 7 периодов.

1. Пренатальный период (от зачатия до рождения) — происходит формирование пола на генетическом, гонадном, морфологическом уровнях и структур мозга, ответственных за половое поведение.

2. Парапубертатный период (от рождения до шести лет) — формируется половое самосознание и стереотипы полоролевого поведения (первая полоро-левая «примерка»). С 1,5 месяцев до 1 года — стадия младенчества, происходит адаптация на психоэмоциональном уровне. К двум годам ребенок знает свой пол, но еще не умеет объяснить, почему он так считает. С двух до

трех лет — период становления личности и закладка характера. К трем годам дети часто спрашивают о различиях между полами, откуда берутся дети и т. д. Четвертый год — время осознания своих возможностей, осознание себя как индивидуальности, происходит дальнейшее развитие полового самосознания —ребенок различает людей по полу, но опирается при этом на внешние признаки (одежду, длину волос и пр.), не различая особенности поведения мужского и женского пола. К 5—6 годам ребенок твердо идентифицирует себя с тем или иным полом, осознает необратимость половой роли.

158

3. Препубертатный период (7-11 лет) — продолжается формирование стереотипа полоролевого поведения (вторая полоролевая «примерка»). Мальчики и девочки образуют гомогенные по полу группы, отношения между которыми описываются как «половая сегрегация». Основой этих проявлений являются психологические закономерности психосексуальной дифференциации.

4. Пубертатный период (12—16 лет) — происходит половое созревание и формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо. Сравнение своего тела с телом сверстников — обычное и закономерное явление. Переживание подростком своего «физического Я» и тревожно-противоречивое отношение в этом возрасте к телу содержит в себе сильный психозащитный, психопрофилактический элемент. Ценнейшее психологическое приобретение — открытие внутреннего мира. Обретая способность погружаться в себя и наслаждаться своими переживаниями, подросток открывает мир новых чувств, красоту природы, ощущение собственного тела. Бессознательное желание избавиться от прежних детских идентификаций активизирует его рефлексию, а также чувства своей особенности, непохожести на других. Юноши и девушки придают большое значение тому, насколько их тело и внешность соответствует стереотипу, образцу «маскулинности» и «фемининности». Мощный выброс половых гормонов приводит к появлению периода подростково-юношеской гиперсексуальности. Сексуальная активность носит отчетливо экспериментальный характер, идет процесс постижения собственных телесных функций, проигрывание вариантов взаимодействия со сверстниками своего и противоположного пола.

5. Переходный период становления сексуальности (17—26 лет) — характеризуется проявлением потребности и способности к интимной психологической близости с другим человеком, включая сексуальную близость.

6. Период зрелой сексуальности (27-55 лет) — регулярная половая жизнь. Продуктивность выступает как забота старшего поколения о тех, кто придет к ним на смену.

7. Инволюционный период (55-70 лет и старше) — снижение половой активности, регресс либидо. Характеризуется появлением чувства удовлетворенности, полноты жизни, исполненного долга.

Таким образом, в детском и подростковом возрасте формируются половое самосознание, полоролевое поведение и психосексуальная ориентация.

5.2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

С одной стороны, отклонения психосексуального развития встречаются при различных нервно-психических расстройствах. С другой стороны, по мнению В. И. Гарбузова (1986), отклонения в формировании половой идентичности и

159

освоении половых ролей могут нарушить социальную адаптацию. Поражения ЦНС создают препятствия для нормального психосексуального развития.

Изучение психосексуального развития умственно отсталых детей по данным осведомленности в вопросах пола проводилось Д. Н. Исаевым и В. С. Каганом (1980, 1986). Было отмечено, что умственно отсталые дети заслуживают особенного внимания в связи с тем, что их половое развитие отличается от такового здоровых детей (равно как и формирование у них полоролевого поведения, сексуальной активности и ориентации, осведомленности в вопросах пола).

К общим клиническим признакам у детей с умственной отсталостью, имеющимся при любой ее форме и деформирующим систему отношений у таких детей со сверстниками и взрослыми, относится недоразвитие высших форм познавательной деятельности и личности ребенка в целом. Признаки недоразвития имеют глобальный характер, они касаются всех сторон психической деятельности: ощущений, восприятия, памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы, мышления, речи, моторики (Д. Н. Исаев, 1982; Л. С. Выготский, 1996; В. В. Ковалев, 1995 и др.).

В условиях нарушения психики усиливается роль влечений как недифференцированных и недостаточно осознаваемых потребностей при формировании поведения ребенка (Д. Н. Исаев, 1996). Влечения при этом могут быть не только усилены, но и извращены. Усиление роли влечений в структуре поведения ребенка не является редкостью. Г. К. Поппе (1986) изучал половые различия при умственной отсталости по данным поступления в психиатрическую больницу. Он отмечал, что сексуальные девиации чаще встречаются у девочек. Поведение, связанное с рано развившимся или извращенным сексуальным влечением, наблюдалось у 40% обследованных. Почти все девочки с ранним пробуждением сексуальности были совращены старшими. 33% из них в 8-10-летнем возрасте были развращены старшими мальчиками в интернате. Еще 33% детей в домашних условиях стали объектом инцестуозных отношений. Остальные начали половую жизнь после изнасилования в 11 — 13 лет еще до наступления месячных. Интеллектуальная недостаточность не позволяет адекватно оценить последствия нарушений поведения.

Изучение психосексуального развития умственно отсталых лиц в работах зарубежных исследователей указывает на то, что этот процесс в целом аналогичен таковому у психически здоровых субъектов, хотя и не совпадает с ними хронологически. Все способы выражения сексуальных чувств для умственно отсталых лиц характерны в той же степени, что и для здоровых. Было обнаружено, что у умственно отсталых задерживается не только физическое половое созревание, но и освоение соответствующей половой роли (Дейвид, Линднер, 1978).

У большинства умственно отсталых девочек вторичные половые признаки начинают появляться не в 9—11, а в 10—13 лет. Только у 35% из них менструальный цикл начался в 12—13 лет. У подростков с психическим недоразвитием значительно беднее знания о половых особенностях и отношениях между людьми, чем у здоровых детей 13-15 лет. У них также недостаточно развита половая идентификация (Г. К. Поппе, 1986).

Многие исследователи обращают внимание на то, что умственно отсталые дети имеют намного меньше информации о фактах жизни, связанных с по-

160

лом, их представления бедны и искажены, а родители и воспитатели считают их большими «пуританами», нежели они есть на самом деле (Дейвид, Линднер, 1978; Н. В. Александрова, 1986 и др.)

Хотя статистические данные свидетельствуют о том, что большинство пациентов с умственной отсталостью не проявляют интереса к противоположному полу (исследование, проведенное в США, показало, что только 4% таких лиц имели половое сношение), большая часть больных (85%) с легкой степенью умственной отсталости стремится вступить в брак, так же как и здоровые лица (Дейвид, Линднер, 1978).

Многие авторы отмечают, что отставание, ускорение и асинхрония полового созревания создают внутриспсихические поля напряжения, усиливают пубертатные трудности, вызывают психосексуальные аномалии и мешают социальному приспособлению (К. С. Лебединская, 1968). Умственно отсталые подростки, достигая половой зрелости, часто оказываясь в положении, характеризующемся необходимостью почти полностью подавлять половое влечение, становятся повышено возбудимыми и не способны найти выхода своим чувствам. Они стремятся к теплу и любви, и это стремление во многих случаях воплощается в форму сексуальных действий. Подобным образом, умственно отсталые подростки являются наиболее уязвимой частью молодежи в смысле эксплуатации секса и его патологии.

У умственно отсталых детей с психопатоподобными изменениями личности сексуальные проявления, как правило, элементарны, редко оформляются и наблюдаются в форме группового онанизма, гомосексуальных эпизодов, орально-генитальных контактов, сексуальных игр. Д. Н. Исаев (1986) подчеркивает значение особенностей полового созревания в развитии нервно-психических заболеваний. Обнаружена связь между психосексуальным развитием, возникновением психических расстройств, с одной стороны, и патологией полового созревания, с другой.

Частота встречаемости форм психического недоразвития коррелирует с полом. Так, астеническая форма встречается чаще у девочек, чем у мальчиков. Стеническая форма встречается одинаково часто и у девочек, и у мальчиков. Атоническая — более чем в два раза чаще обнаруживается у мальчиков (Г. К. Поппе, 1986). Нарушения поведения преобладают у умственно отсталых мальчиков.

Д. Н. Исаевым (1982) отмечено, что при дисфорической форме чаще регистрируются обнаженная сексуальность и аутоагрессивные склонности.

Автор описал типы проявлений психопатоподобных расстройств при легкой степени умственной отсталости. При так называемом первертном типе чаще отмечаются либо дромомания, либо извращенная сексуальность.

Особенно часто встречаются развратные действия с малолетними, эксгибиционизм и гомосексуальные контакты (А. Е. Личко, 1985). Девочки иногда обнаруживают склонность к сексуальным вымыслам в отношении невиновных лиц, часто сами провоцируют сексуальную агрессию (О. В. Парфентьева, 1978).

По данным Г. К. Поппе (1986), среди нарушений поведения у умственно отсталых девочек чаще встречаются аутоагрессия и сексуальные девиации. Нарушения поведения, связанные с рано развившимся и извращенным сексу-

161

альным влечением, наблюдались у 40% (из 488 обследованных детей). У девочек они начинались раньше и отмечались в полтора раза чаще, чем у мальчиков.

Вместе с тем Д. Н. Исаев и В. Е. Каган (1980) отмечают, что мнение о частоте сексуальных преступлений умственно отсталых очень преувеличено. Частота грубых сексуальных проявлений с возрастом уменьшается.

По мере приближения к половой зрелости сексуальная активность детей с нарушением интеллекта возрастает — они так или иначе осваивают нормы морали, лучше управляют своим поведением и начинают скрывать то, что идет вразрез с усвоенными моральными нормами.

В рамках целостного холистического подхода следует рассматривать проблему нарушения формирования полоролевой идентичности как фактор, осложняющий адаптацию умственно отсталых детей. Изучение формирования половой идентичности и освоения половой роли показало, что это целостная система, создающаяся в определенном культурно-историческом контексте.

При современных тенденциях в опеке над умственно отсталыми наблюдается отход от принципа, требующего изоляции таких больных и содержания их в специальных закрытых учреждениях, и внедрение нового подхода, предполагающего возможность интеграции таких лиц в общество. Это приведет к усилению вероятности образования гетеросексуальных связей между умственно отсталыми лицами. Возникает риск нежелательной беременности. Следовательно, возникает необходимость большего внимания педагогов, психологов к вопросам половой жизни умственно отсталых лиц и создания программ их полового воспитания. Эти вопросы требуют специальной и глубокой проработки.

5.3. КОНЦЕПЦИИ ПОЛОРОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И ПОЛОВЫХ РОЛЕЙ

В последние два десятилетия теории биологического пола, рассматривающие мужское и женское, половой диморфизм и половой дипсихизм, все более вытесняются теориями половых ролей, сопоставляющих маскулинность и фе-мининность как личностные измерения.

Важно подчеркнуть, что половые стереотипы, роли и идентичности — не синонимы, хотя различия между ними часто оказываются нечеткими, а это приводит к терминологической разногласии в литературе.

Так, идентификация понималась К. Юнгом как бессознательное отождествление субъектом себя с другим субъектом или группой, или процессом, образом, идеалом. Идентификация является важной частью нормального развития.

Термин «идентификация» был введен З. Фрейдом в 1917 г. в работе «Печаль и меланхолия». Идентификация понималась им как имитация поведения родителя своего пола, вплоть до формирования комплексов Эдипа и Электры.

162

Позже, другими исследователями, концепция имитации была расширена до моделирования — имитации поведения людей своего пола вообще, а не только родителей.

М. Claes (1991) отмечает, что, начиная с раннего детства, человек быстро идентифицирует свойственные и не свойственные каждому полу варианты поведения. Подобная ассимиляция не является результатом намеренного обучения, она скорее продукт постепенного усвоения ряда норм, определяющих адекватное поведение.

В психологическом словаре (1991) мы находим определение идентификации как эмоционально-когнитивного процесса неосознаваемого отождествления субъектом себя с другим субъектом, группой, образом.

В младенчестве возникает первичная идентификация, которая является примитивной формой эмоциональной привязанности ребенка к матери. Впоследствии эта «тотальная захваченность

объектом» уступает место вторичной идентификации, играющей роль защитного механизма, благодаря которому ребенок справляется с беспокойством, вызванным угрожающим авторитетом, путем включения некоторых аспектов его поведения в собственные действия.

Применительно ко взрослому субъекту идентификация связывалась с невротическими симптомами, при которых у субъекта из-за желания оказаться в положении объекта возникают болезненные явления, характерные для последнего.

Что же касается понятия «идентичность», то она в наибольшей мере связана с половыми ролями и во многом определяет «Я-концепцию». Р. Берне (1986) отмечал, что человек строит «образ Я» через призму своей идентичности. Дж. Мани и А. Эрхардт (J. Money, A. Ehrhardt, 1972) подчеркнули тесную связь понятий «половая роль» и «половая идентичность»: половая идентичность есть субъективное переживание половой роли, которая, в свою очередь, есть публичное выражение половой идентичности.

По определению И. С. Кона (1988), половая роль — это некоторая система предписаний, модель поведения, которую должен усвоить и которой должен соответствовать индивид, чтобы его признали мужчиной или женщиной. Автор указывает, что «роль» и «идентичность» взаимосвязаны и предполагают друг друга. Тем не менее они не тождественны, и их изучение имеет разные точки отсчета: половые роли соотносятся с системой нормативных предписаний культуры, а половая идентичность — с системой личности.

Половая идентичность — единство поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определенному полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли (И. С. Кон, 1988).

Определяя половую и полоролевою идентичности, нельзя не вспомнить, что впервые понятие идентичности сформулировал Э. Эриксон (E. Erikson, 1959). Он является автором теории идентичности, которая родилась из клинического анализа непостоянства «Я» при неврозах.

Согласно Э. Эриксону, понятие «Я-идентичности» занимает центральное место в осмыслении процесса развития и включает ряд важных аспектов.

Во-первых, идентичность соотносится с понятиями единства и монолитности, позволяющими описать одни явления отличными от других.

163

Во-вторых, оно определяет представления о постоянстве и протяженности, поддерживающие константность объектов и субъектов, несмотря на временные изменения, которые они могут претерпевать.

В-третьих, идентичность позволяет установить отношения между вещами, объединяя те, которые «существуют совместно», и «перегруппируя их по сходству и различию».

Идентичность определяется как тождественность самому себе и противостоит разделяющим тенденциям.

Иными словами, понятие идентичности обозначает твердо усвоенный и личностно принимаемый образ себя во всем богатстве отношений личности к окружающему миру, чувство адекватности и стабильного владения личностью собственным «Я», независимо от изменений «Я» и ситуации, способность личности к полноценному решению задач, возникающих перед ней на каждом этапе ее развития.

Идентичность — это показатель зрелой (взрослой) личности, истоки организации которой скрыты на предшествующих стадиях онтогенеза.

Основные этапы взрослого возраста предвосхищают три аспекта становления идентичности в отрочестве: половая поляризация противостоит бисексуальности; интеграция функций власти и подчинения — потере авторитета; идеологический выбор — смещению ценностей (E. Erikson, 1972).

И хотя Э. Эриксон не использует термин «полоролевая идентичность», отталкиваясь от его теории, полоролевою идентичность можно определить как принятие себя в соответствии с собственным полом и принятие наличия определенного пола в себе.

Структура «Я» развита тем лучше, чем лучше человек осознает собственную целостность, свое сходство и различие с другим, свою ограниченность и свои возможности. Формирование идентичности никогда не бывает однонаправленным, оно охватывает половую идентификацию, становление определенной мировоззренческой позиции и выбор той или иной профессиональной ориентации (J. Marcia, 1980).

Именно проблемы принятия своей половой роли — представление о себе как о существе мужского или женского пола и степень удовлетворенности, связанная с этим представлением, — в наибольшей мере связаны с невротическими и личностными нарушениями.

Освоение половой роли представляет собой основную задачу отрочества. Если в детстве окружающие могут смириться с некоторыми отклонениями в поведении ребенка от предписанных половых ролей, то в отрочестве выбор должен быть более четким, а необходимость избежать отклонений — более очевидной.

Как отмечает М. Claes (1991), общество более терпимо к женским половым ролям, которые могут разворачиваться в широком регистре, например: девушка на некоторое время может выбрать модель «свой парень» и получить признание своего семейного и социального окружения.

Однако Э. Дюван (E. Douvan, 1979) считает, что освоение половой роли является более сложным для девочки, чем для мальчика, в связи с различиями в мужской и женской социализации.

164

У девочки этот перелом происходит в отрочестве. В детстве она находилась под двойным влиянием: первое усугубляло ее зависимость дома, второе поощряло индивидуализм и стремление к соревнованию в школе. В юности девушка соприкасается с тем, что окружающие ждут от нее отказа от идей самореализации и / или она должна скрыть стремление к индивидуальному успеху во имя основных целей: стать женой и матерью. Девушки со снижением интеллекта рискуют не оправдать эти ожидания. В связи с этим обследование их в этом аспекте представляет большой интерес.

5.4. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Большие сложности в отборе методик исследования связаны с двумя основными причинами:

1. Отсутствие соответствующих формализованных методик, которые позволяли бы дифференцированно оценивать достигнутый уровень половой идентичности, полоролевой идентификации.

2. Явный дефицит методик специально созданных или адаптированных для детей и подростков с нарушениями психического развития.

Изучение полоролевой идентификации умственно отсталых подростков проводили следующими психодиагностическими методиками:

□ Рисуночный тест «Нарисуй человека своего и противоположного пола». // Тест «Возраст. Пол. Роль (ВПП)».

5.4.1. Результаты рисуночного теста

Исследование проводили в Детском доме-интернате № 1 (Петродворец) для детей с отклонениями в умственном развитии. В этом закрытом интернатном учреждении живут, учатся и трудятся 340 детей с разной степенью умственной отсталости. Первоначально было решено исследовать детей препубертатного периода (10—11 лет), но апробация методик не дала значимых результатов, поэтому были обследованы подростки в пубертатном периоде развития.

Были изучены психолого-педагогические характеристики воспитанников. После анализа результатов были сформированы 4 группы обследованных:

□ группа 1 — девочки (20 чел.) IQ — 70—60. Диагноз: легкая умственная отсталость, в учреждении живут 9—10 лет, возраст 14—16 лет;

□ группа 2 — девочки (20 чел.) IQ — 50—40. Диагноз: умеренная умственная отсталость, в учреждении живут 9—10 лет, возраст 14—16 лет;

165

□ группа 3 — мальчики (20 чел.) IQ 70-60. Диагноз: легкая умственная отсталость, в учреждении живут 9—10 лет, возраст 14—16 лет;

□ группа 4 — мальчики (20 чел.) IQ 50—40. Диагноз: умеренная умственная отсталость, в учреждении живут 9—10 лет, возраст 14—16 лет.

При применении праксиметрического метода, основанного на анализе рисунков подростков «Нарисуй человека своего и противоположного пола», использовали для интерпретации элементы проективной методики К. Маховер «Нарисуй человека» (1996).

К. Маховер, анализируя детские рисунки с клиническими данными, выделила ряд признаков интерпретации человеческой фигуры, касающихся не уровня интеллектуального развития, а личностных особенностей. Считается, что, изображая человека, испытуемый неосознанно идентифицируется с ним и наделяет его особыми чертами, которые могут быть расценены как индикаторы его собственного внутреннего мира. Следует отметить, что теоретические основания

такого подхода по сей день являются спорными и разделяются не всеми. Интерпретации по К. Маховер дают представление о неких общих тенденциях, но не позволяют поставить точный психологический диагноз.

Цель исследования с помощью этой методики — выявление представлений о человеке мужского и женского пола через определение суммы половых признаков, изображенных в серии рисунков, выполненных подростками. Задание выполнялось индивидуально. Рисование предваряла небольшая беседа, построенная в форме «вопрос—ответ».

1. Ты — человек какого пола?
2. Ты мальчик или девочка?
3. Если мальчик, значит, мужского пола. Какой пол будет противоположным?

Инструкция:

«1. Нарисуй человека своего пола: а) в одежде; б) без одежды. 2. Нарисуй человека противоположного пола: а) в одежде; б) без одежды».

Учитывая тот факт, что работа проводилась с умственно отсталыми подростками, обязательно уточняли, понятно ли задание. Время рисования не ограничивали, никаких дополнительных инструкций не давали.

При оценке учитывали изображение половых признаков человека своего пола и противоположного на двух рисунках. Оценивали следующие параметры:

- 1) соответствует ли изображение фигуры полу;
- 2) соответствует ли одежда и аксессуары полу;
- 3) соответствует ли прическа полу;
- 4) изображены ли вторичные половые признаки;
- 5) изображены или нет первичные половые признаки — гениталии.

По этим критериям 1 балл ставился при соответствии, а 0 — при несоответствии признака половой идентичности. Кроме этого, по К. Маховер, выделен ряд признаков, которые нельзя оставить без внимания и наличие которых в рисунках помогает оценить признаки половой идентичности.

166

1. Лицо — символ общения; ребенок, рисующий черты лица нечетко, имеет проблемы в общении, и напротив, если все черты лица прорисованы четко, это знак высокой заинтересованности.

2. Глаза — красивые глаза, длинные ресницы — признак эстетических наклонностей, женственности, у девочек — признак половой идентификации.

3. Губы — символ сексуальной сферы. Пухлые губы у девочки — признак половой идентификации.

Оценку рисунков проводили по описанным ниже параметрам.

1. Изображение фигуры в соответствии с особенностями пола: плечи маленькие (у женщин), широкие (у мужчин), сглаженная талия, округлые бедра (у женщин) — 1 балл, отсутствие в изображении фигуры признаков полов.

2. Одежда, свойственная полу: платье, юбка, кофта (женский пол), брюки, рубашка, шорты (мужской), присутствие одежды, свойственной полу — 1 балл, отсутствие — 0.

3. Прическа в соответствии с полом: косы, длинные волосы или бантики (у женщин) или мужская (короткие волосы или просто челка), присутствие признаков — 1 балл, отсутствие — 0.

4. Вторичные половые признаки при изображении обнаженного тела (грудь, оволосение) — 1 балл, отсутствие — 0.

5. Первичные половые признаки (гениталии), если изображены — 1 балл, нет — 0.

6. Дополнительные баллы присваивались за наличие в рисунке признаков половой идентификации (по К. Маховер); красивые глаза, длинные ресницы, пухлые губы, четко нарисованное лицо (знак высокой заинтересованности), максимально — 3 балла.

Результаты оценки рисунков (табл. 17 и 18) показали, что в обнаженном виде как девочки, так и мальчики изображают фигуру человека своего и противоположного пола, которая идентифицируется в небольшом числе случаев — в 10—30%, причем в группах с умеренной умственной отсталостью хуже, чем с легкой. Трудности с половой идентификацией связаны с тем, что лишь в единичных

Таблица 17

Оценка рисунков «Нарисуй человека своего пола» подростками с разной степенью умственной отсталости, %

Оцениваемые параметры	Девочки		Мальчики	
	ЛУ	УУ	ЛУ	УУ
	О	О	О	О
Фигура в соответствии особенностями пола	20,0	10,0	30,0	10,0
Одежда, соответствующая полу	100,0	80,0	70,0	20,0
Прическа, соответствующая полу	80,0	10,0	80,0	40,0
Первичные половые признаки	10,0	-	20,0	-
Вторичные половые признаки	50,0	-	-	-

167

Таблица 18

Оценка рисунков «Нарисуй человека противоположного пола» подростками с разной степенью умственной отсталости, %

Оцениваемые параметры	Девочки		Мальчики	
	ЛУ	УУ	ЛУ	УУ
	О	О	О	О
Фигура	20,0	10,0	30,0	10,0
Одежда	70,0	30,0	70,0	10,0
Прическа	80,0	50,0	80,0	40,0
Первичные половые признаки	30,0	-	20,0	-
Вторичные половые признаки	10,0	-	30,0	20,0

рисунках дети изображают первичные и вторичные половые признаки. Только половина девочек с легкой умственной отсталостью изображают лицо, губы и глаза, которые помогают идентифицировать пол изображенного человека.

Если подростки изображают человека в одежде и с прической, то ситуация изменяется: идентификация человека в этом случае значительно повышается при изображении своего и противоположного пола у девочек и мальчиков с легкой умственной отсталостью и улучшается у девочек с умеренной умственной отсталостью (табл. 17 и 18).

Интерпретация признаков по К. Маховер позволила установить ряд характерных различий (рис. 26 и 27).

Рисунки девочек с изображением половых признаков своего пола являются более точными, чем противоположного. Рисунки девочек с легкой умственной отсталостью при изображении человека противоположного пола качественно полнее, чем у девочек с умеренной умственной отсталостью. Изображение человека своего пола (женщины) информативнее, чем человека противоположного пола, соответственно, в группе 1 — 54 и 36%, в группе 2 — 34 и 14%, что позволяет сделать вывод, что информации о своем поле у девочек больше, чем о противоположном. В обеих группах в рисунках девочек информативными для отражения особенностей пола оказались признаки прически и одежды, свойственные своему или противоположному полу.



168



Рисунки мальчиков с более высоким уровнем интеллекта (группа 3) полнее отражают признаки обоих полов, чем рисунки мальчиков с низким уровнем интеллектуального развития (группа 4). Соотношение в процентах: в группе 3 — 46% (свой пол), 22% (противоположный пол), в группе 4 — 16% (свой пол), 10% — противоположный пол. Информация о поле просматривалась в рисунках мальчиков третьей группы в признаках одежды и прически, а в четвертой группе этого не наблюдалось.

Таким образом, интерпретация признаков по К. Маховер показала, что в рисунках подростков преобладает подчинение власти женщины: придание большего значения так называемым женским идентификациям (женский персонаж больше мужского, более точно нарисованный). Это могло сложиться под влиянием «женского воспитания» в условиях закрытого детского учреждения, где персонал в основном женский. Отмечается также зрелость девочек по отношению к мальчикам при отражении признаков своего пола (рисунки более детализированы, сексуальные отличия более четкие, в то же время мальчики полнее отражают признаки противоположного пола.

Все изложенное выше позволяет сделать ряд выводов.

1. Половая идентичность умственно отсталых подростков находится в прямой зависимости от уровня интеллектуального развития; чем он выше, тем по большему числу признаков идентифицирует подросток свой и противоположный пол.

2. Осведомленность подростков о своем и противоположном поле у девочек выше, чем у мальчиков с аналогичным уровнем интеллекта. Рисунки девочек более зрелые, половые различия указаны подробнее.

3. Информированность о своем поле всегда значительно выше, чем о противоположном, независимо от уровня интеллектуального развития.

4. Представления об отличии полов просматриваются в большинстве случаев в изображении внешнего вида человека (одежда, прическа), первичные половые признаки появляются в рисунках детей с более развитым интеллектом.

169

5.4.2. Результаты теста «Возраст. Пол. Роль» (ВПР)

Психодиагностический тест ВПР позволяет проследить аспекты принятия себя в соответствии с собственной половой принадлежностью, а также эмоциональное отношение к своему и противоположному полу у детей в различных возрастных группах, начиная с 4 лет.

Тест ВПР — модификация психологического теста «Предпочитаемый тип симпатии» (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1990), который был создан для исследования осознаваемых и неосознаваемых проявлений симпатии у членов семьи.

Метод относится к невербальным и соответствует понятию импрессивных проективных тестов. Результаты теста имеют количественные выражения, что позволяет отнести его также и к шкальным методам.

Теоретическое обоснование теста ВПР опирается на особенности субъективного зрительного восприятия, влияния феноменов идентификации, категоризации и психологических установок на восприятие. Человек останавливает свой выбор именно на тех портретах, которые имеют для него личностный смысл, которые по тем или иным причинам оказываются значимыми (позитивно или негативно).

Стимульный материал представляет собой набор из 30 карточек размером 6х9 см, в котором 15 мужских и 15 женских штриховых портретов. Все карточки разделены на 5 возрастных групп; по 6 карточек в каждой группе, где 3 мужских портрета и 3 — женских.

Границы возрастных групп и терминология приведены в соответствии с Международной классификацией ООН:

- группа 1 — дети в возрасте от 4 до 12 лет;
- группа 2 — подростковый и юношеский возраст (13—21 год);
- группа 3 — возраст ранней зрелости (22—35 лет);
- группа 4 — возраст поздней зрелости (36—55(60) лет);
- I группа 5 — пожилой возраст (старше 55 (женщины), 60 (мужчины) лет).

Всем испытуемым предлагается ранжировать предпочитаемые и отвергаемые портреты определенным образом.

Первичные результаты выборов испытуемых анализируются с помощью специального математического аппарата. Разработаны формулы для вычисления коэффициентов предпочтения и отвержения портретов по половому признаку. Каждая формула «учитывает» 6 первичных значений, предпочитаемые портреты обозначены знаком (+), отвергаемые — знаком (—).

KM_{\pm} — взвешенный коэффициент предпочитаемых (отвергаемых) мужских портретов, отражающий эмоциональное отношение субъекта к мужской половой роли;

KF_{\pm} — взвешенный коэффициент предпочитаемых (отвергаемых) женских портретов, отражающий эмоциональное отношение к женской половой роли.

Все полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической ($\langle x \rangle$), ошибки средней арифметической (Dx) и среднеквадратичного отклонения (a).

I

Статистические решения принимались на 5%-ном уровне значимости при двусторонней альтернативе для критерия Стьюдента.

Доказана надежность и валидность методики для исследования лиц с нарушением интеллекта.

Проективный тест ВПР позволяет сделать заключение о принятии субъектом себя в половозрастном аспекте, своей половой роли и отношении к ней, в данной системе отношений.

С помощью теста ВПР была исследована группа девочек (43 чел.). Девочки проживают в Детском доме-интернате № 1 (г. Петродворец) около 10 лет. Возраст исследуемых 14—18 лет.

Данную основную группу мы разделили на две подгруппы, по степени выраженности интеллектуального дефекта. Подгруппа 1 состоит из 23 девочек с умственной отсталостью в легкой степени ($IQ = 70—60$).

Подгруппа 2 состоит из 20 девочек с диагнозом умственная отсталость в умеренной степени ($IQ = 50—40$).

В качестве испытуемых контрольной группы были исследованы 57 девочек — учениц трех девярых классов средней школы № 263 Центрального района Санкт-Петербурга. Возраст испытуемых — 14-16 лет.

Исследования проводили индивидуально с каждым обследуемым в форме беседы-наблюдения. Беседы с девушками из основной группы отличались более подробным, чем в контрольной группе, разъяснением инструкции, отсутствием ограничения во времени, подробным обсуждением результатов, большим набором уточняющих вопросов.

Всем испытуемым предлагали следующую инструкцию: «Разложите на столе все карточки с портретами. Внимательно рассмотрите их и выберите 6 карточек, которые кажутся вам наиболее приятными, и 6 — наиболее неприятными. Выбранные карточки расположите в двух рядах: предпочитаемые, начиная с самого приятного портрета; отвергаемые, начиная с самого неприятного портрета».

Вычисляли следующие показатели (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1999): взвешенный коэффициент предпочитаемых (отвергаемых) мужских портретов (КМ+), отражающий эмоциональное отношение субъекта к мужской половой роли; взвешенный коэффициент предпочитаемых (отвергаемых) женских портретов (КФ±), отражающий эмоциональное отношение к женской половой роли.

Девушки, которые были отнесены к подгруппе 1 (с легкой степенью умственной отсталости), быстро справлялись с заданием, у них не возникало трудностей в усвоении и выполнении инструкции, они выражали заинтересованность при выполнении задания, легко отвечали на заданные вопросы.

В подгруппе 2 (с умеренной умственной отсталостью) были отмечены значительные трудности в усвоении и выполнении инструкции. Ответы девушек на дополнительные вопросы были стереотипны и односложны.

Полученные результаты в подгруппах 1 и 2 имели значительные различия и были обработаны раздельно.

По данным, полученным в ходе исследования, девочки из подгруппы 1 выбирали портреты, соответствующие своему полу и возрасту, в 84,5% случаев, а в подгруппе 2 — в 40%.

171



Рис. 28. Взвешенные коэффициенты предпочитаемых (отвергаемых) мужских (КМ) и женских (КФ) портретов у девочек основной и контрольной групп: 1 — подгруппа девочек с легкой, 2 — с умеренной умственной отсталостью.

Это, видимо, отражает факт личностной идентификации и положительного отношения к образу Я. В подгруппе 1 полученные данные были более чем в 2 раза выше, чем в подгруппе 2, что связано с более выраженным интеллектуальным нарушением девочек из этой подгруппы. Полученные данные отражены графически (рис. 28).

У девочек из основной группы (подгруппа 1) коэффициент предпочитаемых женских портретов был достоверно больше, чем коэффициент предпочитаемых мужских портретов, и больше, чем коэффициент отвергаемых женских портретов. Мужские портреты чаще отвергались девочками, чем предпочитались.

Девушки отдавали предпочтение женским портретам 1-3 возрастных групп и отвергали портреты пожилых женщин. В числе предпочитаемых мужских портретов девушки чаще выбирали портреты юношей и молодых мужчин. Среди отвергаемых — портреты мальчиков и портреты мужчин пятой возрастной группы. Портреты юношей и девушек предпочитали одинаково, причем мужские портреты только этой возрастной группы предпочитались больше, чем отвергались.

Аналогичные данные были получены в контрольной группе девочек.

Иная картина наблюдается у девочек с умеренной умственной отсталостью. В этой подгруппе коэффициент предпочитаемых мужских портретов был достоверно выше, чем коэффициент предпочитаемых женских портретов. Вместе с тем мужские портреты больше отвергались, чем предпочитались. Таким образом, мужские портреты больше выбирались девочками подгруппы 2 как среди предпочитаемых, так и среди отвергаемых портретов, что свидетельствует об их высокой значимости.

Резюмируя полученные данные, следует отметить, что инвалидность по физическим и психическим заболеваниям может по-разному влиять на индивидуальную сексуальность и освоение половой роли. Она отражается не только на самовосприятии, сексуальных и общественных отношениях индивида, но и на его социальном статусе. Долгое время общественное мнение придавало значение лишь обеспечению безопасности и социальному обслуживанию инвалидов. Постепенно общество начинает осознавать, что инвалиды испыты-

тывают определенные потребности (в том числе и сексуальные) и имеют такие же права на их удовлетворение, как и все остальные люди. Сексуальные потребности должны учитываться в целостном подходе к решению различных проблем лиц с разной степенью умственной отсталости.

Полученные результаты позволяют заключить, что негрубое нарушение интеллекта не имеет значительного влияния на формирование полоролевой идентичности. Результаты, полученные в подгруппах 1 и 2 основной группы, имеют резко выраженные различия. Полученные данные свидетельствуют, что в подгруппе 2 наблюдается тенденция к непринятию своей половой роли и предпочтение мужского стиля поведения. Условия воспитания и содержания девочек обеих подгрупп одинаковы, что дает нам возможность утверждать, что различия вызваны более грубым нарушением интеллекта, имеющегося у девочек подгруппы 2. Все вышеизложенное позволяет констатировать, что выраженное нарушение интеллектуального развития влияет на формирование полоролевой идентичности.

Освоение умственно отсталыми девушками понятий собственной сексуальности, своих потребностей и возможностей видится нам чрезвычайно значимым для процесса интеграции их в социуме. Члены семьи, работники образования, здравоохранения и другие лица, осуществляющие уход за детьми со сниженным интеллектом, должны владеть информацией об особенностях психосексуального развития умственно отсталых, поскольку это сделает помощь более эффективной и сведет к минимуму риск сексуального злоупотребления и использования детей с умственной отсталостью.

5.5. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Для определения соответствия полового поведения и пола умственно отсталого подростка, а также с целью различения вариаций и отклонений поло-ролевого поведения был составлен опросник для воспитателей, включавший вопросы, касающиеся:

П ролевых предпочтений (при выборе рода занятий, свойственных мужскому или женскому полу, стремление к изменению внешности: переодевание в одежду противоположного пола, манеры);

- характера общения (со сверстниками, взрослыми);
- стиля поведения (маскулинное или фемининное);
- интереса к половым различиям; О подростковой мастурбации.

Исследование проведено на базе Детского дома-интерната № 1 (г. Петро-дворец) с выборкой воспитанников 4-х групп: 2 группы девочек 14—16 лет с

173

легкой и умеренной умственной отсталостью и 2 группы мальчиков того же возраста и диагноза. Работа выполнена Е. В. Сорокиной — выпускницей нашего института под руководством проф. Д. Н. Исаева. Полоролевое поведение оценивали по 7 критериям.

1. Ролевые предпочтения в играх, то есть если роль соответствует полу (например, девочки — мамы, дочери, учительницы и т. п.; мальчики — папы, солдаты и т. п.) — 1 балл, если не соответствует — минус 1 балл.

2. Выбор игр и занятий в соответствии с полом (вязание, шитье — девочки, спортивные состязания, конструирование — мальчики) — 1 балл, несоответствие — минус 1 балл, невыраженность маскулинного или фемининного поведения — 0.

3. Интерес к противоположному полу (это обычно свойственно детям пубертатного периода): в случае присутствия интереса — 1 балл, нет — минус 1 балл, невыраженность — 0.

4. Стремление к изменению внешности. Учитывалась удовлетворенность своей внешностью, одеждой, прической, свойственной полу. Да — 1 балл, нет — минус 1 балл, невыраженность — 0.

5. Стыдится ли телесной женственности (мужественности): да — 1 балл, нет — минус 1 балл.

6. Стиль поведения. Оценивалась маскулинность или фемининность поведения. За соответствие полу — 1 балл, несоответствие — минус 1 балл, неопределенный стиль — 0.

7. Интерес к обнаженному телу (своему или других). Присутствие интереса — 1 балл, нет — минус 1 балл.

Отдельно рассматривали следующие параметры:

1. Характер общения со взрослыми: ищет их внимания, тепла, что говорит об открытости ребенка, или же, наоборот, обладает аутичными чертами.

2. Занимается ли онанизмом? Положительный ответ на этот вопрос может свидетельствовать о недостатке внимания, поиске удовольствия или невротической реакции (например, на одиночество).

Оценка полноты полоролевого поведения проводилась для четырех представленных в выборке групп. При сравнении подростков разного пола и уровня интеллекта был выявлен ряд специфических особенностей.

Девочки первой и второй групп в играх выбирают свойственные полу роли: в 80% и 90% соответственно. Роли, свойственные мужскому полу, в 20% в первой группе и нейтральные роли в 10% во второй группе.

Интерес к противоположному полу выражается в совместных прогулках, общении на дискотеке: в первой группе — у 60%, во второй — у 20%. Один из этих случаев связан с желанием девочки быть мальчиком. Интерес отсутствует в первой группе — у 20%, во второй — у 70%. Нейтральный, эпизодический интерес — в первой группе у 20%, во второй группе не отмечался ни у одной из обследованных. Оценивалась неудовлетворенность своей половой ролью, что выражалось в упорном ношении мужской одежды, манерах и т. д. В первой груп-

174

пе — 90% девочек удовлетворены своим полом, во второй — 80%, что свидетельствует об удовлетворенности своей половой ролью, независимо от уровня развития интеллекта.

Стесняются телесной женственности: в первой группе — 40%, во второй — 20%, не стесняются, соответственно, 60 и 80%. Вероятно, что уровень развития интеллекта в некоторой степени коррелирует с чувством стеснительности, осознанием телесной женственности.

Стиль поведения выбирается в соответствии с полом в первой группе — у 70%; во второй — у 60%; мужской тип поведения — в первой не выбирается, во второй — у 10%. Анализ стиля поведения позволяет высказать предположение, что в целом он не зависит от развития интеллекта и соответствует полу, но у 33% девочек стиль поведения не выражен, что может быть связано с трудностями полоролевой дифференциации и отсутствием семейного воспитания.

Интерес к обнаженному телу в первой группе проявился лишь в одном случае, причем в этом случае девочка — единственная в этой группе — занимается мастурбацией, ее рисунки правильно отражают особенности мужского и женского типа человека, включая первичные половые признаки. Во второй группе интерес к обнаженному телу выявлен у 60%, случаи мастурбации отмечаются у двух девочек, причем у обеих есть интерес к обнаженному телу.

Отдельно исследовали информацию о характере общения со взрослыми: девочки стремятся к вниманию со стороны взрослых, ищут их нежности: в первой группе — в 80% случаев, во второй — в 60%. К сожалению, закрытый детский дом, условия изоляции, преобладание воспитателей-женщин, сиротство создают условия для деформации половой социализации, дополнительно искажается процесс формирования мужской и женской половой роли.

Психологическое исследование полоролевого поведения мальчиков показало, что ролевые предпочтения в играх, свойственные своему полу, выбирают в 90% случаев подростки с легкой степенью и в 50% — с умеренной степенью нарушения интеллекта, не свойственные полу — в 10 и 20%, соответственно. При выборе игр и занятий мальчики третьей группы (легкая умственная отсталость) делали выбор в соответствии с полом — в 80% случаев, в четвертой группе (умеренная умственная отсталость) — в 80%; свойственные противоположному полу — в третьей группе в 20%, в четвертой — в 10%.

Интерес к противоположному полу проявлялся: в третьей группе в 90%, в четвертой — в 70%, отсутствие интереса — в 10 и 30%, соответственно, причем в двух случаях в этой группе присутствуют интерес, желание ласк, нежности у представителей своего мужского пола.

Стойкое стремление к изменению внешности, фемининность поведения, ношение женской одежды, украшений и т. п. отмечалось в третьей группе у 10%, в четвертой группе у 20% мальчиков. Удовлетворенность своим полом: в третьей группе — у 90%, в четвертой группе — у 80%. Стеснялись телесной мужественности 30% мальчиков третьей группы и 20% четвертой.

Выбор стиля поведения в соответствии с мужским в третьей группе был характерен для 70%, в четвертой — для 20%. Женский стиль поведения отмечался в третьей группе — у 30%, в четвертой — у 60%.

175

Следовательно, мальчики с легкой умственной отсталостью выбирают мужской стиль поведения, хотя проживают в закрытом учреждении и воспитываются в основном женщинами.

Интерес к обнаженному телу проявляется у мальчиков в третьей группе в 70% случаев, в четвертой группе — в 50%, нет интереса в третьей группе — у 30%, в четвертой группе у 50%.

В 80% в обеих группах мальчики стремятся к общению со взрослыми, ищут их ласки, поощрения, похвалы и т. д. Мастурбация в третьей группе наблюдалась у 50%, что приближается к нижним границам у подростков с нормальным интеллектом (по Кинзи, 70—90% мальчиков-подростков мастурбируют).

Таким образом, все изложенное позволяет сделать ряд выводов.

1. Девочки с умственной отсталостью пубертатного возраста выбирают игры, занятия, стиль поведения, свойственные женскому полу, независимо от уровня интеллектуального развития. Уровень интеллекта коррелирует у умственно отсталых с чувством стеснительности, восприятием своей телесной женственности: чем он выше, тем более развиты эти чувства.

2. Полороловое поведение девочек не зависит от уровня интеллектуального развития. Примерно в 2/3 случаев оно является фемининным, в 1/3 — с признаками маскулинного поведения, небольшой процент (6—7%) девочек не демонстрирует выраженного полоролового поведения (рис. 29).



Рис. 29. Полороловое поведение девочек с умственной отсталостью

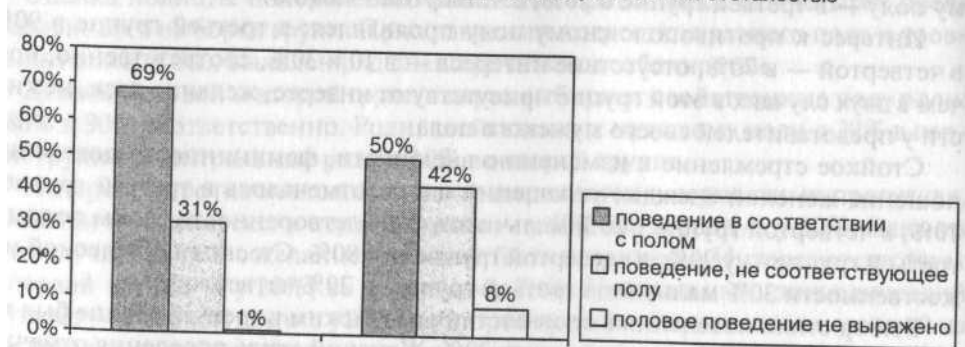


Рис. 30. Полороловое поведение мальчиков с умственной отсталостью

176

Полороловое поведение мальчиков в большинстве случаев является маскулинным, но у мальчиков с более низким интеллектом высок процент (42%) фемининного поведения, и в 8% оно является невыраженным (рис. 30). Это подтверждает представление о том, что полороловое поведение формируется под влиянием реакций взрослых.

Поскольку наиболее существенные нарушения половой идентификации и поведения отмечались в группе девочек 14—16 лет с умеренной умственной отсталостью, то интересно было изучить особенности их сексуального поведения в более старшем возрасте (17—26 лет), то есть не только в пубертатном, но и постпубертатном периоде полового созревания.

5.6. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВОЧЕК С УМЕРЕННОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Было обследовано 2 группы девушек (40 человек) с умеренной умственной отсталостью (IQ 50—35) в возрасте 12-16 лет (I группа) и 17-26 лет (II группа) на базе Детского дома-интерната № 1 (Петродворец).

Учитывая наибольшую уязвимость для сексуальных нарушений поведения девочек материнского влияния, был проведен детальный анализ анамнестических данных и медицинских документов исследованного контингента детей.

Этот анализ показал, что случаи патологии родов у матери отмечаются у 35% девочек I и у 30% девочек II группы; родились недоношенными (масса тела менее 2,5 кг) 70% в I и 55% девушек во II группе; девочек, от которых отказались родители в роддоме, было 75% в I и 85% во II группе; девочек, родившихся в асоциальных семьях, было 60% в I и 60% во II группе.

В качестве основного метода исследования был выбран метод социально-педагогического наблюдения.

Метод социально-педагогического наблюдения за сексуальным поведением девочек-подростков с умеренной умственной отсталостью ориентирован не на разовые одномоментные срезы, выявляющие сиюминутные личностные проявления и состояния, а на длительное лонгитюдное изучение.

Сексуальное поведение детей и подростков можно оценить лишь по совокупности многих его признаков в результате длительного наблюдения. Такое наблюдение дает возможность получить более полное и объективное представление о сексуальном поведении девочек-подростков и выявить наметившиеся тенденции его развития.

Для этого специально ведется карта наблюдения. Карта заполняется в процессе учебной, общественной, трудовой деятельности, межличностных отношений со сверстниками, взрослыми, знакомыми и незнакомыми людьми; в результате бесед с девочками, персоналом детского дома, сбора независимых характеристик.

177

Во время наблюдения обращают внимание на проявления ранней сексуальной инициации, на чрезмерную заинтересованность сексом, на легкость обсуждения сексуальных вопросов и установления вербальных контактов на эту тему. Учитываются такие поведенческие аспекты, как флирт, кокетство, провоцирующее поведение, наличие девиантных тенденций (эксгибиционизм). Выясняются позиции девочек-подростков по отношению к своему облику, сексуальному предназначению тела; информация о сексуальной отзывчивости, о возможных сексуальных проблемах, например, в области половой идентичности или нарушения полового предпочтения.

Для изучения осведомленности девочек-подростков с умеренной умственной отсталостью в вопросах пола использовали модифицированный детский опросник Н. В. Александровой (1986). Опросник включает 6 вопросов:

1. Чем отличаются друг от друга мужчина и женщина?
2. Что такое беременность?
3. Как рождается ребенок?
4. Какую роль в рождении ребенка играет отец?
5. Как может женщина предохраняться от беременности?
6. Что такое изнасилование?

Перед опросом с девочками проводили беседу о важности исследования. Эта беседа подготовила девушек к серьезному отношению к ответам на вопросы.

Использовали следующие критерии оценки: за правильный полный ответ — 2 балла; за правильный неполный ответ — 1 балл; за неправильный ответ — 0 баллов.

Для оценки сексуального поведения в результате наблюдения фиксировали не только количество проявлений сексуальности каждой девочкой, но и сам факт их наличия. Для формализации оценок поведения использовались 10 шкал.

Шкала 1. Обращение к педагогам с вопросами, касающимися пола и полового воспитания.

Шкала 2. Случаи явного и грубого кокетства по отношению к мальчикам.

Шкала 3. Случаи явного и грубого кокетства по отношению к мужчинам.

Шкала 4. Проявления гетеросексуальной влюбленности.

Шкала 5. Проявления гомосексуальной влюбленности.

Шкала 6. Случаи онанизма.

Шкала 7. Сексуально окрашенные циничные высказывания.

Шкала 8. Особенный интерес к эротическим снимкам и рисункам.

Шкала 9. Особенный интерес к просмотру эротических сцен в телепередачах.

Шкала 10. Склонность к написанию эротических записок и писем.

Сравнение результатов наблюдения в двух группах приведено в табл. 19.

В обеих группах число обращений к педагогам по вопросам пола было очень незначительным. Девочки предпочитают обсуждать эти темы между собой. Больше обращений (25%) было во II группе, то есть в более старшем возрасте.

Случаи явного и грубого кокетства с мальчиками говорят о возможных проявлениях сексуальных влечений и сексуальной расторможенности. Больше таких случаев отмечается у девочек постпубертатного периода (50%) по сравне-

178

Количество проявлений сексуальности в разных возрастных группах девушек с умеренной умственной отсталостью

Группы	Обращение к педагогам с вопросами, касающимися пола и полового воспитания	Случаи явного и грубого кокетства по отношению к мальчикам	Случаи явного и грубого кокетства по отношению к мужчинам	Проявление гетеросексуальной влюбленности	Проявление гомосексуальной влюбленности	Случаи онанизма	Сексуально окрашенные циничные высказывания	Особый интерес к эротическим снимкам и рисункам	Особый интерес к просмотру эротических сцен в телепередачах	Склонность к написанию эротических записок и писем
I группа (12–16 лет)	10%	35%	10%	25%	10%	25%	20%	20%	45%	0
II группа (17–26 лет)	25%	50%	40%	70%	10%	10%	65%	20%	80%	5%

нию (35%) с более младшим возрастом. Случаев явного и грубого кокетства с мужчинами зафиксировано в 4 раза больше во II группе.

Гетеросексуальная влюбленность чаще наблюдается у девочек постпубертатного периода. Она выражается в стремлении к эмоциональной и телесной близости. Это проявлялось у 70% девочек во II группе и 25% девочек в I группе. Объяснений этому есть несколько: желание подражать взрослым, погоня за социальным статусом или обострение сексуальных влечений в связи с умственным недоразвитием.

Проявления гомосексуальной влюбленности наблюдались в равной степени у девочек обеих групп (по две девочки в каждой). Это может быть связано с недостатком положительных эмоций и тем, что воспитание девочек проходит в ограниченной рамками средовых возможностей гомогенной группе. Это может быть и проявлением психических отклонений, и врожденной предрасположенностью.

По две девочки в каждой группе занимаются онанизмом. Причем одна девочка в I группе при этом не проявляет интереса к лицам противоположного пола. Причиной ее онанирования может быть невротическая реакция (одиночество, невнимание). В остальных случаях, скорее всего, идет замещение полового удовлетворения другим способом. Привычку к циничным высказываниям (так или иначе сексуально окрашенным) чаще демонстрируют девочки в постпубертатном периоде (65%). Циничные высказывания, употребляемые девочками, можно расценить как реакцию на невозможность удовлетворения потребностей в нежности, ласке, любви или как привлечение внимания, как возможную сексуальную озабоченность.

В обеих группах у 20% девушек зафиксировано увлечение эротическими снимками и рисунками. Эти девочки проявляют интерес к лицам противоположного пола. Число девочек, увлекающихся просмотром эротических сцен в телепередачах, больше во II группе (80%), чем в I группе. Этот интерес можно объяснить либо единственной возможностью увидеть со стороны жизнь взрослых, либо возникающей у них потребностью к интимной близости, включая и половую.

179

Склонность к написанию эротических записок и писем наблюдалась у одной девочки из II группы, причем проявлялось это в навязчивой форме.

При оценке общей суммы баллов по обследованным 10 шкалам нами выделено 3 подгруппы девочек по проявлению сексуальности:

1 подгруппа — девочки с низкой оценкой проявления сексуальности (менее 2-х баллов);

2 подгруппа — девочки со средней оценкой проявления сексуальности (2—3 балла);

3 подгруппа — девочки с высокой оценкой сексуальности (более 4-х баллов). Оказалось, что низкую оценку сексуального поведения имеют 55% девушек

12—16 лет и 10% девушек 17—26 лет. Среднюю оценку имеют 25% девушек в пубертатном периоде и 35% девушек в постпубертатном периоде. Высокую оценку сексуального поведения имеют 20% девочек 12-16 лет и 55% — 17-26 лет.

Результаты представлены на рис. 31.

Таким образом, в постпубертатном периоде у девушек с умеренной умственной отсталостью сексуальные проявления встречаются чаще в 2,5 раза, чем в пубертатном периоде.

В работе Н. В. Александровой, О. Г. Исаченко и др. (1986) отмечается, что умственно отсталые оказываются менее осведомленными в вопросах пола по сравнению со своими сверстниками. В результате этого они легче вовлекаются в гомосексуальные связи, подвергаются развращающим действиям. С помощью модифицированного опросника Н. В. Александровой мы пытались выяснить, насколько девочки с умеренной умственной отсталостью осведомлены в

вопросах пола. Оценку проводили по следующим критериям: за каждый полный правильный ответ— 2 балла; за правильный, но неполный ответ — 1 балл, за неправильный или нелепый ответ — 0 баллов.

Сравнение результатов анализа осведомленности в вопросах пола двух групп девушек 12—16 лет и 17—26 лет показало интересные факты.

Ответов на вопрос «Чем отличается мужчина от женщины?», оцененных в 0 баллов, не было в обеих группах. Но перечислить все признаки отличий мужчин от женщин не смогли 50% девочек в I группе и 35% девочек во II группе. Девочки видят эти различия во внешних атрибутах (прическа, одежда), в различии половых органов, в наличии менструации у женщины. При этом не от-



Рис. 31. Оценка проявления сексуальности у девушек с умственной отсталостью

180

мечались вторичные половые признаки у мужчин (растительность на теле, голос), отличия в строении тела (развитые плечи, мускулы), манеры поведения, род занятий и т. д. Достаточно правильно ответили на этот вопрос 50% девочек в I группе и 65% девушек во II группе.

Представление о беременности имели все девушки обеих групп. Отмечались ответы такого характера: «женщина в животе выращивает ребенка», «с ростом ребенка в животе, растет и сам живот». Девочки видели беременных женщин на улице, по телевизору и среди персонала детского дома. Отзывы о беременных женщинах очень уважительные. Однако пояснить, в каком именно органе развивается ребенок и сколько месяцев женщина вынашивает плод, затруднились ответить 60% девочек в I группе и 45% девочек во II группе. Более полно ответили на вопрос 40% из I группы, 55% из II группы.

На вопрос «Как рождается ребенок?» 55% девочек из I группы и 20% из II группы ответить затруднились. Ответы были такие: «ребенок вылезает из живота», «женщине разрезают живот». 65% девочек I группы и 25% девочек II группы знают, что ребенок появляется через половые органы, но при этом удивляются сами, как это возможно. Некоторые считают, что при этом нужна помощь мужа.

Никто из этих девочек не знал о существовании роддома. 55% девушек из II группы этот процесс описывали подробнее. «У женщины бывают схватки, ее увозят в роддом. Там она рождает с помощью врача. Ребенок выходит из половых органов. Сначала появляется голова, врач помогает его вытаскивать. Ребенок кричит. Он весь грязный, ему завязывают пупок и моют». Видели это девочки по телевизору, назвали несколько фильмов, где показывают роды.

На вопрос «Какую роль играет в рождении ребенка отец?» не смогли ответить 35% девочек из I группы. Знают о том, что беременность наступает после полового акта, 65% девочек, но как происходит зачатие, не объяснил никто. Во II группе 75% девочек знают, что для рождения ребенка необходим половой акт, но не понимают при этом, как происходит оплодотворение. 25% девочек описывали это примерно так: «Мужчина вводит свой половой член во влагалище женщины. При этом он выделяет свои половые клетки. Мужские клетки встречаются с женскими, и зарождается ребенок». Все девочки испытывали трудности в вербализации этих процессов. Они почти не знают медицинских и литературных терминов.

На вопрос «Как может женщина предохраняться от беременности?» в I группе 90% девочек ответили: «Не знаю». 10% девочек знали из телевизионной рекламы о презервативах, но как ими пользоваться, не знали. Правильного ответа не дал никто. Во второй группе 80% девочек давали нелепые ответы: «Ребенка можно сдать в детский дом; можно сделать кесарево сечение; можно сделать аборт; нужно выпить пива». Три девочки из контрацептивов назвали презервативы, но как они выглядят и как ими пользуются, не знали. (Опять же знали о них из рекламы.) Одна девочка дала ответ, что презерватив похож на воздушный шар, его надевает мужчина на половой член, чтобы мужские клетки не смогли попасть внутрь женщины.

На вопрос «Что такое изнасилование?» 35% ответили неверно, они путали это понятие с физическим насилием. Ответы были примерно такими: «Когда

181

женщину бьют; привязывают к дереву; закрывают насильно в комнате; пытаются». 65% девочек из I группы и все девушки из II группы понимают, что изнасилование — это половой акт, совершаемый мужчиной против воли женщины. При этом женщина кричит и сопротивляется, а мужчина рвет на ней одежду и побеждает, потому что он сильнее. Знают об этом девочки из уроков по основам безопасности жизнедеятельности и приводят достаточно много примеров из телесериалов. На вопрос: «Было ли у вас что-нибудь подобное в жизни?» все ответили отрицательно.

Суммируя количество баллов, полученных каждой девушкой, выделили 3 подгруппы:

подгруппа 1 — с низкой осведомленностью в вопросах пола (менее 5 баллов); подгруппа 2 — со средней оценкой (от 5 до 9 баллов); подгруппа 3-е оценкой выше средней (9 баллов и выше).

Максимальную оценку (12 баллов) не набрал никто. Результаты исследования представлены в табл. 20.

Таблица 20

Результаты исследования осведомленности в вопросах пола у девушек с умеренной умственной отсталостью, %

Оценка, по сумме набранных баллов	1 группа — девочки пубертатного периода (12-16 лет)	II группа — девочки постпубертатного периода (17-26 лет)
Низкая оценка (5 и менее баллов)	40%	5%
Средняя оценка (от 5 до 9 баллов)	55%	55%
Выше средней оценки (выше 9 баллов)	5%	40%

Данные о достоверности полученных различий обследованных групп представлены в табл. 21.

Таким образом, сравнительный анализ показателей сексуального поведения и осведомленности в вопросах пола у девушек с умеренной умственной отсталостью показал, что с возрастом отмечается их повышение. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточной работе по половому воспитанию в детском доме. Основную информацию девушки черпают из телесериалов и — искаженную — от случайных людей. Низкая осведомленность в вопросах пола повышает возможность попадания в группу риска по сексуальным злоупотреблениям.

Таблица 21

Зависимость между уровнем осведомленности в вопросах пола и возрастом обследуемых девочек

группа (n = 20)	I группа (n = 20)	Коэффициент корреляции	Достоверность p
5,9	5,7	0,3	p<0,01

Примечание: * — средняя арифметическая; δ_2 — среднее квадратичное отклонение.

182

Резюмируя изложенные результаты, следует отметить наиболее важные моменты:

1. Полоролевая идентификация умственно отсталых подростков формируется под влиянием психического недоразвития и коррелирует с уровнем интеллектуального развития: чем грубее поражения ЦНС, тем слабее выражен психологический процесс самоотождествления.

2. Формирование половой идентичности у детей с нарушением интеллекта зависит как от степени умственной отсталости, так и от личностных особенностей.

3. Полоролевое поведение умственно отсталых подростков в большинстве случаев является фемининным у девочек и маскулинным у мальчиков, что подтверждает положение о наличии врожденных программ психосексуального развития, но в условиях закрытого детского дома с женским персоналом сотрудников у мальчиков с низким уровнем интеллектуального развития высок процент фемининных черт, так как формирование полоролевого поведения идет под влиянием реакций взрослых.

4. Формирование половозрастной идентификации связано с развитием самосознания ребенка, но у умственно отсталых этот процесс тормозится и искажается под влиянием интеллектуального недоразвития. У подростков с легкой степенью умственной отсталости можно говорить о сформированности половозрастной идентификации. Себя они идентифицируют не только по внешнему виду, но и по статусу, что свидетельствует о наличии у них небольшого объема абстрактного мышления.

5. Психосексуальное развитие детей с умеренной умственной отсталостью (сформированность половой идентичности, полоролевого поведения, половозрастной идентификации) происходит с отставанием, поэтому половое воспитание необходимо проводить в условиях интерната, специальных (коррекционных) школ (классов), в семье, но позднее, чем в норме, на 5—6 лет (в 8—10 лет), в зависимости от уровня интеллектуального развития, используя конкретные, доступные формы.

5.7. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОЛОВОМУ ВОСПИТАНИЮ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Многие считают, что поскольку сознание умственно отсталых развито только до детского уровня, то во всех отношениях к ним нужно относиться как к детям, их необходимо «защищать» от всего, что касается вопросов пола так же, как младенцев. Семья или обслуживающий персонал детского дома прилагают все усилия, чтобы ограничить любые формы сексуального интереса этих людей, особенно, если они проживают совместными группами. Во многих случаях это ведет к конфликту с реальностью, потому что, хотя психическое раз-

183

витие человека и осталось на уровне ребенка, физически он или она — старше. Вопросы пола нельзя игнорировать, и это должны знать все, кто находится рядом с человеком с отклонениями в умственном развитии. По мере взросления человека, даже умственно отсталого, его гормоны заявляют о себе, вызывая разнообразные физиологические изменения. Умственно отсталым необходимо объяснить, что эти изменения естественны, помочь понять суть появляющихся у них сексуальных чувств.

Недостаточное половое воспитание умственно отсталых приводит к тому, что часть из них, покинув стены интерната в возрасте после 18 лет, сталкиваются с проблемами. Описаны факты, указывающие, что накопление нежелательного опыта, образцы жестокости, охват гомосексуальностью, мужская проституция — не редкость у умственно отсталых подростков мужского пола. Умственно отсталые девочки-подростки — это часто предмет промискуитозного полового поведения, особенно после перевода из детского интерната. Исследования показали, что девочки с низким уровнем интеллектуального развития не понимают, что может с ними случиться при сексуальных домогательствах, некоторые никогда не усваивают этого из-за ригидной морали и социальности. При отсутствии полового воспитания они не способны правильно вести себя, не понимают последствий своих поступков. Эти девочки часто являются жертвами, у них выше уровень инфекций и беременностей по сравнению с нормой.

Эджерлин, Крингер и Фишер считают, что половое воспитание обязательно для детей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости. Умственно отсталому ребенку следует сказать все то же самое, что и нормально развивающемуся, хотя и на 6 лет позднее и попроще — с повторениями и без отвлеченных рассуждений. Желательно как можно раньше привлекать внимание ребенка к различию полов. Необходима система гигиенических знаний и навыков.

Половое воспитание умственно отсталых проводится во многих странах, но перенос какой-либо системы воспитания недопустим, обязательно должен учитываться культуральный аспект. Создание программ полового воспитания для умственно отсталых невозможно без тщательного изучения аналогичных программ за рубежом, определения объема необходимого для изучения материала и форм обучения (С. В. Андреева, 2004).

По данным западных ученых, примерно 10% умственно отсталых могут иметь полноценный сексуальный контакт; 1% из них могут иметь постоянного сожителя. В основном умственно отсталые имеют намного меньше информации о фактах жизни, связанных с полом, чем здоровые

люди, хотя они владеют определенными представлениями о некоторых формах сексуального поведения (нежность, поцелуи, петтинг).

Интересен чешский опыт организации занятий по половому воспитанию умственно отсталых. Они начинаются с началом формирования полового самосознания и стереотипа полоролевого поведения, то есть на 4—5 лет позднее, чем в норме, в возрасте 8-10 лет. Занятия проводятся в небольших группах (по 8 человек, а лучше по 3) по 20 минут. Обязательно учитывается небольшая разница в возрасте. Начало любого обучения предполагает выяснение того, что Дети уже умеют, знают.

184

Задача занятий — помочь ребенку идентифицироваться, узнать свой пол, его внешние отличия. Занятия должны быть конкретными с использованием простых доступных для понимания примеров, обязательны повторения. Таким образом, тематическое занятие может повторяться 1—3 месяца, варьироваться. Тематика этих занятий представлена ниже.

1. Рисунок фигуры (можно начать «обрисовку» на листе бумаги, прикрепленном к доске, на стене, на земле и т. д.).

2. Лепка фигуры из пластилина, теста.

3. Особенности одежды, прически (одежду можно вырезать из бумаги и прикреплять к фигуркам — что кому носить).

4. Половые органы (они есть и их надо прикрывать).

5. Гигиенические навыки.

Интересен опыт индийских педагогов, предлагающих девушкам-подросткам в рамках программы по самообслуживанию первичные знания в области пола. Они ставят в процессе учебно-воспитательной работы следующие задачи:

1) установление различий между маленькими мальчиками и девочками;

2) установление различий между девочкой и девушкой;

3) установление различий между девушкой и женщиной.

В Германии в центре проживания и обучения глубоко умственно отсталых детей и подростков в Штеттене разработана программа, направленная на формирование личности умственно отсталых подростков и взрослых. Тема программы — «познай собственное тело, защити его от излишеств, заботься о сохранении своего здоровья».

Важнейшими аспектами программы являются:

□ тело, его органы, особенности половых органов и их функционирование;

□ анатомически и функционально обусловленные различия полов (как я замечая, что мне нравится? Как я защищаю себя оттого, чего не хочу);

□ приемы поддержания своего тела в здоровой форме.

Началу занятий предшествует беседа с выяснением потребностей и возможностей умственно отсталых. На пиктограммы вынесены основные условия занятий; слушать друг друга, задавать вопросы, можно смеяться (высмеивать запрещено), разрешено не принимать участие в работе, разбалтывать.

Доступно, интересно строится система занятий по половому воспитанию в Финляндии (центр Паймио) для умственно отсталых, завершивших школьное обучение юношей и девушек. Программу занятий на неделю подростки планируют под руководством педагога в понедельник. Один из дней недели — например, вторник — посвящен темам, касающимся вопросов пола (отношения между юношами и девушками). Очень много иллюстративного материала для каждой темы занятий. Например, «Гигиена девушки», «Отношения молодых» и т. п. Книжки есть у каждого, в них много заданий типа «Нарисуй», «Закрась». Все иллюстрации выполнены в черно-белом варианте, они крупные, без лишних отвлекающих деталей. Надписи простые, крупными буквами. Такие занятия информативны, доступны для умственно отсталых.

185

Система занятий по половому воспитанию умственно отсталых подростков может включать примерную тематику на 1-м этапе:

1. Идентификация себя: «Какого я пола» (по внешним признакам, изображение фигуры, прически, одежды).

2. Сравнение своего пола и противоположного: «Чем мы похожи, чем отличаемся».

3. Правила гигиены (с практическими упражнениями для мальчиков и девочек).

4. Мы растем и меняемся. «Каким я был и стану». Целесообразно использовать набор кукол разного пола и возраста.

5. Занятия на этические темы и по основам безопасности жизни (как мы общаемся, как вести себя с незнакомыми детьми или взрослыми).

На занятиях обязательно нужно моделировать ситуации, активно включая в них умственно отсталого ребенка. Занятия рекомендуется проводить один раз в неделю по 20—30 минут, с повтором темы.

Итак, проблема полового воспитания умственно отсталых детей должна решаться в интернатах, специальных школах (классах), в семье. Начинать его нужно в возрасте 8—10 лет, в зависимости от уровня интеллектуального развития, в доступной конкретной, без дополнительных подробностей, форме с многократными повторениями, вариантами, с использованием иллюстративного материала и разных видов прикладной деятельности (рисование, лепка, аппликация и т. д.) для возможно более полного усвоения. Должны учитываться индивидуальные особенности развития личности, возможности успешной адаптации и усвоения круга сложных как по форме, так и по содержанию норм полового поведения взрослых.

186

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Глава 6

В связи с рождением ребенка с нарушением интеллекта у родителей меняется взгляд на мир, отношение к самим себе, своему ребенку — не такому, как все, к другим людям и к жизни вообще.

Поэтому важно исследовать не только детей с умственной отсталостью, но и их семьи, нуждающиеся в комплексной социальной помощи и поддержке. Только при решении этой проблемы можно обеспечить реабилитацию и интеграцию в общество детей с интеллектуальным недоразвитием.

Семья ребенка-инвалида, как конкретная категория, подлежащая комплексной социальной защите, исследована крайне недостаточно. В нашей стране нет единой концепции многопрофильной социальной и психолого-педагогической помощи семьям детей с ограниченными возможностями развития.

Между тем связь уровня адаптации с выраженностью отклонения в развитии ребенка значительно опосредована характером внутрисемейных отношений. Именно поэтому последние можно рассматривать как один из важнейших факторов социально-бытовой и эмоционально-поведенческой адаптации умственно отсталых детей, подростков, взрослых.

Не всегда условия воспитания в семье бывают благоприятны для развития ребенка. Если воспитать нормального полноценного ребенка очень сложно, то воспитание ребенка с проблемами в развитии является во сто крат более трудным и ответственным. Эту ответственность родители несут перед своим ребенком и перед обществом, в котором он живет. Если дети, требующие особого внимания, лишены правильного воспитания, то недостатки углубляются, а сами дети нередко становятся тяжелым бременем для семьи и общества.

Для того чтобы выявить особенности взаимоотношений в семьях, имеющих детей с нарушением интеллекта, необходимо рассмотреть современные представления о стилях и типах семейного воспитания вообще, и в семьях детей-инвалидов в частности.

187

6.1. СТИЛИ И ТИПЫ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ

В современной литературе можно встретить различные классификации стилей и типов родительского воспитания (С. В. Ковалев, 1988; Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1990; Д. Н. Исаев, 1994 и др.). Так, стили взаимоотношений, в том числе и семейных, делят на три основных: авторитарный, либеральный и демократический.

Авторитарный стиль характеризуется стереотипностью оценок и поведения, игнорированием индивидуальных особенностей членов семьи, ригидностью установок, преобладанием дисциплинарных воздействий, бесцеремонностью, холодностью и диктатом. Общение ограничивается краткими деловыми распоряжениями, основывается на запретах. Чувства и эмоции партнера по общению в расчет не принимаются, во взаимоотношениях сохраняется дистанция.

Либеральный стиль проявляется в семье как отстраненность и отчужденность членов семьи друг от друга, безразличие к делам и чувствам другого. Во взаимоотношениях и общении реализуется принцип «делай, что хочешь».

Демократический стиль — это сотрудничество и взаимопомощь, равноправие всех участников семейного союза, гибкость оценок поведения в зависимости от ситуации или состояния партнера, с учетом его индивидуальных особенностей. При таком подходе взрослые общаются с

ребенком товарищеским тоном, корректно направляют его поведение, хвалят и порицают, высказывая одновременно советы, допускают дискуссии по поводу своих распоряжений и не подчеркивают свое руководящее положение.

Возможна и иная градация отношений родителей и ребенка. Устойчивые сочетания различных черт воспитания представляют собой тип воспитания. Он подразумевает определенные системы восприятия ребенка, воздействия на него и способы общения с ним. Классификацию нарушенных типов семейного воспитания можно представить следующим образом:

1. *Потворствующая гиперпротекция.* Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Поблажки делаются даже тогда, когда они вредят ребенку. Родители сковывают инициативу ребенка чрезмерной заботой и предупредительностью. В результате он не может действовать самостоятельно и в трудных ситуациях подвергается опасности в той же степени, что и брошенный ребенок. Встав взрослым, человек оказывается неспособным к самостоятельным действиям, отличается повышенной требовательностью к заботе других о себе, неразвитостью эмоционально-волевой сферы, пониженной критичностью по отношению к себе.

2. *Доминирующая гиперпротекция.* Ребенок находится в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, лишая самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. Последствиями такого воспитания, в которых сочетаются родительская любовь и ограничительство, будут такие качества личности ребенка, как покорность, зависимость, мнимая агрессив-

188

ность, отсутствие дружелюбия. В подростковом возрасте такое воспитание усиливает реакцию эмансипации и обуславливает аффективные реакции.

3. *Эмоциональное отвержение.* Родители безразличны к судьбе ребенка. Эта трагическая ситуация может быть вызвана и нежелательной беременностью, и нежелательным полом ребенка, другими обстоятельствами, которые приводят к тому, что родители отталкивают ребенка. Невнимательность, безразличие к его нуждам, к тому, где он и что с ним, может доходить до жестокости родителей. Родители не проявляют эмоциональной теплоты в общении с ребенком, не способствуют созданию для него физического комфорта. Детское поведение, связанное с переживаниями, встречается с раздражением и обычно пресекается. Такая уродливая позиция родителей приводит к эмоциональной недоразвитости ребенка, провоцирует развитие агрессивности и преступных наклонностей.

4. *Повышенная моральная ответственность.* Этот тип воспитания характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку и недостатком внимания к нему со стороны родителей, меньшей заботой о нем. Родители любят не самого ребенка, а его соответствие своему внутреннему образу. Такой стиль приводит к невротическим состояниям, стимулирует развитие черт тревожно-мнительной (психастенической) акцентуации характера.

5. *Гипопротекция (гипоопека).* Ребенок предоставлен себе, родители не интересуются им, не контролируют его. Как правило, родители не знают, где находится, что делает их ребенок, они не понимают его нужд, трудностей и опасностей, подстерегающих его, неспособны своевременно и эффективно помочь ему.

6. *Непоследовательный тип.* Родители осуществляют резкую смену стилей, приемов воспитания, переходя от строгости к либерализму и, наоборот, от внимания к ребенку к эмоциональному отвержению.

7. *Воспитание в культе болезни.* Жизнь семьи целиком посвящена больному ребенку. Родители, сотворившие из больного ребенка кумира для себя, станут убедительно доказывать, что живут ради детей. Навязывание этой роли можно наблюдать даже тогда, когда долго болевший ребенок выздоравливает. Однако кто-то в семье продолжает считать его слабым, болезненным. Взрослому не хочется менять сложившийся стереотип взаимоотношений с ребенком. Легче обращаться с ним как с больным, чем искать новые формы полноценного общения. В такой атмосфере ребенок вырастает изнеженным, капризным, ипохондрически настроенным.

Следует подчеркнуть, что возрастные особенности детей создают опасность закрепления последствия неправильного воспитания. С другой стороны, в силу тех же особенностей, дети легче перестраиваются, поддаются воспитательному воздействию, более сензитивны в плане развития, если определяющие воздействия адекватны возможностям и особенностям ребенка. Это определяет необходимость и высокую эффективность ранней диагностики, профилактики и коррекции нарушений семейного воспитания.

Поскольку воспитание характеризуется прежде всего определенными сторонами отношений родителей к детям, то можно выделить наиболее существенные из них в виде трех групп факторов (А. И. Захаров, 1993).

189

К факторам первого порядка можно отнести следующие стороны, или аспекты, отношений родителей:

1. Во взаимодействии с детьми родители непроизвольно компенсируют многие из своих неотраженных переживаний, то есть их отношение носит реактивный характер. Например, гиперопека матери основана на тревожности и страхе одиночества, нервных срывах в виде крика и физических наказаний, компенсирующих нервное напряжение родителей; или бесчисленные замечания и педантичное предопределение образа жизни детей исходят из мнительности, чрезмерной принципиальности и односторонне понятого авторитета в семье.

2. Другая особенность родительского отношения — это неосознанная проекция личностных проблем родителей на детей, когда родители обвиняют их в том, что практически присуще им самим, но не осознают этого должным и, главное, своевременным образом. Можно сказать и так: родители не видят недостатков у себя, но видят их у ребенка или требуют того, в чем сами не являются примером. Чем выше степень характерологических изменений у родителей, тем чаще они склонны приписывать детям «вредный» характер, оказывающийся на поверку своеобразным способом их защитного реагирования в ответ на непосильные и несправедливые требования взрослых. Чем выше степень невротических нарушений у родителей, тем чаще они впоследствии испытывают чувство вины, сомнения и колебания в правильности своих действий и негативной оценки ребенка.

3. Отличительной чертой воспитания является и разрыв между словом и делом, когда родительская мораль носит слишком абстрактный, отвлеченный характер и не подкрепляется живым, непосредственным примером; или родители говорят одно, а делают другое, отражая этим двойственность своей личности и непоследовательность суждений.

4. Не могут родители стабилизировать и кризисные ситуации в психическом развитии ребенка, справиться с его страхом и тревогами. Они прилагают слишком много усилий, тревожась и беспокоясь в еще большей степени, чем сам ребенок, и этим способствуют фиксации его невротических реакций, имеющих вначале эпизодический характер. Иногда родители упускают нужное время, когда невротические проявления незначительны и могут быть достаточно легко устранены адекватным психологическим воздействием.

5. Проявляется и трудность в установлении ровных, доверительных и эмоционально-теплых, непосредственных отношений с детьми.

6. В воспитании недостает душевной щедрости; широты взглядов, доброты, не отягощенной эгоцентризмом, конъюнктурными соображениями, рационализмом, чрезмерной озабоченностью и пессимизмом.

Факторами второго порядка, или основными параметрами, неправильного воспитания являются:

1. *Непонимание* своеобразия личностного развития детей. Например, родители считают их упрямыми, в то время как речь идет о сохранении элементарного чувства собственного достоинства, или родители думают, что ребенок не хочет, а он не может, и так далее.

2. *Непринятие* детей — это непринятие индивидуальности ребенка, его своеобразия, особенностей характера. Непринятие проявляется неприданием зна-

190

чимости таким факторам психического развития, как любовь, признание и чувство собственного достоинства; постоянным чувством внутренней неудовлетворенности, недовольством и раздражением в отношениях с детьми, преобладанием отрицательных оценок в восприятии их характера, недоверием к формирующемуся жизненному опыту детей, граничащим с пренебрежением к их возможностям и потребностям, чрезмерными разрешениями типа попустительства или строгим, нередко формальным отношением.

3. *Несоответствие* требований и ожиданий родителей возможностям и потребностям детей. Это ведущий патогенный фактор, вызывающий нервно-психическое перенапряжение у детей.

4. *Негибкость* родителей в отношениях с детьми выражается: П недостаточным учетом ситуации момента;

□ несвоевременным откликом;

П фиксацией проблем, застреванием на них;

□ трафаретностью, заданностью, запрограммированностью; О отсутствием альтернатив в решениях;

□ предвзятостью суждений;

□ навязыванием мнений.

Негибкость обусловлена как характерологическими особенностями, так и невротическими состояниями родителей. Из характерологических проявлений обращают на себя внимание недостаточный уровень развития воображения, излишняя принципиальность и наличие других гиперсоциализированных черт характера, властность характера и авторитарность. Невротическое состояние родителей препятствует гибкому контакту по причине увеличения внутриличностной напряженности и эгоцентризма.

5. *Неравномерность* отношения родителей в различные годы жизни детей. Недостаток заботы сменяется ее избытком или, наоборот, избыток — недостатком в результате меняющегося характера восприятия детей, рождения второго ребенка и противоречивости личностного развития самих родителей.

6. *Непоследовательность* в обращении с детьми — существенный фактор невротизации, создающей эффект «сшибки» нервных процессов в результате меняющихся и противоречивых требований родителей. Выражением непоследовательности будут бесконечные обещания или угрозы, неведение начатого дела до конца, непредсказуемая перемена расположения, несоответствие между требованиями и контролем, переходы из одной крайности в другую, что приводит вначале к неустойчивости нервных процессов ребенка, затем к их возбуждению и утомлению.

7. *Несогласованность* отношений между родителями, обусловленная наличием конфликта, усиленного контрастными чертами их темперамента.

Факторы третьего порядка:

1. *Аффективность* — избыток родительского раздражения, недовольства или беспокойства, тревоги и страха. Аффективность часто создает эффект сума-тошности в доме: хаотичности, беспорядочности, всеобщего возбуждения. Затем родители всегда в той или иной мере переживают случившееся, испыты-

191

вая чувство вины от неспособности справиться со своими выходящими из-под контроля эмоциями.

2. *Тревожность* в отношениях с детьми выражается:

□ беспокойством и паникой по любому, даже пустяковому поводу;

□ стремлением чрезмерно опекать ребенка;

□ не отпускать его от себя;

□ предохранением от всех, большей частью воображаемых опасностей, что обусловлено наличием тревожных предчувствий, опасений, страхов у самой матери;

□ «привязыванием» детей к себе, в том числе к своему настроению, чувствам, переживаниям;

□ непереносимостью ожидания и нетерпеливостью, стремлением все делать для ребенка заранее;

□ сомнением в правильности своих действий и одновременно навязчивой потребностью постоянно предостерегать, давать бесчисленные советы и рекомендации.

3. *Доминантность* в отношениях с детьми означает:

□ безоговорочное предопределение взрослыми любой своей точки зрения; О категоричность суждения, приказной, повелевающий тон;

□ стремление подчинить ребенка, создать зависимость от себя;

□ навязывание мнений и готовых решений;

□ стремление к строгой дисциплине и ограничение самостоятельности;

□ использование принуждения и репрессивных мер, включая физические наказания;

□ постоянный контроль над действиями ребенка, особенно над его попытками делать все по-своему.

Доминантность создает негибкость в семейных отношениях и нередко выражается в большом количестве угроз, которые обрушиваются на детей, если они имеют свое мнение и не сразу исполняют приказы. К тому же родители с властными чертами характера склонны огульно обвинять детей в непослушании, упрямстве и негативизме.

4. *Гиперсоциальность* — особенность воспитания, когда оно имеет слишком правильный, без учета индивидуальности ребенка, характер. Ей присущи элементы некоторой формальности в

отношениях с детьми, недостаток эмоционального контакта, искренность и непосредственность в выражении чувств. Родители как бы воспитывают ребенка по определенной, заданной программе, не учитывая своеобразие его личности, возрастных потребностей и интересов.

5. *Недоверие к возможностям детей*, их формирующемуся жизненному опыту выражается:

П1 настороженностью и подозрительностью в отношении перемен;

- недоверчивостью к собственному мнению ребенка;
- неверием в его самостоятельность;
- чрезмерной регламентацией образа жизни;

192

- перепроверкой действий ребенка;
- избыточной и часто мелочной опекой;

О многочисленными предостережениями и угрозами.

6. *Недостаточная отзывчивость*, или нечуткость, родителей означает несвоевременный или недостаточный отклик на просьбу детей, их потребности, настроения и аффекты. Подобное отношение может быть вызвано разными причинами: повышенной принципиальностью или незрелостью родительского чувства, непринятием ребенка, властностью, эгоцентризмом, невротическим состоянием, конфликтными отношениями и т. д. Часто у родителей проявляется отзывчивость «наоборот», когда они обнаруживают чрезмерно быстрые и аффективно-заостренные отрицательные реакции на малейшие отклонения в поведении детей и оказываются эмоционально глухими в отношении выражения позитивных чувств. Даже вовремя похвалить, поддержать, тепло напутствовать представляет для них большую трудность, чем делать замечания, ругать, тревожиться и предостерегать.

7. *Противоречивость* в отношениях с детьми представлена различными, часто взаимоисключающими сторонами: аффективность и гиперопека уживаются с недостаточной эмоциональной отзывчивостью, тревожность с доминантностью, завышенные требования с родительской беспомощностью. Противоречивость отражает невротические особенности личности родителей и заметно уменьшается по мере стабилизации внутреннего психического состояния и повышения уверенности в себе.

6.2. РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕМЬИ

Обстоятельством, затрудняющим функционирование семьи и ставящим ее членов перед необходимостью противостоять неблагоприятным изменениям, является рождение и воспитание ребенка с различными отклонениями в психическом развитии. Данная ситуация может характеризоваться как сверхсильный и хронический раздражитель. Родители такого ребенка испытывают множество трудностей различного характера. Помимо так называемых «нормативных стрессоров» (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1989), которые испытывают все семьи, здесь имеет место ряд специфических проблем, которые вызывают цепную реакцию неблагоприятных изменений в семье. Во-первых, родители, как правило, не подготовлены к такому трагическому для них событию и, как следствие, ощущают свою беспомощность и исключительность. Во-вторых, оказываются затронутыми все основные сферы жизни семьи.

193

Рождение больного ребенка всегда является трагедией для семьи. В течение 9 месяцев родители и все члены семьи с нетерпением и радостью ждали появления на свет малыша. Рождение больного ребенка это всегда семейная катастрофа, трагизм которой можно сравнить лишь со скоропостижной, неожиданной смертью самого близкого человека. Для правильного воспитания и наиболее благоприятного развития больного ребенка очень важна адекватная адаптация семьи к его состоянию.

Считается общепризнанным, что переживания семьи являются особенно острыми в первое время после рождения ребенка. Усилия специалистов направлены не только на диагностику и лечение больного ребенка, но и на психическую помощь родителям с целью смягчить первый удар и принять сложившуюся ситуацию такой, какая она есть, с ориентацией родителей на активную помощь малышу. Тем не менее опыт подобных ситуаций показывает, что первые острые чувства, которые испытывают родители в форме шока, вины, горечи, никогда не исчезают совсем, они как бы дремлют, являясь постоянно частью эмоциональной жизни семьи. В определенные периоды семейного цикла они вспыхивают с новой и новой силой и дезадаптируют семью. Поэтому семьи, имеющие детей с умственной отсталостью, нуждаются в постоянной психологической помощи и поддержке (Е. М. Мастюкова, А. Г. Москвина, 1991).

Сложности в контакте с ребенком, проблемы ухода за ним и воспитания, невозможность самореализации в нем — все это нарушает воспитательную функцию семьи. Состояние ребенка может восприниматься родителями как препятствие, искажающее удовлетворение потребности в отцовстве и материнстве. Особые нужды такого ребенка требуют дополнительных материальных затрат. Ситуация «особого» материнства удлинит период, в течение которого женщина остается вне трудовой деятельности. Часто мать не работает долгие годы, и вся тяжесть удовлетворения материальных потребностей членов семьи ложится на плечи отца. Горе, боль и отчаяние, которые испытывают родители, нарушают эмоциональную стабильность и психическое здоровье семьи. Посвящая все свое время лечению и воспитанию ребенка, часто в такой семье забывают о потребности в совместном проведении досуга и отдыхе. Искажается и функция первичного социального контроля, растягиваясь на неопределенное время. Вырастая, дети не обладают в достаточной степени способностью самостоятельно строить свое поведение. Стрессогенная ситуация ведет к нарушению сексуально-эротической функции. Не видя своего продолжения в ребенке с нарушением психического развития, родители вместе с тем из-за боязни повторения ситуации отказываются от рождения второго ребенка.

Таким образом, трудности, с которыми сталкивается семья в случае рождения ребенка с нарушением психического развития, связаны как с резкой сменой образа жизни, так и с необходимостью решения множества проблем, отличающихся от обычных трудностей. Патогенное влияние данного события особо велико, поскольку оно имеет далеко идущие, неблагоприятные для семьи и ее членов последствия.

194

6.3. СВОЕОБРАЗИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ РОДИТЕЛЕЙ И ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ В РАЗВИТИИ

Дети, имеющие проблемы в развитии, — сложная и разнообразная группа. Различные нарушения развития по-разному отражаются на формировании социальных связей детей. Как подчеркивают психологи и специальные педагоги, родители должны иметь правильное понимание сущности проблемы, особенностей развития их ребенка для успешной организации общения с ним, его воспитания. В частности, Ф. Ф. Рау и Н. Ф. Слезина (1967) отмечают, что отчетливое представление родителями причин отклонения от нормального развития ребенка, а также возможных последствий, является необходимым условием для правильно организованного воспитания ребенка.

Авторы приводят виды неправильных моделей воспитания в семьях, имеющих ребенка с проблемами в развитии.

1. Родители не уделяют должного внимания ребенку, предоставляют его самому себе. Это приводит к еще большему отставанию в развитии, развитию неадекватных реакций у ребенка.

2. Чрезмерная опека родителей. Ребенка жалеют, балуют, оберегают от трудностей, стремятся все выполнить за него. Это делает ребенка беспомощным и также приводит к еще большему отставанию в развитии.

А. Н. Смирнова в своей работе (1967), посвященной воспитанию проблемных детей, выделяет следующие формы отношения родителей к своим детям, имеющим проблемы в развитии.

1. Родители глубоко, даже трагически, переживают неполноценность ребенка, жалеют его, окружают чрезмерным вниманием; опекают, освобождая от посильных обязанностей. Чрезмерная опека лишает ребенка самостоятельности, возможности должным образом приспособиться к сложным жизненным условиям.

2. Не желая примириться с неполноценностью ребенка, родители преувеличивают его возможности, не замечая недостатков.

3. Родители стесняются неполноценности своего ребенка, прячут от людей, не посещают общественные места, лишая его жизненных впечатлений. Ребенок развивается медленно, растет забитым, робким.

4. Ребенок с проблемами занимает в семье положение «пасынка», его обижают, смеются над ним, подчеркивая его неполноценность. У ребенка часто подавленное состояние, он обидчив, раздражителен, упрям.

5. Родители не обращают внимания на ребенка, стараясь все воспитание переложить на школу.

Акцентируя внимание на спокойствии, терпеливости, справедливости и последовательности родителей в общении с проблемными детьми, А. Н. Смир-

195

нова (1967) также подчеркивает необходимость особого, индивидуального подхода к ребенку, учета его особенностей.

Известный американский педиатр Б. Спок, рассматривая семьи, имеющие проблемных детей, выделяет следующие виды отношений родителей к своему ребенку (1990).

1. Родители стыдятся странностей своего ребенка, излишне оберегают его. Ребенок не чувствует себя спокойным и в безопасности, он замкнут, неудовлетворен собой.

2. Родители ошибочно считают себя виновными в состоянии ребенка, настаивают на проведении самых неразумных методов «лечения», которые только расстраивают ребенка, но не приносят ему никакой пользы.

3. Родители постепенно приходят к выводу о безнадежности состояния ребенка, отказывают в проявлении к нему каких-либо знаков внимания, любви.

4. Родители не замечают проблем в развитии ребенка и доказывают себе и всему миру, что он ничуть не глупее других. Такие родители постоянно подстегивают ребенка, предъявляют к нему завышенные требования. Постоянное давление делает ребенка упрямым и раздражительным, а частые ситуации, в которых он чувствует себя некомпетентно, лишают его уверенности в себе.

5. Родители воспринимают ребенка естественно, позволяют бывать ему везде, не обращая внимания на взгляды и замечания. Ребенок чувствует себя уверенно, счастливо, воспринимая себя таким, как все.

Б. Спок (1990) подчеркивает, что ребенок будет счастливее, если его не жалеют, относятся к нему естественно, тогда семья начинает говорить *не о нем, а с ним*.

Итак, все перечисленные виды отношений родителей к детям с проблемами в развитии, в общем, представляют собой своеобразное проявление нарушенных стилей воспитания, выделенных психологами в отношении «родители — нормальный ребенок»: гиперопека, гипоопека, эмоциональное отвержение, гиперсоциализация, за исключением того, что на взаимоотношения родителей и проблемных детей накладывается отпечаток специфичности данного ребенка. Как показал анализ литературы, эта специфика заключается в том, что неправильный стиль общения со стороны родителей может усугубить имеющуюся проблему развития детей.

Таким образом, родители — часто из-за большой любви к детям, которая не подкрепляется знанием основных закономерностей их психического развития — допускают грубые ошибки в воспитании, травмирующие детей, деформирующие их психику. Родители бессознательно используют такие модели воспитания, которые закладывают фундамент невротизации детей.

196

6.4. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Как утверждает Т. Михаэлис (1989) на основе наблюдений повседневного ухода за собственным проблемным ребенком, ситуация, когда в семье рождается такой ребенок, вовсе не безнадежна, и родители и специалисты, если будут знать как, могут оказать и ему и себе большую помощь, облегчить иногда крайне тяжелые условия воспитания и обучения ребенка с нарушением в развитии. Он отмечает, что «свойственное многим родителям стремление к самопожертвованию ради счастья и благополучия детей естественно. Но оно не должно быть бестолковым. Здесь, как и в других случаях максимального проявления черт человеческой природы, чрезвычайно важно найти разумный способ их приложения с пользой для дела, поскольку возвышенные качества ценны не только и не столько сами по себе, сколько как способ достижения особо значимых результатов».

Роль родителей детей с нарушениями в развитии трудно переоценить и тогда, когда ребенок живет дома, и когда он в силу глубины заболевания или сложившихся жизненных обстоятельств находится в специальном учреждении. Многие родители прилагают просто титанические усилия, чтобы создать благоприятные условия для развития своего ребенка. Однако часто им не хватает знаний и умения, иногда мешают ложные представления (А. Р. Маллер, Г. В. Цикото, 1988).

Как считают А. Р. Маллер и Г. В. Цикото (1988), максимально возможного уровня развития можно достигнуть только при соблюдении ряда условий. К ним относятся: возможно более раннее начало коррекционной работы, благоприятная семейная обстановка и тесная связь специальных учреждений с семьей, применение адекватной программы и методов обучения, соответствующих реальному возрастному периоду и реальным возможностям детей с аномальным развитием и целям их воспитания.

Диагноз не должен вызывать у родителей панику или пессимизм, он должен побуждать к осознанию истинного положения ребенка, критической оценке его состояния и принятию мер по дальнейшему воспитанию и уходу за ним.

Если возникают воспитательные проблемы с умственно отсталым ребенком, то причины этого — не низкий уровень его умственного развития, а ошибочные методы обращения с ним. Если родители стыдятся странностей своего ребенка, им, возможно, трудно будет любить его в той мере, чтобы он чувствовал себя спокойно и в безопасности (Б. Спок, 1990). Не следует думать, что умственно отсталый ребенок — это несчастный ребенок! Наоборот, их отношение к людям проникнуто сердечностью и нескрываемой радостью. И всякие высказывания типа «бедные, несчастные дети» неуместны. Умственные нарушения не означают эмоциональных нарушений. Скорее, высокоинтеллигентный человек может оказаться эмоционально неграмотным.

197

Б. Спок (1992) полагает, что ребенку необходимо, чтобы его любили и ценили за его привлекательные качества. Те, кто наблюдал группы умственно отсталых людей, знают, насколько естественны, дружелюбны и симпатичны большинство из них, когда в семье их любят такими, какие они есть. Б. Спок (1990) советует родителям: «Поверьте, умственно отсталый ребенок такой же, как все остальные дети. Наблюдайте за ним, чтобы понять, что доставляет ему удовольствие. Учите его делать все то, что он старается постигнуть!»

Общество и родители детей с тяжелыми интеллектуальными отклонениями обязаны делать все возможное, чтобы не только удовлетворять их материальные потребности, но и окружать вниманием и любовью, способствовать их посильному приобщению к жизни.

Чем младше ребенок, тем больше иллюзий удается сохранить родителям относительно его дальнейших успехов в развитии. Это наблюдается в основном в тех случаях, когда речь идет о тяжелых поражениях мозга. Е. С. Иванов и Д. Н. Исаев (2000) отмечают, что отношение родителей к диагнозу «умственная отсталость» у их ребенка далеко не однозначное. Реакцию семьи на указанную проблему можно классифицировать по определенным проявлениям. Тяжесть, которая ложится на плечи родителей, часто приводит к «состоянию паники, трагической обреченности». Из-за дезорганизации они сами нуждаются в психотерапевтической помощи, при отсутствии которой оказываются не способными рационально помочь ребенку.

Часть родителей отказывается признавать диагноз. Это может быть результатом неадекватного оценивания состояния ребенка или следствием опасения испортить будущее своему сыну или дочери «ярлыком» умственной отсталости. Эта проблема имеет социальные корни и связана с отношением общества к людям с умственной отсталостью. Многие родители маленьких детей с болезнью Дауна и другими тяжелыми отклонениями в развитии в первую очередь обеспокоены тем, сможет ли ребенок обучаться в массовой школе. Когда дети подрастают, родители начинают понимать и принимать преимущества и необходимость специального (коррекционного) обучения. Однако это не избавляет семью от стресса.

Семья, имеющая ребенка с умственной отсталостью, на протяжении жизни переживает серию критических состояний, обусловленных субъективными и объективными причинами, это чередование «взлетов» и еще более глубоких «падений». Семьи с лучшей психологической и социальной поддержкой легче преодолевают эти состояния. При тяжелых нарушениях интеллекта особенно сильно переживается родителями наступление совершеннолетия ребенка. К сожалению, специалисты часто недооценивают тяжесть этого семейного кризиса по сравнению с более ранними, связанными с установлением диагноза, и констатацией крайне ограниченной возможности ребенка к обучению.

Ранее за рубежом, и в частности в США, общество ориентировало родителей на отказ от ребенка с врожденными пороками развития — например, с болезнью Дауна — непосредственно в родильном доме с целью, чтобы мать не успела к нему привыкнуть. В последнее время отмечается обратная тенденция — к воспитанию ребенка в семье. Это определяет хроническую стрессовую ситуацию даже в тех семьях, которые на первый взгляд кажутся вполне

198

благополучными. У родителей, как правило, возникает чувство безнадежности, понижается самооценка, может появиться дисгармония супружеских отношений. Такие семьи чаще распадаются. В этих семьях отцы склонны винить жену в рождении больного ребенка даже в тех случаях, когда достоверно знают, что причина кроется в них (Е. М. Мастюкова, А. Г. Москвина, 1991).

Иногда психологическая обстановка в семье может ухудшиться, если у ребенка с отклонениями в развитии наряду с его основным заболеванием появляются эпизодически или наблюдаются достаточно стойко различные осложняющие расстройства. Высокая частота этих осложнений, до 50% и выше, и крайне неблагоприятное их влияние на общую адаптацию как ребенка, так и членов его семьи обуславливают необходимость особого внимания к ним родителей и специалистов. Так, у тяжело умственно отсталых детей, особенно в периоде полового созревания, могут возникать разнообразные состояния декомпенсации в виде повышенной психомоторной расторможенности, расстройств влечений в виде сексуальной расторможенности, агрессивного поведения и т. п.

Известны ситуации, когда у родителей формируются так называемые рентные установки. И тогда они не только не заинтересованы в пересмотре диагноза, но и требуют повышения социального статуса ребенка, семьи, ожидая от общества только материальной поддержки.

Все перечисленные реакции носят неконструктивный характер и могут выступать препятствием на пути адаптации как самого ребенка, так и его родителей.

Следовательно, все семьи, воспитывающие детей с нарушением психического развития, характеризуются определенными признаками:

1) родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка (это можно обозначить как нарушение временной перспективы);

2) личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей и, как следствие, вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность;

3) семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются;

4) социальный статус семьи снижается: возникающие проблемы не только затрагивают внутрисемейные взаимоотношения, но и приводят к изменениям в ее ближайшем окружении; родители стараются скрыть факт нарушения психического развития у ребенка и наблюдения его психиатром от друзей и знакомых — соответственно, круг внесемейного функционирования сужается;

5) «особый психологический конфликт» (Ч. Шефер, Л. Кери, 2000) возникает в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка.

Многие родители основную роль в преодолении отклонений в развитии отводят медикаментозному лечению. Но необходимо при этом помнить, что даже

199

самое лучшее медикаментозное лечение является эффективным лишь при правильном семейном воспитании и проведении родителями целой системы специальных упражнений. Воспитание ребенка с отклонениями в развитии носит коррекционный характер. Поэтому родители не должны забывать и о собственном самообразовании, так как помочь больному ребенку можно лишь тогда, когда обладаешь достаточными знаниями и представлениями о его болезни (Г.А. Калюжин, М. П. Дерюгина, 1993).

А. Р. Маллер (1996) приводит данные об обратной зависимости между такими переменными, как степень умственной отсталости ребенка и уровень коэффициента интеллекта родителей. Часто это заботливые, терпеливые, добрые люди. Они имеют высшее и среднее специальное образование. Рождение ребенка изменяет жизнедеятельность семьи. Однако любовь и вера в него, творческая сила и резервные возможности личности позволяют найти родителям нужное направление в их нелегком пути.

Какими же качествами должны обладать родители детей-инвалидов, чтобы их любовь стала силой, формирующей характер ребенка, его психическое состояние? На наш взгляд, это следующие ключевые черты:

1) родители должны иметь веру в жизнь, внутреннее спокойствие, чтобы не заражать своей тревогой детей;

2) родители должны строить свои отношения к ребенку на успешности, что определяется родительской верой в его силы и возможности;

3) родители должны четко знать, что ребенок не может вырасти без атмосферы похвалы;

4) родители должны развивать самостоятельность своего ребенка и поэтому для его же блага (по возможности) сокращать постепенно свою помощь ему до минимума.

Помощь детям с нарушением интеллекта требует социально-педагогической поддержки их семей. Развитие ребенка-инвалида в огромной степени зависит от семейного неблагополучия,

участия родителей в его физическом и духовном становлении, правильности воспитательных воздействий. В связи с этим необходимо проводить целенаправленную работу с родителями — в первую очередь, с матерями больного ребенка. Эта работа включает обследование внутреннего состояния матерей, выявление наиболее трудных в психологическом плане моментов в жизни семей, оказание консультативной и практической помощи. Необходимо, чтобы родители не оставались один на один со своей бедой, чтобы инвалидность ребенка не становилась только личным делом семьи. Родители детей-инвалидов должны поверить в свои силы и активно совместно решать насущные проблемы своих детей и своей семьи.

Исследуя характер длительных эмоциональных переживаний родителей, воспитывающих детей-инвалидов, В. М. Сорокин (1998) отмечает, что один из устойчивых компонентов отдаленных эмоциональных переживаний — экзистенциальный кризис, проявляющийся востром чувстве несамореализованности. Исходный пункт последнего — ощущение неполноты чувства материн-

200

ства, его незавершенности и бесконечности («дети так и остаются детьми»). В случае нормального развития первоначальная симбиотическая связь ребенка и матери постепенно сменяется все усиливающейся автономией взрослеющего сына или дочери, что высвобождает время и силы родителей для реализации личных мотивов (профессиональный рост, получение образования, общение с друзьями, поездки, посещение театров, музеев, собственные увлечения). В процессе воспитания ребенка-инвалида избыточная первоначальная симбиотическая связь не только со временем не ослабевает, но в ряде случаев даже усиливается.

Умственно отсталый ребенок всегда вносит определенную степень напряженности в отношения между супругами. Это определяет необходимость психологической коррекционной работы в таких семьях. Опыт показывает, что семейная ситуация остается более контролируемой в семьях, в которых родители имеют более широкий кругозор и круг интересов.

Для более успешного развития ребенка важен не только благоприятный психологический климат семьи, но и сохранение активных контактов семьи с друзьями, коллегами, с миром. Важно, чтобы семья не замыкалась в своем горе, не уходила «в себя», не стеснялась своего больного ребенка. Сохраняя контакты с социальным окружением, родители способствуют как социальной адаптации своего ребенка, так и гуманизации общества, формируя у здоровых его членов правильное отношение к больному ребенку, сочувствие и желание оказывать ему помощь (Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина, 1991).

Необходима совместная со специалистами работа по поиску «рациональных путей социальной адаптации детей», забота «об их будущем, воспитании, образовании, трудоустройстве, которое соответствовало бы реальным возможностям молодого человека». Для успешного семейного воспитания умственно отсталого ребенка важно помнить слова Т. Вейса (1992), который говорил, что не только окружающие влияют на такого ребенка, но и сам ребенок в значительной степени влияет на окружающих, в первую очередь, конечно, на семью.

Исходя из недостаточной изученности проблем семьи, имеющей ребенка с какой-либо степенью умственной отсталости, нами поставлена цель исследовать особенности взаимоотношений родителей и детей с нарушением интеллекта, а также выявить зависимость между характером взаимоотношений в семье и психическим состоянием ребенка.

Для осуществления этой цели необходимо изучить:

П семью, воспитывающую ребенка с умственной отсталостью;

О социально-психологические проблемы, влияющие на благополучие семьи;

□ стили семейного воспитания в семье умственно отсталого ребенка;

□ влияние взаимоотношений в семье на развитие личности ребенка и его социализацию;

□ своеобразии взаимоотношений родителей и детей с нарушением интеллекта.

201

6.5. ИССЛЕДОВАНИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Для проведения исследования были выбраны 2 группы учащихся 8-10 лете разной степенью умственной отсталости, обучающихся во вторых классах специальной (коррекционной) школы-центра диагностики и интегрированного обучения № 34 Санкт-Петербурга и их семьи. Первая группа — дети с легкой степенью умственной отсталости (16 человек) и их семьи; вторая группа — дети с умеренной степенью умственной отсталости (19 человек) и их семьи.

Для составления представления о семьях детей и изучения личности учащихся были использованы следующие методы:

1) анализ личных дел учащихся, дневников наблюдения, таблиц эмоционально-личностного развития конкретных детей, медицинских сведений, карт индивидуального развития;

2) изучение продуктов деятельности (результаты детского творчества и учебной деятельности);

3) беседы с учителями и воспитателями учащихся;

4) наблюдение за взаимоотношениями родителей и детей.

Предварительный сбор информации об особенностях учащихся и их семей позволил нам составить общую характеристику контингента испытуемых.

Дети первой группы в основном гиперактивные, легко возбудимые. Испытуемые второй группы имеют проблемы в межличностном общении со сверстниками. У некоторых учащихся отмечаются элементы агрессии, состояния аффективного возбуждения или, напротив, реакции замыкания, ухода в себя.

Семьи учащихся, участвующих в обследовании, характеризуются в основном как проблемные. Около 2/3 общего числа семей материально нуждаются. Из 35 изучаемых семей: 5 — многодетные, 14 — неполные (причем в одной родитель — отец), 1 — опекунская семья. Третья часть всех семей являются асоциальными (злоупотребление алкоголем), с низким уровнем общей культуры. В основном в изучаемых семьях родители имеют среднее или среднее специальное образование и только 3 человека — высшее.

Особенности отношений родителей к ребенку и стиль их воспитания могут быть причиной нарушений в поведении и развитии ребенка. Изучение психологического климата семьи и родительских установок и позиций по отношению к детям позволяет определить тип межличностных отношений, существующий в семье между родителями и ребенком.

Для изучения типов межличностных отношений родителей к детям использовали тест-опросник родительского отношения к детям (ОРО) А. Я. Варги и В. В. Столина. Текст опросника состоит из 61 утверждения. Метод тестирования проведен на основе письменного самоотчета родителей в специальных бланках для регистрации ответов.

202

Перед заполнением теста-опросника родителям давалась подробная инструкция о порядке и правилах работы (Приложение 1.7).

Анализ полученных в исследовании результатов (по опроснику А. Я. Варги и В. В. Столина) позволил нам выявить типы родительского отношения к детям, имеющим разную степень умственной отсталости. В первой группе испытуемых преобладает авторитарная гиперсоциализация детей и отношение родителей к ребенку как к «маленькому неудачнику» (табл. 22).

Ребенок представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний. Родители его либо эмоционально отвергают, либо начинают авторитарно следить за социальными достижениями ребенка и требовать от него успеха. Социально-желательное отношение родителей к своему ребенку выявлено только в одной семье.

Приведем пример авторитарно-родительского отношения к ребенку.

ПРИМЕР 6

Сережа Ч., 9 лет

Диагноз. Легкая степень умственной отсталости.

Семья полная, трое детей: 2 мальчика — 9 и 10 лет, и старшая дочь. Родители имеют среднее специальное образование. Мать — маляр-штукатур, отец — водитель автобуса. Родители, стараясь обеспечить своих детей всем необходимым, много времени проводят на работе. Желая оградить сына от неприятностей в жизни, родители строго следят за ним. При этом они отмечают, что Сережа может их вывести из себя, часто ловят себя на враждебном отношении к нему и с нежностью вспоминают его маленьким. Родители стыдятся проявления низких интеллектуальных способностей ребенка, жалеют его, считая его незрелым для данного возраста. Чтобы мальчик вырос приспособленным к жизни, по их мнению, следует держать его в жестких рамках.

Во второй группе детей также наиболее выражена авторитарность родителей по отношению к детям (37,1% случаев). Родители стараются навязать во всем ребенку свою волю. 21,1% опрошенных родителей досадуют на неуспешность и неумелость ребенка и столько же родителей близки из-за этого к эмоциональному отвержению своих детей. В трех семьях родители стремятся к симбиотическим отношениям к ребенку. Чрезмерная гиперопека вызвана тревогой за неумелого и неприспособленного к жизни ребенка (табл. 22).

Таблица 22

Типы родительского отношения к умственно отсталым детям, %

Типы отношений	Группа детей с ЛУО (n = 16)	Группа детей с УУО (n = 19)
Отвержение ребенка	18,7	21,1
Социально-желательный образ	6,3	5,1
Симбиоз с ребенком	6,3	15,6
Авторитарная гиперсоциализация	43,7	37,1
Инфантилизация ребенка	25,0	21,1

Приведем пример семьи, где доминирует инфантилизация ребенка.

203

ПРИМЕР

7

Яна Б., 10 лет

Диагноз. Умеренная умственная отсталость.

Семья полная. Родители с низким образовательным уровнем, отец — инвалид. Яна — поздний ребенок в семье. Это объясняет стремление оградить ребенка от травмирующих жизненных проблем. Мать часто «идет на поводу» у дочери, чрезмерно опекая ее в быту. Однако родители четко осознают неуспешность ребенка, считают, что другие дети потешаются над их незрелой дочерью. Испытывая досаду к ребенку из-за ее неумелости, открытости для дурных влияний, несерьезности интересов и мыслей дочери, родители не доверяют ей и строго контролируют все ее действия.

Итак, анализ выявленных типов родительского отношения к ребенку с умственной отсталостью позволяет отметить некоторые особенности межличностных отношений в семье. Первая особенность заключается в том, что в исследуемых семьях, имеющих детей с нарушением интеллекта, доминирует авторитарная гиперсоциализация детей родителями. Жесткий контроль над поведением ребенка выявлен у 43,7% семей первой и 37,1% детей второй группы. Вторая особенность характеризуется приписыванием родителями своему ребенку личной и социальной несостоятельности. В межличностных отношениях заметно стремление инфантилизировать ребенка. Он представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний. Часто родители испытывают к ребенку досаду, раздражение, не доверяют ему. Такое родительское отношение выявляет третью особенность в межличностных взаимоотношениях исследуемых нами семей. У 18,7% родителей первой группы и 21,1% — второй отмечается эмоциональное отвержение своего ребенка как «маленького неудачника» в жизни, который не добьется успеха из-за низких способностей, небольшого ума, дурных наклонностей. В отличие от родителей детей с легкой степенью умственной отсталости, у родителей детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью отмечается усиление симбиотических отношений с ребенком (15,6%).

Необходимо отметить, что рассматриваемые нами типы родительского отношения к детям в основном затрагивают связь «мать — ребенок», так как из 35 опрошенных родителей почти все (за исключением четырех) были матери.

Таким образом, с возрастанием степени отклонения в интеллектуальном недоразвитии детей усложняется отношение родителей к таким детям. Родители идут по пути либо гиперопеки, либо эмоционального отвержения ребенка как «неудавшегося человека», либо инфантилизации или симбиоза с ребенком.

6.6. ВЛИЯНИЕ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Отношение родителей к детям представляет собой систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности

204

ребенка, его поступков. Диагностика психологического климата в семье и взаимоотношений родителей с детьми позволяет выявить тип воспитания ребенка, а также дает возможность

прогнозировать влияние тех или иных моделей воспитания на психическое и личностное развитие детей. Оценить, насколько благоприятна для ребенка существующая в семье система взаимоотношений родителей с ним, возможно при обращении к самому объекту воспитательных воздействий. Субъективное восприятие своей семьи ребенком позволяет выявить те взаимоотношения, которые вызывают тревогу у него, определить место и роль ребенка в семье. Изучению этого аспекта была посвящена данная часть исследования.

Для выявления субъективной характеристики взаимоотношений в семье, особенностей восприятия учащимися членов своей семьи и определения места ребенка в ней нами был использован тест «Кинетический рисунок семьи» (КРС) Р. Бернса и С. Кауфмана. Тест КРС состоит из двух частей: рисование своей семьи и беседы после рисования.

Исследование проводили индивидуально с каждым ребенком, в спокойной обстановке. Проследив наличие у ребенка необходимого оборудования, исследователь предлагал короткую инструкцию: «Пожалуйста, нарисуй свою семью так, чтобы все ее члены были чем-либо заняты». Во время рисования фиксировали последовательность рисования, высказывания ребенка, его мимику, жесты. По законченному рисунку с ребенком проводили беседу по следующей схеме:

- 1) Кто нарисован на рисунке, что делает каждый член семьи?
- 2) Где работают и учатся члены семьи?
- 3) Как в семье распределяются домашние обязанности?
- 4) Каковы взаимоотношения ребенка с остальными членами семьи?

Анализ рисунков семьи детей (по тесту «Кинетический рисунок семьи» Р. Бернса и С. Кауфмана) проводили с учетом формальной и содержательной характеристики изображения. Интерпретацию рисунков осуществляли по пяти симптомокомплексам:

- 1) благоприятная семейная ситуация;
- 2) тревожность ребенка;
- 3) конфликтность в семье;
- 4) чувство неполноценности в семейной ситуации;
- 5) враждебность в семейной ситуации.

Исследование рисунков умственно отсталых детей показало преобладающую конфликтность и тревожность в семейных отношениях. При анализе рисунков и по результатам беседы у 51,6% обследуемых детей выявляются конфликтность, тревожность и эмоционально неоднозначно окрашенные отношения с членами их семей. Эти дети во многих случаях использовали штриховку при изображении «нелюбимых» членов семей, часто стирали и перерисовывали их, забывали нарисовать какую-нибудь часть тела или лица, начинали изображать «недруга» в последнюю очередь, причем как можно дальше, в стороне от себя. Часто дети «отгораживаются» в своих рисунках от членов семьи, с ко-

205

торыми конфликтуют, мебелью, вещами или рисуют их в другом помещении. В таких ситуациях явно выступают отношения отдаленности, отчужденности детей от родителей. В обеих обследуемых группах общий процент таких детей превалирует над остальными: от 37,5 до 66,6%, причем увеличение процента конфликтности в семьях происходит параллельно с углублением интеллектуальной недостаточности в развитии детей.

Проиллюстрируем это на примерах рисунков детей.

На рисунке Саши Ц. из первой группы изображена вся семья девочки, хотя мать с отцом находятся в разводе. Девочка рисует себя рядом с папой и сестрой, держит их за руки. Маму Саша изображает в другой стороне рисунка и отделяет от себя, папы и сестры несуществующей собакой. Таким образом, по рисунку Саши определяется конфликтность девочки с матерью (рис. 32).

Показательным в наличии конфликтности в семье является и рисунок Алеши Ш. из второй группы. На рисунке мальчика отсутствуют мать и отец. Себя Алеша изображает неадекватно большим, по сравнению со старшим братом (рис. 33).

Анализ рисунков детей и беседы с ними позволяют судить об осознании ребенком и оценивании своего одиночества в семье, об умении улавливать симпатии и антипатии к себе со стороны членов семьи, оценивать психологический климат в семье. Так, 31,4% всех испытуемых учащихся в своих рисунках показали наличие тревожности в семейных межличностных отношениях.

В рисунках дети могут выразить то, что им трудно бывает высказать словами, то есть язык рисунка более открыто и искренне передает смысл изображенного, чем вербальный язык. Изображение на рисунке себя непропорционально маленького, неподвижного или отсутствие

«Образ „Я"» свидетельствует о переживании ребенком чувства неполноценности в семье, его депрессивности.

Общая деятельность всех членов семьи обычно характеризует хорошую, благоприятную семейную ситуацию. Лишь 8,5% исследуемых детей в своих рисунках отображает такой характер взаимоотношений в семье. Большинство учащихся в общей деятельности соединяет лишь несколько членов семьи или вообще их автономизирует. По данным анализа рисунков, враждебность в семейных взаимоотношениях ни один ребенок не отмечает.

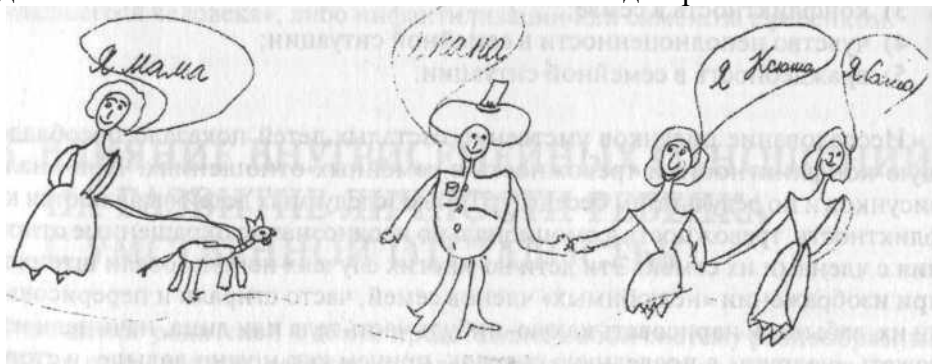


Рис. 32. Рисунок семьи Саши Ц. с легкой умственной отсталостью

206

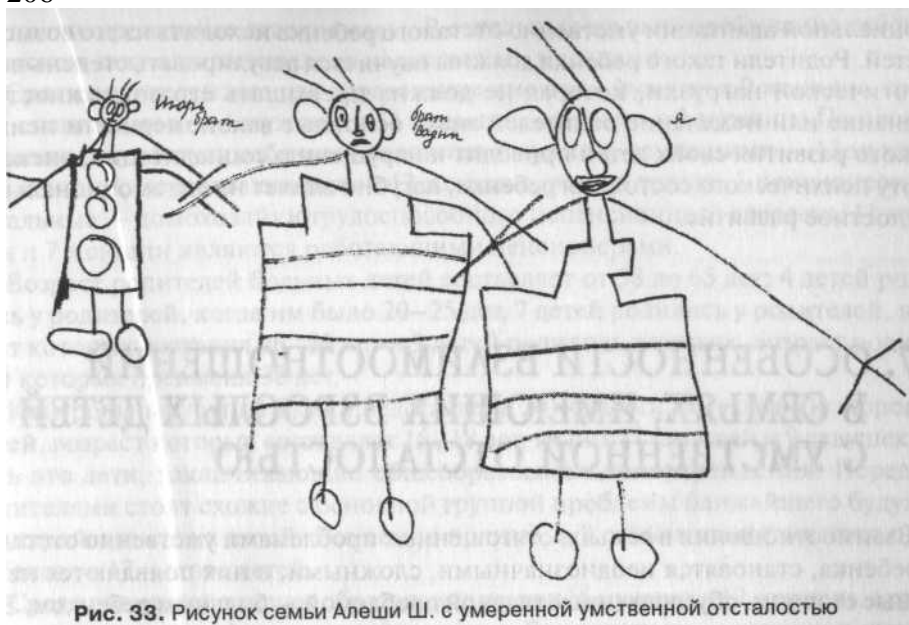


Рис. 33. Рисунок семьи Алеши Ш. с умеренной умственной отсталостью

В полных семьях ребенок акцентирует внимание на членах семьи, редко изображая внешний мир предметов. Мир не обозначен как отчужденный, происходит взаимопроникновение мира семьи и внешнего мира, семья входит в него как элемент всей системы. Это не просто внешний мир, «мир вне нас», но и «мир с нами», «мир для нас».

Проведенное исследование показало своеобразие рисунков детей из неполных семей.

Дети из неполной семьи стремятся заполнить поле рисунка, тем самым заполняя вакуум в своем семейном окружении. Дополнительные элементы присутствуют почти всегда, при этом они несут более абстрактный характер. Происходит разделение внутреннего мира семьи и внешнего, «другого» мира, который далек и отчужден. Проявляющаяся тенденция к дистантности, изоляции может быть основой формирования проблем взаимоотношений во взрослом мире.

Анализ исследования рисунков семьи свидетельствует о том, что в большинстве семей (83%) характер взаимоотношений вызывает у детей тревожность и конфликтность с членами семьи. Родители не способны справиться с возрастными проблемами психического и личностного развития детей. Они настойчиво стремятся «создать» идеальный образ ребенка, проявляя при этом излишнюю требовательность и нетерпимость, завышенный уровень притязаний в отношении возможностей детей. В семьях отмечается родительская и, что особенно страшно, материнская грубость, командный, агрессивный стиль взаимоотношений с собственными детьми.

Таким образом, причины нарушений в поведении и развитии обследуемых нами детей во многом определены особенностями отношений к ребенку в семье и стилю их воспитания. Главная функция семьи заключается в том, чтобы

207

в социальной адаптации умственно отсталого ребенка исходить из его возможностей. Родители такого ребенка должны научиться регулировать степень психологической нагрузки, которая не должна превышать его возможностей. Незнание или нежелание родителей знать основные закономерности психического развития своих детей приводит к нарушению социализации, дискомфорту психического состояния ребенка, пагубно влияет на его эмоционально-личностное развитие.

6.7. ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Взаимоотношения в семьях, отягощенных проблемами умственно отсталого ребенка, становятся неоднозначными, сложными, в них появляются негативные стороны, обусловленные главной проблемой — больным ребенком. Эти взаимоотношения существенно изменяются в процессе взросления ребенка с умственной отсталостью. Для изучения их особенностей были проведены исследования в семьях, воспитывающих взрослых детей с болезнью Дауна. Они проведены под руководством профессора Д. Н. Исаева выпускницей Института специальной педагогики и психологии Т. А. Устимовой, педагогом-дефектологом и матерью собственного взрослого ребенка, страдающего этим заболеванием.

Проведенное в настоящей работе обследование семей, воспитывающих взрослых детей с синдромом Дауна, выявило, что лишь пятая часть детей посещала образовательные учреждения, обучаясь в специальных (коррекционных) школах для детей с нарушениями интеллекта. Оставшиеся 80% не учились вообще не потому, что не в состоянии были овладеть специальной программой обучения. Этим детям «не повезло» с диагнозом, они получили клеймо «не-обучаемых».

Для изучения психологических особенностей и взаимоотношений между родителями и детьми, в рамках поставленной цели были проведены исследования в двух группах: основной и контрольной, в количестве 20 семей каждая.

Основная группа была представлена семьями, воспитывающими взрослых детей (от 18 до 23 лет) с болезнью Дауна. Место проживания семей — разные районы Санкт-Петербурга. Из общего числа семей 19 — полные, и в одной семье дочь воспитывает только мать, поскольку отец оставил семью сразу после рождения больного ребенка. То есть, всего родителей — 39 человек. В 12 семьях больной ребенок — единственный, в 12 воспитываются два ребенка и в 2 семьях — трое детей, причем в последних двух случаях больной ребенок — младший. Среди детей мальчиков — 13, девочек — 7.

В свое время только 9 детей в разном возрасте и с разной продолжительностью (1,5—2,5 года) посещали детские дошкольные учреждения, в частности,

208

специализированные детские сады. В отдельных случаях пребывание ребенка в детском саду ограничивалось несколькими месяцами.

Среди родителей высшее образование имеют 13 мужчин и 9 женщин, среднее специальное — 4 мужчин и 11 женщин, среднее — 2 мужчин. По своему социальному статусу рабочими являются 6 мужчин, служащими — 13 мужчин и 8 женщин, неработающими — 12 женщин, из них только 1 пенсионерка, а остальные — домохозяйки трудоспособного непенсионного возраста. 11 мужчин и 7 женщин являются работающими пенсионерами.

Возраст родителей больных детей составляет от 38 до 65 лет; 4 детей родилось у родителей, когда им было 20-25 лет, 7 детей родились у родителей, возраст которых составил 26—36 лет и 9 детей родились в семьях, возраст родителей которых превысил 36 лет.

Контрольная группа была представлена 20 семьями, имеющими здоровых детей, возраст которых составляет 16—18 лет, из них 11 юношей и 9 девушек, то есть это дети, заканчивающие общеобразовательные учреждения. Перед их родителями стоят схожие с основной группой проблемы ближайшего будущего устройства своих детей. Все семьи полные, в 8 семьях воспитывается один ребенок, в 12 — двое детей.

Среди родителей высшее образование имеют 16 мужчин и 12 женщин, а среднее специальное — 4 мужчин и 8 женщин. Все родители — мужчины данной группы работают, причем 18 человек из них являются служащими и только 2 — рабочими. Среди женщин — 15 служащих, 4 рабочих и 1 мама — неработающая (домохозяйка).

В качестве инструментальных средств исследований были использованы личные наблюдения и набор психологических тестов.

В ходе наблюдений, которые проводились длительное время, причем в 13 семьях — в течение нескольких лет, делались попытки обобщить и классифицировать сложную гамму взаимоотношений в обследуемых семьях. При этом многие нюансы пришлось либо просто не учитывать, либо «огрублять». Выявленные в результате такой классификации семейные отношения представлены ниже.

Основными видами отношений между родителями являются: отношения партнерства (45%); доминирования (28%); дружеские отношения (27%).

Отношения между родителями и детьми в основном определены как: опекунские (42%); дружеско-покровительские (41%); покровительские (17%).

Выделенные группы и виды отношений характеризуют в конечном итоге семью, определяют ее тип, доминирующий в ней стиль воспитания.

Очень благоприятны для детей дружеские, партнерские отношения между супругами. Психологический климат в таких семьях (а их большинство — 73%) благотворно влияет на весь уклад семейной жизни.

Наличие больного ребенка в семье обязывает родителей проявлять взаимную заботу, оказывать друг другу помощь, «прятать» отрицательные эмоции или отодвигать их на второй план.

Деструктивные отношения между родителями в рассматриваемых семьях (27%) имеют место в связи с позицией доминирования, занимаемой, как правило, отцом. При деструктивных отношениях нет взаимопонимания между

209

членами семьи, их жизнь становится излишне автономной, отсутствует эмоциональная привязанность и солидарность. При этом основная роль отца, по его мнению, сводится к материальному обеспечению семьи, все остальное должно быть подчинено этому.

Как же обстоит дело в обследуемых семьях? В результате изучения на основе наблюдений было выявлено два основных типа воспитания: гармоничный и деструктивный.

ПРИМЕР 8

Гармоничное, гуманное воспитание

Семья состоит из трех человек — отец, мать и ребенок-инвалид с болезнью Дауна, 1 8 лет. Средний возраст родителей — 40 лет, образование у обоих родителей высшее, по профессии мама — педагог, папа — кандидат технических наук. Межличностные отношения между супругами основываются на взаимопонимании и доверии. Основными принципами воспитания в семье являются доброжелательность, ответственность и взаимопомощь. Стиль и фон семейной жизни создает положительное впечатление. Социальный статус как матери, так и отца не носит ярко выраженного лидерского положения, отношения скорее можно назвать паритетными. В воспитании ребенка оба родителя принимают участие в равной мере, при этом в наличии — желание воспитывать и развивать ребенка всеми доступными способами. Организация жизни семьи, хозяйственно-бытовое обеспечение и проведение досуга — все это решается сообща, учитывается мнение каждого члена семьи, в том числе и ребенка. Воспитательный климат семьи таков, что совершенно очевидно наличие педагогической системы: родители в полной мере осознают задачи, стоящие перед ними, и разумно используют методы поощрения и принуждения в воспитании. Уровень педагогической культуры родителей, их подготовленность по многим вопросам развития и воспитания можно назвать достаточными. Родители тонко чувствуют и хорошо знают особенности своего ребенка, поэтому вполне адекватно оценивают его поведение. Участие отца и матери в реализации требований можно назвать конструктивным, организационным и коммуникативным.

ПРИМЕР 9

Несбалансированное воспитание

Тип воспитания в этой семье можно назвать жестким со стороны отца и слишком мягким со стороны матери. Семья состоит из трех человек — отец, мать и дочь с синдромом Дауна, 20 лет. Образование у отца высшее (инженер), у матери — среднее специальное (наладчица). Возраст родителей в среднем 55 лет. Межличностные отношения родителей основаны на непонимании друг друга, как по основным вопросам жизни, так и по второстепенным, в мелочах. Понимание ребенка родителями очень различно. Основные принципы семейных отношений сформулировать непросто: если со стороны матери наблюдается мягкое, понимающее и внимательное отношение к ребенку, то со стороны отца — жесткое, практично-рациональное. В то время как мать относится от-

ветственно к ребенку и строит свои отношения на взаимном доверии с дочерью, отец чаще бывает подозрительным и не старается вникнуть в нужды ребенка, понять и помочь. В целом стиль и фон семейной жизни носит отрицательный характер. Причиной семейных переживаний, обусловленных своеобразным характером отношений как родителей между собой, так и по отношению к ребенку, являются разногласия и противоречия в вопросах уклада и воспитания в семье. Социальный статус отца незыблем — он в семье главный, хотя степень участия в воспитательном процессе с его стороны незначительна, у него отсутствует само желание воспитывать ребенка, что, как считает отец, прерогатива матери, которая занимается и воспитанием, и хозяйственно-бытовыми проблемами семьи, несмотря на то, что она работает и вне дома. По участию в организации жизни семьи и проведению досуга каждый из родителей вкладывает свои понятия — отец должен зарабатывать деньги, а мать (жена) должна делать все остальное, в том числе воспитывать, развивать, лечить и учить ребенка.

210

Воспитательный климат семьи можно назвать неблагополучным, так как отсутствует какая-либо педагогическая система (в ее строгом понимании). Задачи семейного воспитания, способы и методы их реализации каждый из родителей понимает по-своему. Уровень педагогической культуры, подготовленность родителей к воспитанию ребенка можно считать невысокими: имеют место и отсутствие знаний об особенностях ребенка, и неадекватность оценки его поведения — мать завышает возможности ребенка, а отец — занижает. Последнее, кстати говоря, еще раз подтверждает слишком малое его участие в воспитательном процессе и, как следствие, компенсацию матерью этой недостачи излишней жалостью и гиперопекой. Из исследования этой семьи видно, что воспитательный процесс и психологический климат семьи носит неорганизованный, некоммуникативный и деструктивный характер. В конечном итоге это сказывается как на личностном развитии, так и на формировании навыков приспособления к жизни их дочери.

Наблюдения показывают, что отношения между родителями и детьми основной группы в большинстве случаев являются отношениями опеки и покровительства (59%), а в остальных случаях — дружеско-покровительскими (41%). Это естественное, казалось бы, родительское чувство в данном случае отражает *специфику семейных отношений* «взрослый—больной ребенок» и, по мнению родителей, требует чрезмерной заботы и контроля. Объективно с этими родителями можно согласиться, однако часто при этом происходит подмена понятий. Спектр нарушенных представлений о правильном воспитании широк. Так, например, забота о ребенке порой превращается в элементарное «все сделать самому», когда речь идет о его самообслуживании. При организации хозяйственно-бытовых работ, домашних дел или досуга эти родители часто считают правильным не привлекать ребенка, в виду его «неспособности».

Корни излишней опекаемости ребенка со стороны родителей, именно ребенка с болезнью Дауна, кроются в неправильном информировании родителей с самого его рождения: здесь и ожидающие их перспективы, и сложности воспитания, и проблемы лечения и т. п. Информирование, как правило, осуществляется людьми, не являющимися специалистами в данной области — врачами родильных домов, невропатологами и др., а следовательно, родители получают неверную информацию, которая накладывает на них тяжелый отпечаток безрадостного будущего. Кроме того, родители в большинстве случаев ищут ответы на интересующие их вопросы в справочниках и другой специальной литературе, но, увы, чаще всего полного и исчерпывающего ответа им найти не удастся. В основном информация этих источников лишь усугубляет и без того угнетенное психологическое состояние родителей, поскольку основной рефрен всех этих источников — внешние признаки: эти дети необучаемы, подвержены сопутствующим, часто неизлечимым, заболеваниям, долго не живут, воспитываются в основном в интернатах. До 90% родителей именно с такой информацией выписываются из роддома, вступают на нелегкий, полный неизведанных и мучительных переживаний путь.

Родителям необходим иной вид помощи, иная, во многом противоположная информация о том, что эти дети ласковые, добрые, общительные, любят музыку, в достаточной мере поддаются социальной адаптации, способны овладевать теми или иными видами хозяйственно-бытового труда. Иными словами, такие дети могут быть неплохо адаптированы к жизни. Подтверждением этому может послужить пример, приведенный А. Р. Маллером (1996).

211

Елена Ю., 21 год

ПРИМЕР 10

Диагноз. Умственная отсталость, синдром Дауна, косноязычие, инвалид детства второй группы. Девушка училась 4 года в специальной школе Москвы (до этого находилась в школе-интернате, откуда ее исключили как необучаемую). В школе Лена научилась считать в пределах 1 00, решать задачи в один вопрос, читать, переписывать с книги и доски, писать несложные диктанты. Она овладела навыками производительного труда, научилась хозяйственно-бытовой деятельности.

По окончании школы Лена пошла работать в спеццех. В бригаде она выполняла различные картонажные операции. Девушка могла отчитаться о проделанном, рассказать о назначении готовой продукции. Через год за хорошие показатели в работе ее перевели в основной цех картонажной фабрики. Она влилась в производственный коллектив, подружилась с членами бригады. На производстве ее характеризовали положительно. Лена часто посещает школу, интересуется жизнью бывших одноклассников, рассказывает о работе на фабрике.

Родители уделяют ей большое внимание. Мать и отец часто бывают с дочерью в кино, поддерживают ее увлечение грампластинками. Лена коллекционирует открытки киноартистов, знает их фамилии, в каких фильмах они снимались. У девушки развиты определенные хозяйственно-бытовые навыки. Она может убрать квартиру, помыть посуду, постирать, сходить в магазин. На работу из отдаленного района ездит самостоятельно.

В данном случае потенциальные возможности ребенка были раскрыты в результате правильно построенных родительско-детских отношений и, что особенно важно, без отрыва от семьи.

Там, где родители считают ребенка равноправным членом семьи и относятся к нему с пониманием, как к партнеру, налицо дружеско-покровительские отношения. Дети из этих семей оказались более адаптированы к жизни: учатся или закончили школу, занимаются спортом, принимают участие в соревнованиях (Special Olimpic), посещают бассейн и различные кружки.

Таким образом, исследование внутрисемейных отношений, проведенное методом наблюдений, показало, что межсупружеские отношения в большинстве своем в данной группе обследуемых хорошие и стабильные, а родительско-детские отношения несут на себе отпечаток свехопеки.

Психологические исследования семейных взаимоотношений осуществлялись с использованием методики «Pagi», позволившей получить дополнительную информацию об особенностях семейного воспитания. Ее применение позволило выявить различия в оценках родителей основной и контрольной групп, касающихся эмоционального контакта и дистанции с ребенком, концентрации на ребенке и отношения к семейной роли.

Результаты проведенного исследования показывают, что установки и реакции родителей этих групп различаются по целому ряду признаков.

Так, признаки, относящиеся к оценке излишней эмоциональной дистанции родителей с ребенком (раздражительность, излишняя строгость, уклонение от контакта) для основной группы имеют меньшие значения, чем в контрольной. Родители последней испытывают большее раздражение и более строги к своим детям, нежели родители основной группы (рис. 34). Это можно объяснить тем, что родители здоровых детей считают строгое воспитание более эффективным в условиях возможного формирования у повзрослевшего ребенка дурных наклонностей, которые необходимо переломить. Проявления излиш-

212



Рис. 34. Оценка эмоциональной дистанции «родители — ребенок»

ней уместной и неуместной самостоятельности их ребенка вызывают у них раздражительность.

Группа признаков, относящаяся к излишней концентрации на ребенке (рис. 35): чрезмерная забота, подавление воли, опасение обидеть, исключение внесемейных влияний, подавление агрессивности, подавление сексуальности, чрезвычайное вмешательство в мир ребенка, ускорение развития ребенка, — имеют различия в признаках чрезмерной заботы, вмешательства в мир ребенка и его ускоренное развитие, с преобладанием их значений в основной группе. Чрезмерная забота родителей основной группы легко объясняется тем, что больной ребенок требует больше внимания, он более зависим от родителей. Выраженность этого признака, в свою очередь, приводит к тому, что родители стремятся все знать о ребенке, стремятся оградить его от жизненных сложностей и забот.

Необходимость каждодневной заботы о ребенке и преодоления связанных с этим многочисленных трудностей, их большая тяжесть, чем у родителей контрольной группы, обуславливает и стремление ускорить развитие своего больного ребенка.



Рис. 35. Оценка излишней концентрации на ребенке

213

Меньшая выраженность признаков: подавление воли, агрессивности и сексуальности в основной группе может быть объяснена тем, что дети с синдромом Дауна не отличаются ярко выраженной агрессивностью и сексуальностью, а их волевые устремления не выходят за рамки семьи, дома. Поэтому вполне объяснимо, что у родителей нет необходимости оказывать особое воздействие на эти качества детей.

Отношения супругов в семье оцениваются через признаки: зависимость от семьи, ощущение самопожертвования, семейные конфликты, сверхавторитет родителей, неудовлетворенность ролью хозяйки, безучастность мужа, доминирование матери и несамостоятельность матери. Признаки самопожертвования, сверхавторитета родителей и несамостоятельность матери в основной группе имеют большие значения, чем в контрольной (рис. 36). Необходимость высокого самопожертвования родителей основной группы диктуется самой жизнью — свой выбор они сделали еще при рождении ребенка, не сдав его государству, тем самым обрекая себя в значительной степени на самоотречение, на неизбежные моральные и материальные издержки. Родители, чьи дети лишены полноценного общения с окружающим миром, невольно становятся для них единственным авторитетом, при этом соответствующим образом формируются и взгляды родителей. Несамостоятельность матери, принявшей роль мученицы, вынужденной, с одной стороны, жертвовать всем во имя ребенка, а с другой — неспособной пожертвовать собой без поддержки со стороны, например супруга, определяет и высокую оценку признака «несамостоятельность матери». Мать оставляет работу, во всем зависит от мужа, который в большинстве случаев является материальной опорой семьи, у нее не складываются отношения с родственниками, которые не понимают и не разделяют ее трудностей.

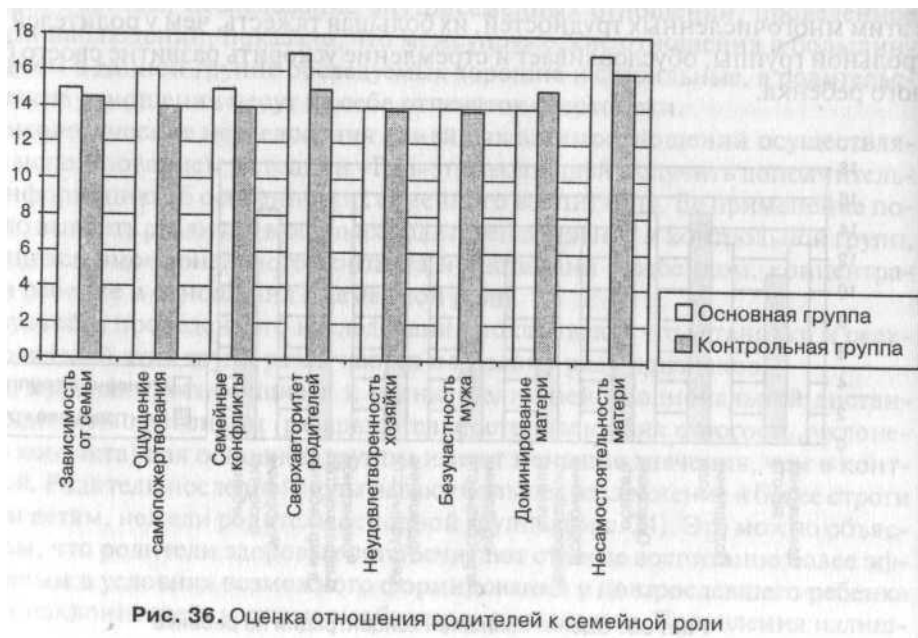


Рис. 36. Оценка отношения родителей к семейной роли

214

Степень согласованности оценок, даваемых родителями в основной группе, достаточно высока, о чем свидетельствует коэффициент их корреляции ($p = 0,85$). Это подтверждается наблюдениями за их взаимоотношениями, являющимися достаточно хорошими и стабильными.

Приведенные результаты свидетельствуют о том, что взгляды родителей исследуемых групп на супружеские отношения и отношения с детьми имеют различия почти в половине признаков. Так, в семьях основной группы, воспитывающих больных детей (рис. 36), значения признаков, характеризующих стремление родителей к авторитарности в воспитании, имеют более низкие оценки. Значения признаков, отражающих их стремление к родительской опеке, напротив, имеют более высокие значения. Такие отличия характеризуют родителей основной группы как заботливых и понимающих трудности своего больного ребенка, придерживающихся мягкого стиля общения с ним. Подобная позиция этих родителей говорит о том, что наличие в семье больного ребенка формирует их отношения, проявляющиеся в более мягком доминировании, сдержанности, умеренной строгости, терпимости. Учитывая тот факт, что наше общество в целом ориентировано на игнорирование проблем инвалидов, родители, надеясь больше на себя, подсознательно стараются оградить своего ребенка от трудностей. Учитывая психофизические возможности подростка, родители к тому же и минимизируют диктат в воспитании.

Таким образом, основными проблемами взаимоотношений в семье, имеющей взрослого умственно отсталого ребенка, являются:

- воспитание, сопровождающееся чувством обременительности родительских обязанностей;
- заниженный уровень требовательности к ребенку, часто связанный с незнанием его потенциальных возможностей;
- вынужденная авторитарность воспитания, обусловленная ограниченными способностями и недостаточным общением ребенка;
- вынужденная жертвенность матери и ее постоянная потребность в опоре;
- постоянная сдержанность в проявлении переживаний из-за своих нереализованных полностью родительских возможностей.

Превалирующим видом родительско-детских отношений в такой семье являются отношения опеки и покровительства.

215

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Глава 7

7.1. РОЛЬ МАТЕРИ В СЕМЬЕ

УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО РЕБЕНКА

Роль матери, воспитывающей ребенка с нарушением интеллекта, трудно переоценить. Она прилагает массу усилий для развития своего ребенка. Часто ей не хватает знаний и умений, иногда мешают представления окружающих об ее ребенке. Бывает, что мать стесняется своего больного ребенка. Это усугубляется тем, что в нашем государстве долгое время игнорировались личные по-

требности каждого человека, превыше всего ставился коллектив, не было индивидуального подхода, который необходим такому ребенку.

Система ролей женщины подразделяется на индивидуальные роли на уровне семьи и роли в обществе. Ситуация «особого» материнства нарушает, с точки зрения социума, общепринятые нормы, входящие в социальную роль матери. Не всегда ребенок может овладеть определенным набором умений и навыков, матери сложно контролировать его поведение — эти не соответствующие ожиданиям окружающих проявления могут восприниматься ими как результат неспособности женщины справиться со своей ролью. С другой стороны, чувство вины и высокий уровень тревожности, характерные для матери ребенка с нарушением психического развития, могут исказить реальность. В таком случае женщина приписывает окружающим это осуждение. Несоответствие сегодняшнего материнского статуса прежним ожиданиям, вызванное особой ситуацией, своеобразием ребенка, его неадекватными проявлениями, ведет к общей неудовлетворенности ролью матери, и, как следствие, возможны либо самообвинительные реакции и рост внутренней конфликтности, либо построение психологических защит и повышение их уровня.

В случае «особого» материнства взаимосвязь «мать — ребенок» часто носит симбиотический характер. Идентифицируя себя со своим ребенком, мать воспринимает его неудачи как свои собственные. Идентификация имеет глубинные корни и происходит на бессознательном уровне (Д. Пайнз, 1997). Любая несправедливость по отношению к ребенку, объективно или субъективно воспринимаемая матерью, переносится ею на собственное «Я», сни-

216

жает самооценку, формирует протестные реакции и повышает уровень психологических защит.

Полное растворение в ребенке, как и другие случаи крайнего проявления черт человеческой природы, не всегда благо и может привести к потере женщиной своей индивидуальности, препятствовать росту личности.

Отделение от родителей и индивидуализация, происходящая в подростковом возрасте, естественные процессы для здорового ребенка — это является и важной стадией жизненного цикла родителей. «Утрата» может привести к позитивным сдвигам — мать становится более свободна физически и психологически. В случае воспитания ребенка с нарушением психического развития такое отделение задерживается, а иногда не происходит вообще. С одной стороны, мать бессознательно сопротивляется растущей самостоятельности ребенка, видя в нем смысл своей жизни и боясь стать ненужной. Часто такую позицию поддерживают и остальные члены семьи, считая ее единственно правильной, привыкнув за долгие годы к определенным ролям женщины. С другой стороны, мать испытывает при этом неудовлетворенность и раздражение, вызванные неестественно долгой ролью матери «маленького» мальчика или девочки. Амбивалентность чувств ведет к внутреннему конфликту и невротизации.

Невротические проявления становятся практически постоянной составляющей поведения матери. Наиболее заметны при наблюдении следующие:

- снижение регулирующего самоконтроля;
- затруднения в речевом общении со значимыми людьми; малознакомыми и незнакомыми в непривычных ситуациях;
- избирательность контактов — женщины предпочитают общаться с близкими по ценностным ориентациям людьми;
- при общении со значимыми людьми самооценка заметно колеблется, это выражается вербально, интонационно и мимически.

Эгоцентризм переходит границы нормы, противопоставляя себя всем, мать непроизвольно фиксирована на одной теме — своем «особом» ребенке. Часто ее речь безудержна, хотя она сама может осознавать утомительность этого для окружающих. Эмоциональный тон такого эгоцентризма — «почти хронический дискомфорт». (Н. В. Жутикова, 1990).

С годами ситуация осложняется из-за отчаяния, усталости и тяжести ответственности, лежащей на родителях. Внутреннее и внешнее давление, неудовлетворенность семейной жизнью, нервно-психическое напряжение — все эти факторы изменяют взгляд матери «на мир, отношение к самой себе и другим людям» (Т. Д. Зинкевич, Л. А. Нисневич, 2000).

Возможны два варианта неконструктивного решения проблемы. Экстрапунитивные реакции ведут к поиску виноватых. Сопоставление действительности с идеальной моделью семьи и ролью в ней матери выливается в субъективное ощущение личной неадекватности. И здесь велика опасность

формирования негативного мироощущения, которое становится средством моральной самозащиты, позволяющей оправдать и принять как должное весь спектр наличествующих негативных ощущений.

217

Не менее разрушительным для личности является самообвинение. Женщина видит себя источником всех бед, при этом усиливается самокритика, растет чувство неудовлетворенности собой.

Усугубляет проблемы родителей среднего возраста и сокращение временной перспективы на будущее, страх собственной смерти и возможные связанные с этим изменения не в лучшую сторону в жизни их «особого ребенка».

Рождение умственно отсталого ребенка, особенно с глубокими нарушениями, изменяет уклад и психологический климат в семье. Все члены семьи и, в первую очередь, мать, находятся в состоянии эмоционального стресса. На протяжении первых лет жизни малыша этот стресс не уменьшается, а обычно нарастает. Возникают неровные, а часто и конфликтные отношения между супругами и другими членами семьи.

Состояние хронического стресса приводит к повышенной раздражительности, чувству постоянного внутреннего беспокойства, нарушениям сна, головным болям, различным проявлениям вегетососудистой дисфункции.

Эмоциональный стресс матери отражается, прежде всего, на взаимоотношениях с супругом. Пониженный фон настроения, постоянное беспокойство, раздражительность матери, полное, самоотреченное переключение ее внимания на больного ребенка формируют у отца непреходящее чувство дискомфорта, эмоционально болезненное состояние. Если же взаимоотношения супругов оставляют желать лучшего, то появление больного ребенка усиливает и проявляет скрытый внутренний конфликт: неизбежны взаимные обвинения в рождении больного ребенка, отношения становятся все более напряженными и часто достаточно одного неосторожного слова родственников или врача, чтобы семья распалась (Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина, 1991).

В тех же семьях, где отношения до рождения ребенка были доверительными, теплыми, строились на взаимопонимании и любви, рождение больного ребенка может еще более цементировать семью. Но и эта семья нуждается в моральной поддержке окружающих, близких и общества.

Аффективная напряженность матери, возникающая при рождении больного ребенка, оказывает неблагоприятное влияние не только на супружеские отношения, но, прежде всего, на взаимоотношения со своим малышом. Такая мать скована, напряжена, она редко улыбается и крайне непоследовательна и неровна в обращении с ребенком. Ребенок в этом случае обычно растет нервным, возбудимым, требующим к себе постоянного внимания, он не отпускает ее ни на шаг, однако в ее присутствии не успокаивается, а возбуждается еще больше. В дальнейшем формируется своеобразная болезненная зависимость — «мать — ребенок». В некоторых семьях мать из-за ребенка бросает работу, ставит на себе крест, отдавая все свои силы только малышу. Малыш растет избалованным, капризным, крайне плохо адаптированным к своему окружению. С годами мать невротизируется все больше и больше, обстановка в семье накаляется. Многие такие семьи также распадаются.

Матери детей с нарушениями интеллекта очень долгое время (а иногда и всю жизнь) обращаются со своим взрослеющим ребенком как с малышом, боясь любых проявлений самостоятельности, в результате чего фаза раннего дет-

218

ства с присущим ей своеобразием, капризностью, чувством удовольствия от вседозволенности затягивается надолго.

Некоторые матери по натуре достаточно уравновешенны, и им нетрудно ухаживать, воспитывать умственно отсталого ребенка. Но иная мать, которая также любит своего ребенка, может становиться все более нетерпеливой и раздраженной, заботясь о нем. Это может вредно сказаться на ее отношениях с мужем и другими детьми. Такая мать нуждается в помощи и совете, которые помогут ей более терпимо и адекватно относиться к своему ребенку.

Бывает, что мать всей душой отдается заботам об «особом» ребенке и находит удовлетворение в своей преданности ему. Однако посторонний человек ясно видит, что ее чувство долга по отношению к ребенку настолько сильно, что она не уделяет внимания ни мужу, ни другим детям и лишает себя всех радостей жизни.

Совсем иная обстановка складывается в семье, если мать находит в себе силы и сохраняет душевное равновесие. Такая мать становится активным помощником своему малышу. Она старается как можно лучше понять проблемы своего ребенка, чутко прислушивается к советам специалистов, вырабатывает в себе целый ряд новых качеств, и прежде всего — наблюдательность, отмечая малейшие перемены в состоянии младенца. Она не забывает и о домашнем уюте, о проблемах мужа, оставаясь не только любящей женой, но и его советчиком и другом, она постоянно старается расширить свой кругозор, следит за своей внешностью. При такой ситуации наиболее благоприятная семейная атмосфера создается для помощи больному ребенку (Г. А. Калюжин, М. П. Дерюгина, 1993).

Многие матери совершают буквально подвиги, добиваясь успехов в развитии своих детей, имеющих различные психические нарушения. В их руках и невозможное часто становится возможным. Они, имея умственно отсталого ребенка, умеют сохранить присутствие духа, душевное равновесие, веру в возможность добиться положительных результатов в развитии ребенка. Эти мужественные женщины, не скрывая трудностей и многочисленных препятствий, возникающих в процессе работы с больным ребенком, щедро делятся своим опытом с окружающими. Они своей подвижнической деятельностью вселяют бодрость и энергию во всех тех, кого настигло несчастье.

Итак, счастье в семье, где растет ребенок-инвалид, перемежается с чувством тревоги и опасениями за своего больного ребенка, за его будущее. Решение проблемы «ребенок — общество» возможно лишь тогда, когда рядом с ребенком находится мать. Именно мать помогает ребенку усвоить образы окружающего мира, сформировать у него чувство «базового доверия» к миру. Сформировать это чувство может только любящая мать. Она любит своего ребенка, потому что не может иначе.

Чтобы упрочить связь «мать — ребенок со сниженным интеллектом», необходима помощь психолога. Она в одинаковой степени нужна и матери, и ребенку, но прежде всего в психологической помощи нуждается мать. Психолог должен помочь ей изменить отношение к ребенку, к его дефекту. Для этого матери необходимо преодолеть давление социальных стереотипов и пересмотреть свое отношение к ребенку, то есть не бояться его и больше доверять самой себе. Психологически подготовленная мать легче принимает ситуацию своего ребенка и поможет ему адаптироваться в обществе.

219

7.2. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ МАТЕРИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Социальная адаптация матери, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития, имеет свои психологические особенности и закономерности.

Ситуация рождения и воспитания такого ребенка является критической. Сопровождающее ее переживание представляет собой долговременные цепные процессы и вызывает одновременно стресс, фрустрацию, конфликт и кризис. Неудачные попытки совладания с ними влекут за собой неблагоприятные для социальной адаптации женщины последствия. Означенная ситуация по своему воздействию может быть отнесена к «сильным». И следовательно, именно ситуация, влияя на личностные переменные, обуславливает поведение женщины-матери.

Помимо внутрисемейных трудностей, рождение ребенка с нарушениями психического развития ставит перед семьей проблемы во взаимосвязях с социальным окружением. Именно мать выполняет нелегкую роль, смягчая конфликты и налаживая взаимоотношения. Возникающие на этом пути сложности постепенно могут приводить к социальной изоляции семьи. Как следствие этого, возможно снижение у женщины-матери уровня социальной и психологической компетентности и неумение правильно вести себя в напряженных, сложных ситуациях. Со временем порог чувствительности понижается и все больше ситуаций попадает под категорию «сложных», вызывая ошибочные поведенческие реакции.

Недостаточная психологическая поддержка со стороны родственников и знакомых, при особой чувствительности женщины и свойственной ей базальной тревоге, ведет к эмоциональной неустойчивости и росту уровня тревожности. Утрата произвольности эмоций проявляется в неспособности справиться со своим состоянием, в навязчивом характере переживаний. Причем невозможность сознательного управления эмоциями актуализируется не только в особых, трудных ситуациях. Любое, даже малозначимое, событие может привести к утрате контроля. При этом масштаб переживания несоизмерен событию. Сверхценное отношение матери к ребенку является тем фактором, который приводит к патологии эмоциональной составляющей при тревожном расстройстве.

Социальная изолированность, сопровождающая семью, и связанные с этим эмоции, относящиеся к проблеме идентичности, влияют на формирование у женщины таких защитных механизмов, как отрицание и проекция. Симбиоти-ческая связь с ребенком и включение его в свои собственные границы вызывает у матери аффективные состояния, относящиеся к проблеме территориальности. Следствием этого может являться актуализация защитных механизмов группы интеллектуализации. Неприятие ребенка на бессознательном уровне и порожаемое этим чувство вины сдерживается с помощью реактивного обра-

220

зования, которое представляет собой гиперкомпенсацию и проявляется в виде гиперопеки. Повышение уровня защитных механизмов группы компенсации — результат проблемы временности, которая, имея универсальный характер, остро актуальна для матери ребенка с нарушением психического развития.

К особенностям социальной адаптации женщины в ситуации «особого» материнства относятся недостаточная социальная активность и эгоцентрические цели. Поведение ее характеризуется отсутствием гибкости, стереотипностью проявлений. Социальное несоответствие ребенка ведет к изоляции семьи, росту тревоги у матери, что, в свою очередь, усложняет взаимодействие ее с социумом и ограничивает возможности продуктивного функционирования. Нарушение социальных-взаимоотношений искажает способность матери адекватно прогнозировать события, что ведет к дезориентации и усиливает неудовлетворенность.

Рождение ребенка с нарушением психического развития изменяет жизненные перспективы семьи, порождая трудности, связанные как с резкой сменой образа жизни, так и с необходимостью решения множества специфических проблем.

Традиционно именно женщина занимается воспитанием, образованием и лечением ребенка. Все это часто становится смыслом ее жизни. Воспитание ребенка с нарушением психического развития влияет на личностные характеристики матери и определяет ее поведение.

Проводя большую часть времени с нуждающимся в постоянном уходе ребенком, мать оказывается наиболее уязвленной возникающими при этом трудностями при взаимодействии как с членами семьи, так и с различными социальными структурами. Именно поэтому невротические проявления становятся практически постоянной составляющей ее поведения. Эгоцентризм, тревожность, напряженность, утрата длительной временной перспективы — вот характеристики матери ребенка с нарушением психического развития.

Активное включение механизма психологических защит позволяет женщине оправдать и принять как должное весь спектр наличествующих у нее негативных ощущений, связанных с «особым» материнством. Следствием этого является нарушение адекватного восприятия ситуации, ощущение несправедливости судьбы по отношению к себе.

Многолетние усилия, направленные на улучшение состояния ребенка, терпение и настойчивость, проявляемые при этом женщиной, представляют собой образец самоотверженности. Вместе с тем собственные возможности часто оцениваются как минимальные, и помощь ожидается извне.

Реакция отрицания реальности формирует ожидание «чуда». Возможна и такая «парадоксальная адаптация», как обращение к нетрадиционным методам лечения ребенка и уход в различные религиозные системы.

Все это может нарушать способность к познанию поведения окружающих, понимание отношений «Я — общество», умение выбрать социальные ориентиры и умение организовать свою деятельность в соответствии с этими ориентирами.

Таким образом, рождение и воспитание ребенка с нарушением психического развития обуславливает поиск женщиной особых путей адаптации к со-

221

циуму. Изучение феноменологии таких семей приводит к пониманию необходимости изыскания конструктивных моделей социальной адаптации женщины и разработки специальных маршрутов поддержки.

7.3. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ МАТЕРЕЙ МЕТОДОМ НАБЛЮДЕНИЯ

Для изучения психологических особенностей матерей, оценки их отношений к себе самой, своему сыну (дочери), к жизненной ситуации в целом, нами были исследованы различные группы матерей, воспитывающих детей с нарушением интеллекта, особенно с умеренной, тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости, среди которых были дети, подростки, взрослые

молодые люди, в том числе и с синдромом Дауна, множественными комплексными нарушениями. Всего было обследовано 147 матерей таких детей, и их основные характеристики таковы:

- средний возраст — 39,5 лет;
- с высшим образованием — 55%; со средним специальным — 35%;
- имеют только одного ребенка — 60%; имеют двух и более детей (в том числе одного из них инвалида) — 40%;
- имеют полную семью — 60%, третья часть из них гармоничные.

Прежде чем изложить характерные особенности психического состояния матерей, воспитывающих детей с нарушением интеллекта, рассмотрим несколько наиболее типичных примеров.

ПРИМЕР 11

Елена, 35 лет

Имеет среднее специальное образование, окончила политехнический техникум, но из-за своего больного ребенка вынуждена была пойти работать прачкой в детский сад для детей со сниженным интеллектом. Сын ее находится в этом же детском саду. Коля — так называемый «чернобыльский ребенок», Лена находилась на втором месяце беременности, когда поехала отдохнуть к родителям мужа в Гомельскую область. Там ее и застала чернобыльская трагедия. Когда ей предложили сделать аборт, отказалась, не думая, что последствия могут быть такими серьезными. Потом она не раз жалела об этом.

У мальчика, помимо основного диагноза — «умственная отсталость», еще и гидроцефалия, что наложило отпечаток на внешность ребенка: большая голова с длинным уплощенным лицом, крупные, непропорциональные туловищу верхние и нижние конечности.

Лена всячески старается облагородить внешность своего ребенка. Помимо того, что она сформировала культурно-гигиенические навыки у Коли, много времени уделяет развитию речи и общения ребенка: читает ему, беседует о прочитанном, включает аудиозаписи любимых детских произведений. Мальчик очень разговорчив, с удовольствием идет на контакт, что сглаживает первое, не очень приятное впечатление от внешности ребенка.

■ 222

Кроме Коли, у Лены еще есть дочь 13 лет, которая успешно учится в школе, занимается живописью в детской изостудии.

Воспитанием детей в основном занимается Лена, так как муж ее часто находится в рейсе — он моряк дальнего плавания. Правда, Лене помогают ее родители — берут Колю к себе на выходные дни, ездят с ним в отпуск.

Лена — очень общительный, интересный человек, приятный собеседник. Любит поэзию и при случае с удовольствием декламирует стихи. Про таких говорят «душа компании». Она обладает завидным терпением и внешним спокойствием. Глядя на нее, трудно поверить, что эта женщина живет с глубокой душевной раной. Хотя Лена и приняла ситуацию своего ребенка, и внешне вроде ничего не изменилось в ее жизни, с каждым годом ей все труднее нести свою боль. В последнее время она все чаще выражает недовольство своей семейной жизнью, тем, что не находит понимания со стороны своего мужа. Елена обратилась к религии. Это не был какой-то душевный порыв, а вполне осознанный шаг. В вере она черпает силы, находит успокоение. «Меня там понимают», — говорит она. И уже на протяжении года они с сыном регулярно посещают церковь.

ПРИМЕР 12

Наталья, 31 год

Имеет высшее образование, работает инженером-синоптиком в городском метеорологическом центре.

В 24 года она родила сына. Роды были преждевременными, тяжелыми. И мальчик родился очень болезненным. Помимо нарушения интеллекта, страдает врожденным пороком сердца, хроническим пиелонефритом, амблиопией.

Наташа рано заметила, что мальчик отстает как в физическом, так и в психическом развитии. По рекомендации специалистов она определила ребенка в детский сад для детей с нарушением интеллекта.

Женя — обласканный ребенок, окутанный атмосферой любви своих близких. И главный источник этой любви, доброты, понимания — Наташа. Она самозабвенно любит своего сына, принимая его таким, какой он есть. Она старается всегда быть рядом с ним, поддерживает его, когда ему плохо, и очень радуется самым маленьким успехам сына. В

своем стремлении помочь сыну она не одинока. У нее прекрасная семья: муж и родители мужа, которые живут вместе с ними. Все они прекрасно ладят между собой, и в доме у них царит дух взаимопонимания. Правда, муж часто отсутствует из-за длительных командировок, но, когда он дома, старается больше времени уделять сыну. Наташа давно для себя решила: сделать всевозможное и, может, даже невозможное во благо своему сыну. Конечно, не всегда все удается и получается, но она не теряет присутствия духа и терпения. Вместе с Женей она ежедневно трудится, чтобы чему-то научиться. Наташа читает много специальной литературы, с тем чтобы лучше разобраться в особенностях нарушения развития своего ребенка и знать, как помочь ему. Всегда внимательна к советам и рекомендациям специалистов.

ПРИМЕР 13

Светлана, 28 лет

Имеет высшее образование, работает переводчицей. Муж — старший научный сотрудник в научно-исследовательском институте. Внешне очень благополучная семья. Настя — единственный ребенок, родилась в срок от нормально протекавших родов. Раннее психофизическое развитие девочки, со слов мамы, было нормальным. И родители не сразу заметили, что с девочкой не все благополучно. Обратились к специалисту, когда ребенку было 3 года. Психиатр отметил у девочки снижение интеллекта, РДА (ранний детский аутизм) и рекомендовал ей специальный детский сад. Светлана отказалась и устроила дочь в логопедическую группу детского сада. После двухгодичного пребывания Насти в этой группе Светлана все-таки поняла, что ее девочка явно не справляется с программой и заметно отличается от других детей. И тогда она привела дочь в детский сад для детей со сниженным интеллектом.

223

Но и здесь Светлана не находит успокоения. Она постоянно взвинчена, ее раздражает буквально все, что касается девочки: и внимание окружающих людей из-за неадекватного поведения ребенка, и то, что девочка не всегда понимает ее и делает не так, как это нужно.

Она мечется, постоянно обращается к специалистам и неспециалистам в надежде на то, что ребенку снимут этот диагноз. В своем несчастье обвиняет всех, и прежде всего своего мужа. Надо отметить, что муж Светланы, в отличие от нее, гораздо спокойней, более уравновешен, находит общий язык с дочерью. Приятно наблюдать, как они общаются. Но из-за специфики своей работы (частые экспедиции) он мало бывает с девочкой. Чаще всего девочка дома предоставлена сама себе. Светлана, всегда уставшая, измученная, предоставляет ей полную свободу дома.

Беда Светланы в том, что она никак не может принять диагноз своего ребенка. Не может прислушаться к специалистам, которые советуют принять и осознать ситуацию своего ребенка, помочь своей девочке адаптироваться в этом мире.

Из приведенных выше примеров видно, что каждая мать по-разному реагирует на заболевание своего особого ребенка.

Елена, хотя и приняла ситуацию своего ребенка, но с каждым годом ей все труднее справиться с ней, так как она не находит поддержки у своего мужа, одинока в своем горе. Обращение Елены к религии является своего рода защитой.

Наталья — редкий пример матери, которая нашла в себе силы преодолеть социальные стереотипы и полностью принять ситуацию своего ребенка. Она любит его таким, какой он есть, и всеми силами старается помочь адаптироваться в социуме.

Светлана — представитель большей части матерей детей с нарушенным интеллектом. Таким матерям особенно нужна помощь психолога, задача которого заключается в том, чтобы изменить отношение матери к ребенку, к его заболеванию.

Наблюдение за матерями, воспитывающими ребенка с нарушением интеллекта, позволило выявить ряд характерных особенностей.

Так, отклонение в развитии ребенка в ряде случаев интерпретируется матерями как *собственная неполноценность*. Особенно в тех случаях, когда они отождествляют себя с ребенком. Из-за этого резко нарушаются или искажаются цели их жизни. В большинстве случаев мать вынуждена была оставлять работу, любимое дело, отказываться от перспективы карьерного роста. Всего лишь 10% матерей смогли продолжить работу по выбранной ранее специальности.

Со слов одной из матерей: «С детства я мечтала о творческой карьере, так как любила сочинять стихи, писала рассказы. Окончила литературный институт. После рождения ребенка не то чтобы сочинять стихи — разговаривать ни с кем не хотелось. А дальнейшей моей карьерой стала работа няней в специализированном детском саду, в который с большим трудом удалось устроить ребенка».

Родители, предчувствующие пренебрежение, жалость или удивление окружающих и утрату общественного престижа, заботятся больше о том, чтобы ребенок *лучше выглядел* на людях или даже скрывают его от людей. Из дневниковых записей матери ребенка с синдромом Дауна: «Детство и юность моего ребенка прошли в недопустимой для цивилизованного общества изоляции».

224

С сыном практически никто не хотел общаться. „Убери своего ублюдка!“ — вот что чаще всего слышали мы на детских площадках, в очередях, в транспорте. Мы покорно „выгуливали“ своего ребенка, когда стемнеет». Вот почему этих детей редко встретишь на улицах — «невидимки» вроде бы живут среди нас, а вроде бы и нет.

Такое отношение со стороны общества наложило отпечаток на отношение матерей к детям, когда одновременно они переживают и любовь, и неприязнь к ребенку. Свообразные способности таких детей являются источником дополнительных разочарований, вызывающих гнев и негодование. Так, беседы с матерями и наблюдения за их отношением к детям показали, что примерно 32% отцов в разное время и с разной степенью силы желали избавиться от проблем своего ребенка, а тем самым и от самого ребенка, отдать его на воспитание в государственное учреждение или вообще уйти из семьи, в которой растет ребенок-инвалид.

Перманентное давление проблем ребенка, необходимость систематических и упорных (а именно это и требуется от родителей) занятий по его обучению и воспитанию проявляются у матерей то *отвержением*, то *сверхопекой*. Так, в ситуациях, когда с ребенком необходимо чем-либо заниматься, понять и удовлетворить его желания, у многих матерей наблюдается отвержение в той или иной форме. В ситуациях, требующих самостоятельных действий ребенка и доступных ему, эти матери считают необходимым самим выполнить за него эти действия, оградить ребенка от мнимых или возможных опасностей.

Среди матерей и особенно отцов нередки случаи острого переживания критики в адрес своего ребенка, что порой сопровождается *негодованием* и *воинственной реакцией*. До 90% родителей проявляют крайне отрицательное отношение к всевозможным замечаниям, высказываниям и даже «косым» взглядам окружающих в адрес своего ребенка, готовность к активному противостоянию. Вот пример из дневниковых записей одной из мам: «Когда я выхожу с сыном на улицу, то чувствую себя волчицей, которую обложили со всех сторон красными флажками и все вокруг кричат: „Ату! Ату!“... «Взгляды на остановках, в транспорте — я научилась их не замечать. Порой даже не замечаю людей, стоящих рядом или идущих мимо меня. Это, наверное, защита от бестактности окружающих. Выходя из дома, я сразу внутренне напрягалась и готова была на любое слово в адрес сына ответить дерзостью. А вообще, что на людей обижаться, если у нас в обществе до недавнего времени не было инвалидов».

Сложности взаимоотношений матерей и их больных детей с обществом являются следствием того, что нередко случаи, когда они *отвергают* даже само существование *недоразвития*, оправдывая недостатки ребенка. В результате страдает ребенок, не получая соответствующего воспитания, лечения и ухода.

Душевный дискомфорт, длительное время преследующий мать больного ребенка, влечет возникновение у нее чувства *депрессии* и *тревоги*. Наблюдения в основной группе показали, что депрессивные состояния отмечались у 60% матерей, а постоянная тревожность — у 90%. Причинами этой тревожности являются каждодневные проблемы, с которыми сталкиваются родители. Проблемы эти часто не могут быть решены до конца, независимо от усилий, прилагаемых матерями для их разрешения. Например, невозможность скоро-

225

го изменения отношения общества к инвалидам, снятия с детей ярлыка «не-обучаемые», что, по сути, оборачивается отвержением со стороны общества, или проблемой их социальной дезадаптации.

Другим важным фактором, формирующим чувство тревожности у родителей, чьи дети уже повзрослели, является неизвестность в ожидании ближайшего будущего. Видя символическое продолжение своей жизни в детях, а затем и во внуках, матери и отцы умственно отсталого

переживают, кроме всего прочего, еще и вероятность прекращения их рода, особенно если этот ребенок — единственный (Д. Н. Исаев, 1993).

Психическое недоразвитие ребенка оживляет тревоги, связанные с чувством *беспомощности*, которые драматически напоминают родителям, что их мечты могут быть целиком уничтожены и никто не сможет ничего с этим сделать. Такие мысли приводят к «опусканию рук». Перед лицом своей незащищенности они не могут заставить себя сделать все необходимое для воспитания и лечения своего ребенка. В обследуемых семьях многие матери в той или иной степени оказывались беспомощными, когда встречались с неразрешимыми педагогическими, медицинскими и социальными проблемами. «Когда нас поражает несчастье, мы сначала цепенеем, затем приходим в бешенство, а затем пугаемся. Мы „ропщем, ропщем, не желая, чтоб свет угас...“» (М. Айшервуд, 1991).

Многие матери, узнав о диагнозе ребенка, оказываются сраженными грандиозностью кажущейся *несправедливости*. В отчаянных поисках ответа на вопрос: «Почему? За что?», они думают о своей тяжелой виновности, за которую им пришлось нести наказание, либо к ним приходит мысль о том, что в природе нет справедливости. Первая мысль приводит к чувству вины, угрызениям совести, само- и взаимобвинениям. «Искушение вины» отражается в чрезмерной заботе, приводящей почти к полному параличу активности ребенка, к его неприспособленности, лишению возможности мобилизовать имеющиеся потенции для социальной адаптации.

Количественная оценка числа матерей, которым присущи те или иные вышеперечисленные переживания, представляет большую трудность при использовании метода наблюдений, так как при этом отсутствует жесткая регламентация перечня необходимых наблюдений, причинно-следственных связей между явлениями и выводами. И тем не менее наблюдения, проведенные в течение длительного времени, как правило, дают представления о переживаниях и их оценке.

Выявленные в ходе наблюдения особенности переживаний матерей, воспитывающих детей с глубокими нарушениями интеллекта, позволяют сделать вывод, что они обусловлены формированием у родителей (под воздействием многих неблагоприятных социально-психологических факторов) таких личностных качеств, которые выделяют их из общего ряда, делают отклонения в их поведении явными, создают специфику их видения и оценки окружающей действительности.

Следующим методом, использованным нами для изучения личностных особенностей матерей, имеющих детей с нарушениями интеллекта, являлась беседа, которая проводилась лишь с желающими и исключительно конфиденциально. В этом исследовании приняли участие 40 матерей.

226

7.4. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ МАТЕРЕЙ МЕТОДОМ БЕСЕДЫ

Психологическая беседа с участниками исследования имела основными целями следующие:

1) установление взаимоотношений сотрудничества и положительного принятия, так как необходимым условием являлось добровольное согласие в исследовании и доверие, а также активность и адекватное отношение к собственным проблемам;

2) изучение психологического самочувствия женщины;

3) выявление особенностей оценивания жизненной ситуации.

Структура беседы предполагала наличие следующих блоков: 1) семья, 2) профессиональная деятельность, 3) личностные характеристики женщины, 4) воспитание, обучение и лечение ребенка.

В беседе выявляли особенности социальной ситуации, возникающей вокруг семьи, обсуждали возможности профессиональной и творческой самореализации, анализировали личностные особенности матери, исследовали восприятие ею своего «особого» ребенка.

Выяснению подлежали следующие аспекты:

- проблемы, в которые погружены родители ребенка с нарушением психического развития;
- адекватность оценки состояния ребенка;
- готовность к сотрудничеству в процессе коррекционной работы;
- продуктивность использования психолого-педагогических и медицинских рекомендаций;
- О восприятии будущего для ребенка;
- О особенности роли матери в семье и социуме;
- позиция семьи в обществе;
- ожидание помощи и ее направленность;
- отношение женщины к профессиональной деятельности;
- реализация творческого потенциала;
- личностные особенности матери, состояние ее здоровья;

- отношение к религии;
- ожидание психологической помощи и поддержки со стороны специалистов.

Все обследуемые женщины считают свою семью необычной, «особой», отдаленной от обыденных проблем. Отмечают, что с рождением ребенка жизнь их полностью изменилась. Круг друзей сократился, остались те, кто «принимает» их и понимает проблемы семьи. Большая часть матерей говорит об ухудшении взаимоотношений в семье после рождения ребенка. Часть, наоборот, отметила улучшение отношений. Однако все считают, что родственники не понимают ребенка так, как понимает его мать, вследствие чего ребенок часто становится причиной разногласий.

227

Матери детей-инвалидов считают, что они недостаточно оценены обществом, которое равнодушно к ним и их детям. От государства ожидают помощи в виде повышения пенсии и расширения льгот.

Признавая значимость роли матери, отмечают неудовлетворенность своим положением. В семьях, где есть второй — здоровый — ребенок, ожидания в отношении него явно завышены.

Находясь с ребенком в общественных местах, женщины отмечают, что ощущают постоянное напряжение и тревогу, так как ожидают осуждения его поведения и внешнего вида окружающими. Считают, что они сами адекватно воспринимают состояние своего ребенка, не отрицают необходимость сотрудничества с педагогами и медицинским персоналом, хотя при этом отмечают, что педагоги и врачи не всегда понимают их ребенка, а иногда недооценивают его возможности. Отмечают свою пассивность в ряде случаев и мотивируют это усталостью, раздражением либо устоявшейся позицией в отношении средств воспитательного воздействия. При лечении ребенка стараются соблюдать полученные от специалистов рекомендации. Однако многие пытались лечить детей с помощью средств нетрадиционной медицины.

Мысли о будущем стараются отгонять, так как не ждут от него ничего хорошего. В своих мечтах видят ребенка здоровым.

О профессиональной деятельности рассуждают неохотно, считая, что для женщины это неважно, хотя 55% матерей работает; 40% из них поменяли работу после рождения ребенка, найдя место с ухудшением условий и более низким статусом, но более удобным графиком.

Большая часть женщин говорит о самореализации в различных видах ручного женского труда — шитье, вязание, вышивка.

Многие считают себя верующими.

Во время беседы наблюдалась заинтересованность в работе с психологом, особенно среди женщин, посещающих психотерапевтические занятия при клубах для родителей. В начале беседы в ряде случаев прослеживались оборонительные реакции в форме эмоционально-экспрессивной речи, тревожности, аудиально-дигитального типа восприятия информации. Женщины сенситивны, впечатлительны. Для них характерны такие реакции, как слезливость, повышенная возбудимость. Отмечается склонность к формированию сверхценных идей, заинтересованность в определенной тематике беседы.

Таким образом, в ходе беседы с матерями, имеющими умственно отсталых детей, было выявлено следующее:

- семья, воспитывающая ребенка с нарушением психического развития, ощущает свою изолированность и необычность;

II круг общения ограничен близкими по ценностным ориентациям людьми;

- рождение ребенка вызывает в ряде случаев ухудшение взаимоотношений в семье;

III ребенок часто становится причиной разногласий между членами семьи, особенно с супругом;

- женщина не испытывает удовлетворения от роли матери «особого» ребенка;

228

- действия и эмоциональные реакции матери по отношению к умственно отсталому ребенку не всегда адекватны;

- общим для всех является негативный эмоциональный знак восприятия временных планов;

IV от обществ матерей детей-инвалидов ожидают большего участия и сочувствия;

- к профессиональной деятельности относятся равнодушно;

- отмечается амбивалентное отношение к своему положению и ребенку;

- все матери отметили необходимость помощи со стороны специалистов на более ранних этапах воспитания ребенка;

□ все матери заинтересованы в работе с психологом, что, вероятно, связано с дефицитом общения, изолированностью родителей и желанием изменить ситуацию к лучшему;

П интерес к информации о том, как обучать ребенка, как справляться с трудностями его поведения.

7.5. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ МАТЕРЕЙ БИОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

В исследовательских целях биографический метод («психологическая автобиография») применяется довольно редко. Нами была предпринята попытка разработки метода, сохраняющего достоинства индивидуально-ориентированного психологического анамнеза и в то же время позволяющего обобщить результаты исследования значительного числа испытуемых и вывести групповые закономерности.

Для получения сведений о переживаниях, связанных с наиболее значимыми сферами жизни, предлагалось перечислять важнейшие, с точки зрения испытуемого, события прошедшей и будущей жизни. Количество событий не ограничивалось. Необходимо было дать количественную оценку каждому событию и указать его примерную дату.

Как правило, сбор психологического анамнеза предшествует любому психодиагностическому исследованию. При этом он обычно носит характер свободной беседы либо полуструктурированного интервью и позволяет ориентироваться в жизни испытуемого.

Методика позволяет проводить ее как при групповых, так и при индивидуальных обследованиях. В данном случае применялся индивидуальный подход.

«Психологическая автобиография» принадлежит к числу ситуационных психодиагностических методик и направлена на выявление адаптационных возможностей личности (Приложение 1.8).

Для изучения психологических особенностей матерей в рамках поставленной цели были проведены исследования в двух группах — основной и контрольной, по 20 матерей в каждой.

229

Основная группа была представлена матерями, воспитывающими взрослых детей-инвалидов. Это дети, имеющие глубокое нарушение интеллекта. Очень часто интеллектуальное нарушение сопровождалось детским церебральным параличом, нарушением зрения, гидроцефалией. Из 20 семей 10 — полные, а 10 матерей воспитывают ребенка без отца. В 11 семьях больной ребенок — единственный, и в 9 воспитываются двое детей. Возраст матерей от 32 до 66 лет, возраст детей от 14 до 26 лет.

Контрольная группа была представлена 20 семьями, имеющими здоровых детей. Из 20 семей 14 — полные и 6 — неполные. В 8 семьях воспитывается двое детей, и 12 семей имеют одного ребенка. Возраст матерей от 27 до 59 лет, возраст детей от 14 до 34 лет.

Полученные с помощью метода «психологической автобиографии» результаты подвергались количественному и качественному анализу. Проведя сравнительный анализ результатов по основной и контрольной группам, можно говорить о некоторых особенностях, свойственных матерям, воспитывающих ребенка-инвалида.

В среднем показатель продуктивности воспроизведения образов жизненного пути основной и контрольной группы по методике «Психологическая автобиография» расходится в незначительной степени, но заметна разница в определении будущего. У матерей, воспитывающих здорового ребенка, события в будущем связаны с ребенком, с продолжением рода, тогда как у матерей, воспитывающих ребенка с нарушением интеллекта, будущие события связываются в основном со здоровьем ребенка. Также выявлена заметная разница во временной перспективе. Матери, воспитывающие ребенка-инвалида, практически не отмечали событий, уходящих в далекое будущее, ограничиваясь событиями, которые должны произойти в близком (примерно в течение года) будущем. Наибольшая тревога отмечается в семьях, где воспитывается один ребенок. В то время как матери здоровых детей загадывают далеко вперед (примерно на 5—7 лет), матери детей с нарушением интеллекта живут сегодняшним днем.

События прошлого не имеют такого расхождения. Все матери выделяют ряд событий, которые встречаются как в основной, так и в контрольной группе. К таким событиям можно отнести замужество, рождение ребенка. Многие матери связывают грустные события со смертью родственников. В основной группе матери выделяют в среднем меньше событий по сравнению с контрольной группой. С учетом пола ребенка видно, что матери, воспитывающие сына-инвалида, выделяют в среднем 10 событий, а воспитывающие здорового сына — 14. Различия же у матерей, воспитывающих дочь, незначительные: у матерей основной группы — 11, а у матерей контрольной

группы — 10. В основной группе можно отметить совпадения с показателями контрольной группы в количестве событий в тех семьях; где воспитывается не один ребенок. Матери связывают будущие события со здоровьем больного ребенка, но в то же время у них есть надежда на продолжение рода.

В контрольной группе матери выделяют больше радостных прошлых событий, но различие не очень значительное. В контрольной группе практически все матери (18 из 20) выделили как одно из значимых радостных событий по-

230

ступление ребенка в школу и учебу его в школе. В основной группе такого события матери практически не выделяли (только 3 детей посещали когда-то школу).

В результате обработки методики «Психологическая автобиография» выделенные испытуемыми события распределялись по видам и типам. Если посмотреть на распределение событий по типам, то прослеживается некоторая закономерность. В контрольной группе матери выделили больше событий, чем в основной, по первому, «биологическому» и второму, «лично-психологическому» типу. В контрольной группе выявлена заметная разница в общем количестве событий, выделяемых матерями, воспитывающими сына и воспитывающими дочь. В основной группе такой разницы не отмечено. Если учитывать пол воспитываемого ребенка, то можно отметить заметную разницу в основной группе. Матери, воспитывающие сына-инвалида, выделяют больше событий, относящихся к биологическому типу, а матери, воспитывающие дочь-инвалида, наоборот, больше событий относят к лично-психологическому типу, чем к биологическому.

При проведении качественного анализа учитывалось распределение событий по 12 видам. Наибольшее количество событий обследуемые относили к

4 видам: брак, дети, «Я», и работа. Не отмечено событий по виду «материальное положение». Матери, воспитывающие ребенка-инвалида, также не выделили ни одного события по виду «природа». Значительное расхождение в среднем показателе наблюдается по видам «родительская семья» и «дети» соответственно. По остальным видам событий показатели основной и контрольной групп очень схожи.

В большинстве случаев события, выделенные матерями, можно отнести к сильным. Сильными в данной методике считаются события, если оценка их разными испытуемыми одинакова. Например, такое событие, как рождение ребенка, всеми матерями, независимо от группы, было оценено на 4—

5 баллов.

Все выделенные расхождения могут свидетельствовать о том, что воспитание в семье ребенка-инвалида накладывает отпечаток на восприятие этой жизненной ситуации матерями. Так как ситуация во всех семьях основной группы примерно одинакова, то расхождения внутри этой группы можно отнести к особенностям личности матерей. Некоторые матери, воспитывающие ребенка-инвалида, не отмечают в прошлом грустных событий. Они как бы не замечают болезнь ребенка.

В основной группе был 1 человек, который не выделил ни одного радостного события, ни в прошлом, ни в будущем. Также 2 матери в прошлом выделили больше грустных событий. У одной из них и в будущем больше грустных событий. 3 матери выделяют одинаковое количество грустных и радостных событий в прошлом. В будущем же эти матери или вообще не выделяют событий или количество радостных событий превышает количество грустных. В основном же группа выделила больше радостных событий, чем грустных, как в прошлом, так и в будущем. Максимальный временной интервал в прошлом — это рождение самой матери (3 человека). Трое обследуемых начали свою автобиографию с момента замужества или встречи с будущим мужем. Также три мате-

231

ри начальным событием считают рождение ребенка, 35% матерей первым событием считают окончание школы или поступление в институт (техникум, училище). Две матери связали все события с последними двумя годами жизни.

При распределении событий по видам и типам также заметна разница внутри основной группы. Только 20% матерей выделяют события третьего типа — «изменение физической среды». 30% матерей наибольшее количество событий относят к здоровью ребенка и всех членов семьи, то есть они выделяют наибольшее число событий, которые можно отнести к «биологическому» типу. 50% матерей выделяют наибольшее количество событий, которые можно отнести к «лично-

психологическому» типу. 2 матери отнесли наибольшее число событий к типу «изменение социальной среды».

В распределении событий по видам заметной разницы внутри основной группы не отмечалось. Наибольшее количество событий матери относят к браку и семье, ребенку, осознанию «Я» и работе. Работа всеми матерями оценивается как радостное событие и на «—5» матери оценивают потерю работы. Свадьба также оценивается как радостное событие, но некоторые матери радостным событием в их жизни считают и развод. Большое количество событий связывается с ребенком. Рождение ребенка всеми матерями было оценено как радостное. Потом грустным матери считают не события, связанные с ребенком, а события, связанные с взаимодействием с окружающими людьми. Многие матери проявили агрессивные тенденции в отношении врачей, связывая это с тем, что им не сообщали диагноз ребенка, ничем не помогали. События, связанные с общением с окружающими, многие матери оценивают как грустные, объясняя это непониманием со стороны окружающих.

Там, где ребенок посещал школу, матери считают грустным событием окончание школы. Объясняют они это тем, что после окончания школы их ребенка ждет неизвестность, которая пугает матерей. Все матери тяжело переживают события, связанные с трудоустройством ребенка (в случае, если это представляется возможным) и его будущим. Это отмечалось в той или иной форме в 75% случаев.

Результаты исследования показали, что у матерей есть специфические особенности восприятия и оценивания жизненной ситуации, которые в той или иной мере влияют на всю семью в целом. У матерей основной группы очень короткие временные перспективы на будущее, в большинстве случаев продуктивность воспроизведения жизненных событий меньше, чем у матерей, воспитывающих здорового ребенка. Также матери больных детей выделяют больше грустных событий, чем радостных, или же одно событие дробится на мелкие составляющие. Матери, воспитывающие ребенка-инвалида, более замкнуты, они как бы заперты в кругу своей проблемы и не хотят туда никого пускать, с ними труднее вступить в контакт; следовательно, рождение ребенка-инвалида существенно меняет жизненную ситуацию родителей, особенно матери, и способно повлиять на качественные и количественные характеристики восприятия и оценивания жизненной ситуации последними. Изменения в структуре жизненной ситуации могут сказаться на характере восприятия и оценивания всей ситуации в целом, а не только на оценивании одного ее звена.

232

7.6. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ЕЕ ПРИЧИН У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Под тревожностью в психологии понимают склонность человека переживать тревогу, то есть эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Такая тревожность является стабильным свойством личности матерей детей-инвалидов.

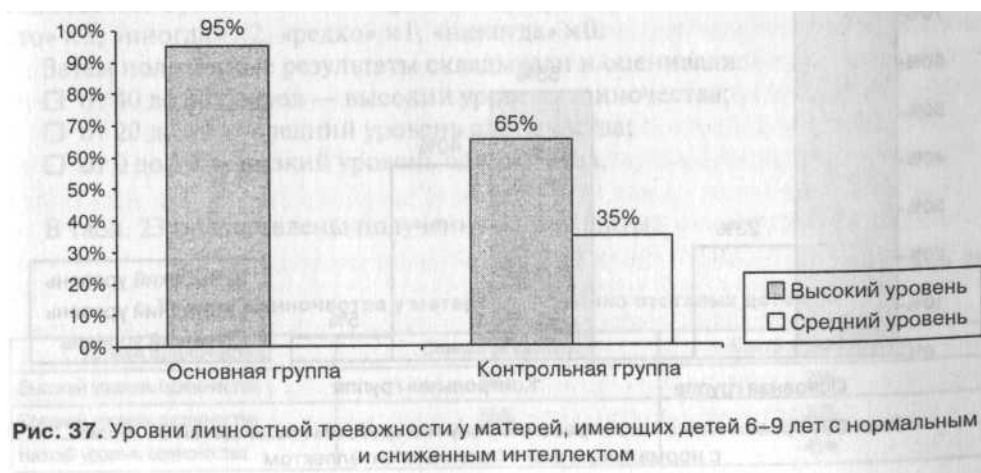
Для исследования уровня тревожности использовали тест — Шкала самооценки, разработанный Ч. Д. Спилбергером и адаптированный Ю. А. Ханиным (Приложение 1.9).

В эксперименте приняли участие 61 женщина основной группы, имеющие детей с нарушением интеллекта в умеренной и тяжелой степени разного возраста: 6—9 лет, посещающих специальный детский сад (20 чел.); 9—16 лет, обучающихся в классах для «особых» детей специальной (коррекционной) школы VIII вида (21 чел.) и 16-28 лет, посещающих реабилитационный центр при специальной школе VIII вида (20 чел.). Для контроля было обследовано 40 женщин, имеющих психически здоровых детей разного возраста.

Исследование личностной тревожности в экспериментальной группе показало, что наибольшее число обследованных матерей (95%), имеющих детей 6-9 лет с нарушением интеллекта, демонстрируют высокий уровень тревожности. Уровень тревожности у 65% обследованных матерей контрольной группы также высокий и у 35% — средний.

На рис. 37 представлена диаграмма уровня личностной тревожности в основной и контрольной группах матерей, имеющих детей 6—9 лет.

Следовательно, женщины, воспитывающие детей со сниженным интеллектом, имеют высокую личностную тревожность. Это тревога матери и по поводу состояния ребенка, его будущего, и по поводу реакции окружающих на ее



233

ребенка. Это состояние высокой личностной тревожности постоянно сопровождает женщин и может выступать в качестве одного из механизмов развития невроза.

Женщины, воспитывающие детей с нормальным интеллектом, показали тоже достаточно высокий уровень личностной тревожности — 65%. В пору нестабильности социально-экономического положения нашего общества женщиной владеет страх потерять работу, неуверенность в завтрашнем дне — своем и своих детей. К сожалению, состояние высокой личностной тревожности показательно для нашего общества, особенно для женской части населения.

Сходная динамика уровней личностной тревожности выявлена и у женщин, имеющих детей более старшего возраста — 9-16 лет (рис. 38).

Средние показатели как основной, так и контрольной групп находятся в диапазоне высоких величин и составляют, соответственно, 49,7 и 45,6 балла. Экспериментальная группа более однородна — стандартное отклонение равно 5,7; в контрольной группе прослеживается большая вариативность — 7,7 (рис. 39).

У почти четвертой части женщин, имеющих детей-инвалидов более старшего возраста, уровень личностной тревожности ниже, чем у женщин, имеющих детей более младшего возраста. Возможно, этот факт может быть связан с адаптацией этих женщин к своему больному ребенку и, в связи с этим, измененной социальной ролью и в семье, и в окружающем социуме, с более спокойной и уравновешенной оценкой жизненной ситуации.

Высокий уровень личностной тревожности, выявленный у большинства матерей, имеющих детей с серьезным нарушением интеллекта, ведет к восприятию ими большинства ситуаций как угрожающих. Это может быть связано с хроническим повседневным напряжением, эмоциональным переутомлением в результате длительных субъективных переживаний, в том числе и своего оди-



234

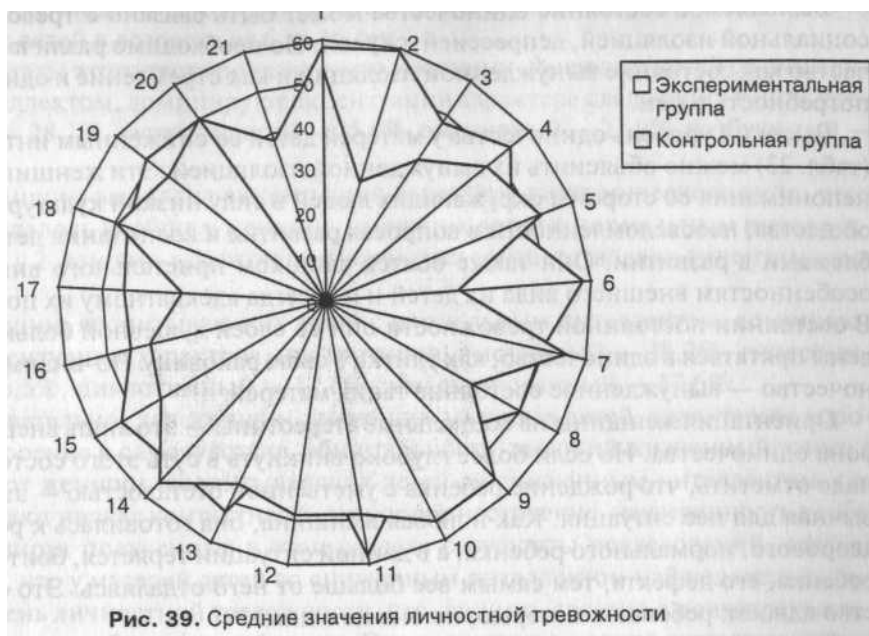


Рис. 39. Средние значения личностной тревожности

ночества в постигшем женщину горе — иметь умственно отсталого ребенка.

Для исследования уровня субъективного ощущения матерями своего одиночества была использована Шкала одиночества. Данный опросник разработан Д. Расселом, Л. Пепло, М. Фергюсоном.

Женщинам были предложены бланки с 20 утверждениями. В инструкции предлагали последовательно рассмотреть каждое утверждение и оценить с точки зрения частоты его проявления применительно к жизни каждой женщины при помощи четырех вариантов ответов: «часто», «иногда», «редко», «никогда».

Выбранный вариант ответа отмечали условным знаком.

При обработке результатов подсчитывали количество каждого из вариантов ответов. Сумма ответов получалась при умножении вариантов ответов: «часто» х3, «иногда» х2, «редко» х1, «никогда» х0.

Затем полученные результаты складывали и оценивали:

□ от 40 до 60 баллов — высокий уровень одиночества;

□ от 20 до 40 — средний уровень одиночества;

□ от 0 до 20 — низкий уровень одиночества.

В табл. 23 представлены полученные результаты.

Таблица 23

Уровни одиночества у матерей умственно отсталых детей, %

Уровни одиночества	Основная группа	Контрольная группа
Высокий уровень одиночества	35%	20%
Средний уровень одиночества	65%	35%
Низкий уровень одиночества	-	45%

235

Выявляемое состояние одиночества может быть связано с тревожностью, социальной изоляцией, депрессией, скукой. Но необходимо различать одиночество как состояние вынужденной изоляции и как стремление к одиночеству, потребность в нем.

Высокий уровень одиночества у матерей детей со сниженным интеллектом (табл. 23) можно объяснить их вынужденной изоляцией. Эти женщины боятся непонимания со стороны окружающих людей в силу низкой культуры нашего общества, неосведомленности в вопросах развития и воспитания детей с проблемами в развитии. Они также боятся слишком пристального внимания к особенностям внешнего вида их детей и не всегда адекватному их поведению. В состоянии

постоянной тревожности они со своей душевной болью вынуждены прятаться в одиночество, как улитки в свою раковину. По-видимому, одиночество — вынужденное состояние таких матерей.

Ориентация женщины на социальные стереотипы — это лишь внешняя сторона одиночества. Но если более глубоко вникнуть в суть этого состояния, то надо отметить, что рождение ребенка с умственной отсталостью — это непривычная для нее ситуация. Как и любая женщина, она готовилась к рождению здорового, нормального ребенка, а в данной ситуации теряет, боится своего ребенка, его дефекта, тем самым все больше от него отдаляясь. Это одиночество вдвоем: ребенок с матерью, но она не с ним.

У матерей детей с нормальным интеллектом доминирует низкий уровень одиночества — 45%. В этом случае можно говорить о естественном стремлении к одиночеству, которое время от времени испытывает каждый человек. Это потребность человека в одиночестве, когда хочется побыть наедине со своими мыслями, чтобы обдумать, разобраться в них. Такое одиночество — нормальное, комфортное состояние для душевного и физического отдыха.

Для диагностики типа акцентуации личности матерей детей-инвалидов использовали тест-опросник Шмишека, теоретической основой которого является концепция «адаптированных личностей» К. Леонгарда. Опросник включает 88 вопросов, 10 шкал, соответствующих определенным акцентуациям характера;

шкала 1 говорит о демонстративное™ поведения испытуемого;

шкала 2 — о неуравновешенности поведения;

шкала 3 показывает склонность к педантизму;

шкала 4 показывает возбудимую акцентуацию;

шкала 5 характеризует личность с высокой жизненной активностью;

шкала 6 показывает степень утомляемости;

шкала 7 выявляет повышенную тревожность;

шкала 8 показывает силу и выраженность эмоционального реагирования;

шкала 9 говорит о глубине эмоциональной жизни;

шкала 10 показывает склонность к перепадам настроения.

Перед проведением опроса давали следующую инструкцию: «Вам будут предложены утверждения, касающиеся вашего характера. Если вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте знак «+» (да), если нет — знак «-» (нет). Над вопросами долго не думайте, правильных и неправильных ответов нет».

236

Было обследовано 32 женщины основной и 34 женщины контрольной групп, имеющих детей в возрасте от 6 до 16 лет.

Результаты этого теста показали, что у женщин, имеющих детей со сниженным интеллектом, доминируют акцентуации характера следующих типов: тревожный — 28,1%, застревающий — 25,0%, эмотивный — 21,9%, возбудимый — 12,5%.

У 2 женщин выявлена акцентуация характера дистимического типа, чего не наблюдалось вообще у женщин, имеющих детей с нормальным интеллектом. Еще у 2 женщин акцентуации характера соответствовали гипертимному типу.

У женщин, воспитывающих детей с нормальным интеллектом, доминировали акцентуации характера других типов: эмотивный — 38,2%, гипертимный — 26,5%, циклотимный — 17,6%, экзальтированный — 17,6%.

Следовательно, для женщин, имеющих здоровых детей, характерны хорошее настроение и самочувствие, общительность, высокий жизненный тонус, в отличие от женщин, воспитывающих детей со сниженным интеллектом, где преобладают низкая контактность, минорное настроение, неуверенность в себе.

Резюмируя полученные в этом разделе результаты исследований, следует заметить, что у матерей детей со сниженным интеллектом наблюдается высокий уровень личностной тревожности, что, видимо, связано с психотравматизацией в связи с больным ребенком. Это состояние высокой личностной тревожности постоянно сопровождает женщин и может являться причиной развития невроза.

Этим женщинам присуще обостренное чувство одиночества, что может быть связано с ориентацией матерей на социальные стереотипы. Женщина теряет перед своим ребенком и, возможно, даже боится его. Чаще всего это происходит из-за ее неосведомленности в вопросах развития и воспитания детей с нарушенным интеллектом.

Исследование акцентуации личности матерей умственно отсталых детей выявило, что у этих женщин доминируют акцентуации характера по тревожному, застревающему и эмотивному типам. Такие женщины не уверены в себе, малообщительны, часто находятся в удрученном подавленном состоянии.

Этим женщинам крайне необходима психологическая помощь — прежде всего, в осознании матерью и принятии ситуации своего ребенка. Ей необходимо помочь расширить горизонты своей жизнедеятельности, жить, по возможности, полноценной жизнью, уметь переключаться на другие, значительные для нее, интересы. Тогда ей будет легче помочь и в воспитании своего ребенка.

Говоря о психологической помощи таким женщинам, следует упомянуть о различных объединениях, ассоциациях матерей детей-инвалидов. Положительный эффект таких сообществ, прежде всего, в том, что они выводят женщин из состояния вынужденной изоляции, не оставляя их наедине со своим горем, делают, по возможности, жизнь матерей и их детей более яркой и насыщенной. Этим людей объединяет не только одна беда — больной ребенок, но и решимость сделать все возможное и даже невозможное, чтобы помочь своим детям адаптироваться в этом мире.

237

7.7. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Сложности жизненного пути родителей в связи с появлением умственно отсталого ребенка постепенно формируют у них, как показано выше, все нарастающее внутреннее эмоциональное напряжение. При этом подавляющее количество эмоций носит отрицательный характер.

При изучении этого фактора были использованы методика «Семантический дифференциал» в варианте Ч. Осгуда (Приложение 1.10) и методика «Незаконченные предложения» (Приложение 1.11).

Было обследовано 66 матерей основной и 40 матерей контрольной групп, имеющих взрослых детей от 15 до 28 лет. Среди матерей основной группы было выделено две группы (по 19 человек каждая), имеющих детей с умеренной (УУО) и тяжелой (ТУО) умственной отсталостью.

Обобщенные результаты исследований основной и контрольной групп приведены в табл. 24.

Результаты проведенного исследования показывают, что эмоциональные переживания, связанные с понятиями «Я сам» и «Мой сын /дочь» в основной группе имеют меньшие отличия от аналогичных показателей контрольной группы по сравнению с переживаниями, связанными с понятиями «Будущее моего сына / дочери» и «Болезнь моего сына / дочери».

В табл. 25 приведены исследованные показатели поданной методике в подгруппах матерей, имеющих взрослых детей с УУО и ТУО.

Таблица 24

Значения факторных оценок у матерей основной и контрольной групп по методике «Семантический дифференциал»

Понятие	Я сам		Мой ребенок		Будущее моего ребенка		Болезнь моего ребенка		
	акт ор	снов ная груп па	онтр оль- ная груп па	снов ная груп па	онтр оль- ная груп па	снов ная груп па	онтр оль- ная груп па	снов ная груп па	онтр оль- ная груп па
Сре днее значени е оценки		0,68	0,03	0,52	0,87	0,77	0,55	0,15	0,52
		0,3	0,28	0,2	0,7	1,12	0,57	1,37	0,39
		0,78	0,93	0,07	0,62	0,12	0,57	0,31	0,02
Ста ндартно е		1,78	1,16	1,26	1,18	1,5	1,3	1,49	1,98
		1	1	1	0	1	1	1	1

отклоне ние		,3	,26	,24	,76	,74	,21	,17	,0
		,79	,98	,34	,2	,89	,82	,82	,93
Дов еритель ный интерва л		,9	,59	,64	,6	,76	,66	,81	,51
		,66	,64	,63	,38	,88	,61	,63	,53
		,4	,5	,68	,61	,45	,41	,45	,49

238

Таблица 25

Исследование показателей оценок у матерей умеренно (УУО) и тяжело (ТУО) умственно отсталых лиц по методике «Семантический дифференциал»

понятие	показатель	Я сама		Мой сын / дочь		Болельщик моего сына / дочери		Будущее моего сына / дочери (со мной/без меня)			
								I		II	
		УУО)	(ТУО)	(УУО)	(ТУО)	(УУО)	(ТУО)	(УУО)	(ТУО)	(УУО)	(ТУО)
среднее значение оценки	активность	0,75	0,55	1,00	0,45	1,18	0,50	0,80	1,00	0,77	1,40
	оценка	1,00	0,60	1,30	1,70	1,60	1,05	0,90	1,45	0,02	1,50
	сила	1,09	0,50	0,60	0,20	1,82	1,20	0,40	0,40	0,70	0,33

Значения факторов А, О, С в основной группе понятия «Я сама» были меньше аналогичных значений факторов контрольной группы на 0,35 (5,8%), 0,15 (2,5%) и 0,15 (2,5%) единиц (рис. 40).

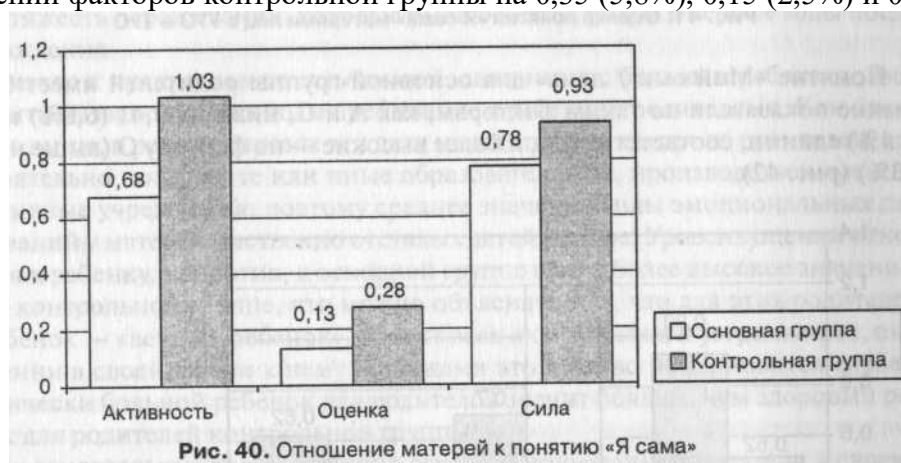


Рис. 40. Отношение матерей к понятию «Я сама»

У матерей обеих подгрупп умственно отсталых молодых людей результаты исследования (понятие «Я сама») показывают положительные значения параметров активности, оценки и силы. При этом более высокие показатели обнаруживают матери УУО лиц. По сравнению с ними, у матерей лиц с ТУО показатель оценки собственной жизненной активности отстает на 0,2 единицы, оценка восприятия себя также на 0,4 единиц ниже, а оценка собственных сил на 0,59 единиц ниже (рис. 41).

По сравнению с группой матерей УУО лиц, матери ТУО лиц демонстрируют более низкую самооценку по всем исследованным показателям.

Полученные данные отражают взаимосвязь степени нарушений психических функций ребенка с оценкой собственной родительской роли в его воспитании.

Такие отличия оценок, даваемых родителями УУО и ТУО детей основной группы, обусловлены прежде всего меньшей значимостью собственного «Я», поскольку оно заслоняется значительно более актуальными проблемами и переживаниями, связанными с воспитанием и устройством своего больного ребенка и отягощающимися переживанием своей вины.

239

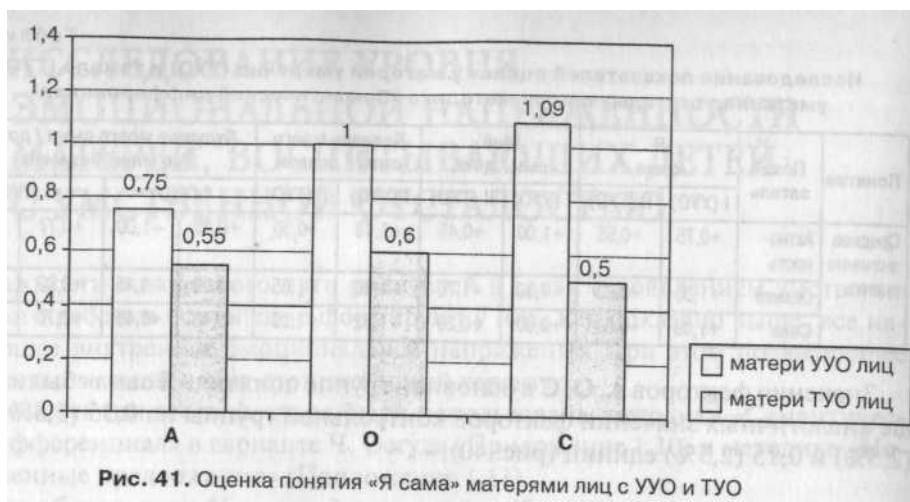


Рис. 41. Оценка понятия «Я сама» матерями лиц с УУО и ТУО

Понятие «Мой сын / дочь» для основной группы родителей имеет более низкие показатели по таким факторам, как А и С, ниже на 0,41 (6,8%) и 0,55 (9,4%) единиц, соответственно, и более высокие — по фактору О (выше на 0,5' 8,3%) (рис. 42).



Рис. 42. Отношение матерей к понятию «Мой сын / дочь»

Оценка матерями, имеющими детей с ТУО, понятия «Мой сын /дочь» имеет более низкие значения, по сравнению с матерями детей с УУО, по таким показателям, как активность и сила, количественно выражающимся на 0,45 и 0,4 единиц ниже, и более высокие - по показателю О (выше на 0,4 единиц) (рис. 43).

Активность переживаний в отношении данного понятия имеет небольшое значение, даже у матерей, имеющих детей с ТУО, так как с годами происходит его ослабление из-за множества повседневных забот и проблем, решаемых родителями на протяжении многих лет. Можно думать, что с годами происходит привыкание к наличию в семье больного ребенка, и повседневные заботы сни-

240



Рис. 43. Оценка понятия «Мой сын / дочь» матерями лиц с УУО и ТУО

жают тяжесть переживаний, которые были более острыми в первые годы после его рождения.

Близкое к нулю значение силы эмоций, связанных с больным ребенком, может быть вызвано постоянным пребыванием ребенка с родителями. Как отмечалось выше, в редких случаях эти дети находятся вне контроля родителей, самостоятельно посещая те или иные образовательные, производственные или спортивные учреждения, поэтому среднее значение силы эмоциональных переживаний у матерей умственно отсталых детей низкое. Уровень оценки отношения к ребенку, напротив, в основной группе имеет более высокое значение, чем в контрольной группе, что можно объяснить тем, что для этих родителей их ребенок — «вечный ребенок», объект всех их помыслов и устремлений, они искренни в своей любви к нему и с годами это чувство не становится слабее. Фактически больной ребенок для родителей значит больше, чем здоровый ребенок для родителей контрольной группы.

Это свидетельствует о достаточно высокой привязанности матери к своему ребенку. Несмотря на серьезные отклонения в развитии, собственный сын или дочь многими матерями воспринимается весьма положительно как активный, хороший, но слабый и нуждающийся в помощи. При этом факт снижения показателей активности и силы собственного ребенка матерями лиц с ТУО (ниже на 0,55 и 0,4 единицы, соответственно, по сравнению с матерями лиц с УУО) на фоне более высокого значения оценки его личности в целом (рис. 43) может быть связан с более выраженными симбиотическими отношениями «мать — ребенок» в связи с ощущением матерью его большей беспомощности и социальной неприспособленности.

Семья с больным ребенком видит его будущее как источник возрастающей фрустрации и тревоги. Матери боятся, что их ребенок не сможет жить и работать независимо, будет обречен на одиночество и изоляцию. В их представлении будущее не несет для них ничего хорошего. В этой связи особого внимания заслуживают результаты оценок отношения матерей основной группы к понятию «Будущее моего сына / дочери». Отмечаются большие отличия значений факторов А, О и С (в отрицательных значениях) в сопоставлении с аналогичными показателями контрольной группы, они составляют соответствен-

241

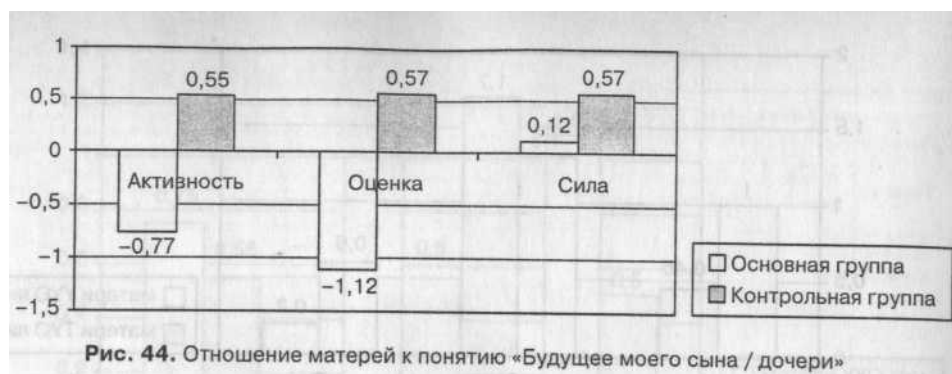
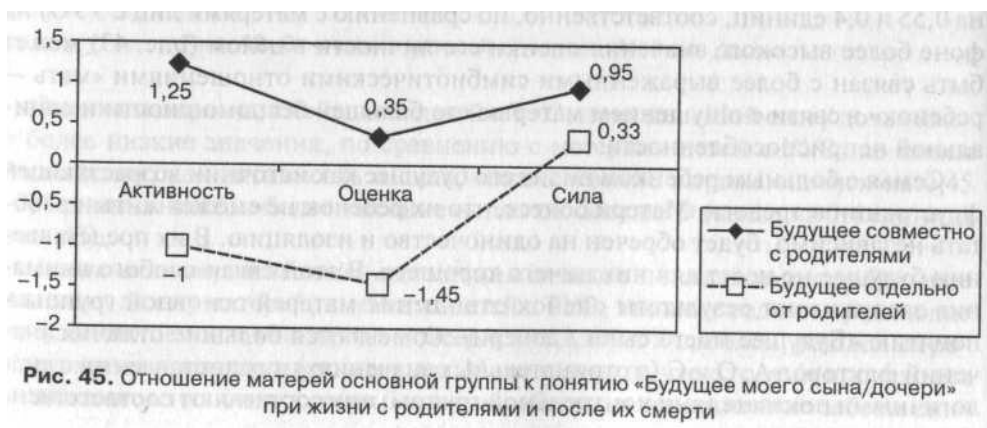


Рис. 44. Отношение матерей к понятию «Будущее моего сына / дочери»

но 1,32 (22%), 1,69 (28,2%) и 0,45 (7,5%) единиц (рис. 44). Будущее своего больного ребенка видится родителям неопределенно-пассивным (абсолютное значение фактора А - 0,11), то есть не поддающимся никакому управлению с их стороны. Сложившаяся в нашей стране система социальной реабилитации инвалидов вообще и умственно отсталых в частности не позволяет родителям питать радужные надежды на «светлое будущее» своих взрослых детей. Их настоящее и будущее они связывают только с собой: в одних случаях это совместная, например, работа мамы и посещение ребенком одной школы, детского сада; в других — совместное проживание и труд на приусадебном или дачном участке или надомный труд; иногда — «настоящая работа» в картонажных или аналогичных цехах, но под присмотром кого-либо из членов семьи или знакомых. Естественно, что видение таких перспектив оценивается еще ниже (значение фактора О = -1,12).

Большинство матерей умственно отсталых детей делит категорию «будущего» на два понятия — будущее при жизни родителей и будущее ребенка после смерти последних. Если будущее ребенка при жизни родителей выглядит весьма позитивно, то будущее после их смерти представлено низкими показателями фактора А (активности) и О (оценки), что говорит о том, что это понятие связано с неприятными эмоциональными переживаниями (рис. 45).

Отношение родителей основной группы к понятию «Болезнь моего сына / дочери» также имеет ярко выраженную специфику. Поскольку в семье неизле-



242



чимо больной ребенок является главным объектом всей жизнедеятельности родителей, то, естественно, приходится ожидать низких значений фактора оценки, что фактически имеет место ($O = -1,37$) (рис. 46).

С другой стороны, сила эмоционального напряжения, связанная с данным понятием ($C = 1,31$), указывает на чрезвычайную актуальность болезни ребенка, не кратковременной, а тяжелой болезни, длящейся всю жизнь и имеющей очень большое значение для родителей.

Таким образом, анализ результатов исследования, проведенного по методу «Семантического дифференциала», выявил отличия между оценками основной и контрольной групп, касающихся всех четырех используемых для исследования понятий. Анализ отличий позволяет говорить о том, что уровень самооценки у родителей, воспитывающих взрослого умственно отсталого ребенка, ниже, чем у родителей, имеющих здоровых детей, что может быть связано с переключением большей части их устремлений на ребенка. Поэтому они достаточно высоко оценивают своего ребенка, сила же этих переживаний невысока, так как в основном такие дети всегда рядом с родителями. Значительно большие отличия наблюдаются в оценках родителей основной и контрольной группы по отношению к понятиям, связанным с будущим и с болезнью детей. Оценки родителей основной группы имеют здесь очень низкие значения по вполне объяснимым причинам — будущее безрадостно, бесперспективно, а болезнь — это серьезно и надолго. У них отсутствует естественный в таких случаях оптимистический прогноз, более высокая сложность и проблемность жизненного пути не позволяет им порой увидеть — хотя бы небольшое и нечастое — положительное, что все же иногда встречается в их жизни.

Следовательно, шкалируемые понятия сопряжены в сознании матерей с сильными эмоциональными переживаниями и не могут не сказываться на отношении к своим детям, к себе и окружающим, что делает эти отношения в силу их эмоциональной напряженности не всегда последовательными.

Результаты изучения психологических особенностей матерей, проведенные с применением методики «Семантический дифференциал», были расширены исследованиями, полученными при использовании методики «Незаконченные предложения». Данная методика широко используется в клинической и исследовательской практике и позволяет выявлять степень эмоционального напряжения родителей по отношению к различным сферам их жизнедеятельности.

243

В нашей работе этот подход позволил провести более тонкую дифференциацию выявленных отличий в оценках матерей лиц с УУО и ТУО.

Незаконченные предложения (в количестве 26) в данном варианте (Приложение 1.11) составлены так, чтобы в их продолжениях проецировались основные аспекты внутренней картины переживаний. В работе использована классификация переживаний Д. Н. Исаева (1991).

Наиболее важным в данном исследовании является качественный анализ ответов, так как они характеризуют не объективную тяжесть заболевания, а ее переживание. Другим способом обработки является количественная оценка результатов. При этом используется формализация и квалификация неопределенных и интуитивных утверждений, заключенных в ответах — продолжениях предложений и представляющих собой нечеткие множества. Принадлежность высказываний к такому множеству может принимать любое значение в диапазоне от 0 до 1. В частности, если окончание предложения выражает явно положительные или отрицательные переживания, то ответ оценивается, соответственно, нулевым или единичным баллом. Промежуточные значения оцениваются баллом, равным 0,5. Полученные количественные данные затем усредняли в рамках соответствующей группы и по этому значению вычисляли коэффициент эмоционального напряжения, как отношение среднего значения к максимальному:

$$K_{\text{э}} = \frac{\text{ср}}{\text{макс}}$$

Таким образом, методика «Незаконченные предложения» обеспечивает возможность оценки отношения к проблеме болезни взрослого ребенка.

Анализ результатов исследования показал, что почти 60% матерей умственно отсталых детей имели высокий уровень эмоционального напряжения, а остальные 41% — нормальный. Подобные значения представлений родителей о здоровье, болезни и будущем своего ребенка, а также выраженность их отношения к этим вопросам позволяют говорить о неблагополучном психоэмоциональном состоянии в основной группе матерей в целом. Как и ожидалось, наибольшие значения эмоционального напряжения вызывают переживания, связанные с болезнью ребенка — «Отношение к болезни» ($K_{\text{э}} = 0,66$) и «Представления о болезни» ($K_{\text{э}} = 0,55$) (табл. 26).

Таблица 26

Оценки эмоционального напряжения по группам переживаний матерей основной группы ($0 < K < 1$)

Группа переживаний (под Н.Исаеву, 1991)	Номера предложений	Среднее значение	Коэффициент напряжения
Представление о здоровье	1,8, 14,20	16,15(15%)	0,42
Представление о болезни	2, 15,21,26	21,3(18%)	0,55
Отношение к болезни	3,9,16,22	25,9(22%)	0,66
Отношение к лечению	4, 10, 17,23	16,2(14%)	0,41
Представление о будущем	5,11,24	18,7(17%)	0,48
Отношение семьи к болезни	6, 12, 18,25	16,2(14%)	0,41

244

Результаты исследования показали, что, как и в целом по основной группе, наибольшие значения эмоционального напряжения у матерей с УУО и ТУО обеих групп вызывают переживания, связанные с болезнью ребенка, — «Отношение к болезни» ($K_{\text{э}} = 2,81$ для УУО и 3,04 для ТУО) и «Представления о болезни» ($K_{\text{э}} = 2,12$ для УУО и 2,23 для ТУО) (табл. 27).

Отношение семьи к болезни ребенка ($K_{\text{э}} = 1,50$ в обеих подгруппах) также может расцениваться как достаточно сильное переживание, обуславливающее высокое эмоциональное напряжение (табл. 27).

Таблица 27

Оценка переживаний матерей, имеющих детей с УУО и ТУО

Оцениваемые показатели	Номера предложений	Среднее значение		Коэффициент напряжения	
		УУО	ТУО	УУО	ТУО
Представление о здоровье	1,8, 14,20	5,5 (8%)	11,0 (10%)	1,4	1,0

Представление о болезни	2,15 ,21,26	17, 0(25%)	24, 5 (22%)	2,1 2	2,2 3
Отношение к болезни	3, 9, 16,22	22, 5 (33%)	33, 5 (29%)	2,8 1	3,0 4
Отношение к лечению	4, 10,17,23	5,0 (7%)	14, 5(13%)	0,6 2	1,3 2
Представления о будущем	5, 11, 24	5,5 (8%)	14, 0(12%)	0,6 9	1,2 7
Отношение семьи к болезни	6,12 ,18,25	12, 0(19%)	16, 5(14%)	1,5 0	1,5 0

Таким образом, наибольшим негативным фактором, обуславливающим формирование высокого эмоционального напряжения у матерей умственно отсталого ребенка, является сам факт его болезни.

Следует отметить, что «Отношение к лечению» и «Представления о будущем» вызывают несколько большую степень эмоционального напряжения у матерей ТУО молодых людей (1,32 и 1,27 у матерей ТУО лиц, соответственно, против 0,62 и 0,69 у матерей УУО лиц). Вероятно, это отражает отсутствие у родителей веры в успешность лечения их ребенка, а также неопределенную перспективу их будущего (табл. 27).

Следует отметить, что данная методика не совсем корректна в отношении выявления представлений матерей о будущем своего ребенка — полученная оценка эмоциональной напряженности по этому фактору кажется несколько заниженной по сравнению с оценками, получаемыми в ходе наблюдений. Причиной несоответствия может быть высокая степень психологической защиты, не позволяющая вербализовать наиболее актуальные опасения, или не совсем адекватная подборка соответствующих предложений.

В целом, тенденция распределения оценок эмоционального напряжения по группам переживаний по методике «Незаконченные предложения» согласуется с результатами, полученными при исследованиях по методике «Семантический дифференциал», что позволяет говорить об определенной закономерности полученных результатов.

Анализ эмпирических материалов позволяет сделать следующее заключение.

Воспитание в семье ребенка-инвалида репрезентируется в сознании матерей как исключительная по своей травмирующей силе жизненная ситуация.

245

При этом степень травматизации по мере взросления ребенка может усиливаться, деструктивно влияя на личность матери. Одна из особенностей воспитания больного ребенка в семейных условиях как особого класса жизненных ситуаций состоит в том, что ребенок и его неблагополучие представляют некую среду, в которую «заключены» сами родители и, прежде всего, мать. Подобная структура жизненной ситуации характерна и для воспитания здорового ребенка в раннем возрасте, когда он почти всецело поглощает внимание родителей. Но по мере его взросления происходит процесс «высвобождения» родителей. Позже родители становятся в большей степени той сферой, в которую «заключен» ребенок. В случае воспитания больного ребенка этапа «высвобождения» родителей не происходит. Следствием этого становится постепенно усиливающаяся симбиотическая связь матери с ребенком. Фиксация этой связи негативно влияет как на развитие самого ребенка, так и на личностное и социальное становление матери. Жесткая симбиотическая связь способствует изоляции обоих членов этой связи от окружающих и во многом блокирует процесс самоактуализации за пределами семьи — получение образования, профессиональная карьера, реализация личных потребностей и др. Неслучайно по результатам метода «Психологическая автобиография» перспектива будущего времени у таких матерей коротка (не более полугода) в сравнении с женщинами примерно того же возраста, воспитывающих здоровых детей. В последнем случае дальность временной перспективы в зависимости от возраста варьирует в пределах от 2-4 лет до 10-12 лет. Сама наполненность времени (прошлого, настоящего, а главное — будущего) значительно беднее. Обращает на себя внимание преобладание событий с отрицательным знаком и активное игнорирование положительных событий, имевших место как факт биографии.

Сконцентрированность на нуждах ребенка приводит к почти полному их отождествлению со своими собственными. Именно поэтому многие потребности ребенка понимаются неправильно, что

проявляется в затруднениях взглянуть на собственного ребенка с какой-то иной точки зрения, отличной от собственной.

Жизненное пространство воспринимается как малоизменяемое. Замкнутость на ребенке приводит к весьма огрубленному делению этого жизненного пространства на то, что имеет отношение к ребенку, и на все остальное. Именно поэтому в результатах методики «Психологическая автобиография» практически не фигурируют другие значимые люди, такие как собственные родители, то есть бабушка и дедушка ребенка.

В образе будущего естественным образом отсутствует реализация жизненного сценария своего ребенка — рождение внуков, профессиональная карьера сына или дочери, что также сужает временную перспективу.

Оценка данных шкалирования такого понятия, как «Будущее моего ребенка» методом семантического дифференциала свидетельствует об его явной амбивалентности. Будущее ребенка четко разделено на два полюса — будущее при жизни родителей и будущее после их смерти. По факторным нагрузкам (сила, оценка, активность) понятие «Будущее моего ребенка» переживается приблизительно как понятие «Болезнь моего ребенка».

246



Рис. 47. Иерархическая структура материнских проблем по данным контент-анализа

Воспитание ребенка-инвалида в семье воспринимается как явление исключительно индивидуальное, неповторимое и несопоставимое. Именно поэтому аналогии, высказываемые в беседе с матерями, могли трактоваться ими как явное непонимание их переживаний.

Чувство глубокой привязанности к ребенку (сыну или дочери) неизменно сочетается с явным или скрываемым чувством вины перед ним. Драму своего ребенка большая часть матерей пытается объяснить в исключительно нравственных категориях, таких как «несправедливость». Само чувство вины имеет весьма сложную структуру и с трудом поддается описанию. Оно включает в себя и жалость к своему ребенку, и определенную неприязнь к другим детям, чувство беспомощности и некупаемость громадных нравственных и физических усилий. Так или иначе, эти стороны отражались в результатах наблюдений и клинических бесед, а также в показателях методик «Семантический дифференциал» и «Незаконченные предложения».

Полученный эмпирический материал был подвергнут обработке методом контент-анализа с последующей процедурой факторизации. В результате удалось построить иерархическую структуру факторов, составляющих наиболее актуальные проблемы семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Рис. 47 и 48 демонстрируют две указанные иерархические факторные структурные модели проблемных ситуаций.



Рис. 48. Иерархическая структура проблем детей по данным контент-анализа

247

Как видно из приведенных рисунков, факторные модели имеют различную семантическую структуру, что говорит о необходимости построения двух стратегий в едином психотерапевтическом процессе работы с подобными семьями.

Для разработки таких стратегий в организации помощи семьям, имеющим ребенка с нарушением интеллекта, особенно матерям такого ребенка, важную роль играет понимание не только и не столько влияния внешних причин и их результатов на личностные особенности женщины-матери, сколько проблемы в самой структуре ее личности, ее внутреннем мире, ее самооценке, самоотношениях и самоактуализации. Этим вопросам посвящена следующая часть нашего исследования.

7.8. ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРЕННЕГО МИРА МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Представляло интерес выявить особенности структуры самоотношения личности матерей, имеющих больного ребенка, по сравнению с женщинами, воспитывающими здоровых детей.

В качестве исследовательского инструмента была использована методика «Исследование самоотношения» С. Р. Пантелеева: тест-опросник предполагает выявление 9 характеристик, позволяет построить индивидуальный профиль самоотношения и обладает высокими диагностическими возможностями (Приложение 1.12).

Анализ полученных результатов по данной методике показал, что при исследовании структуры самоотношения матерей, воспитывающих детей с нарушением интеллекта (41 чел.) и здоровых детей (20 чел.) имеется разница по всем шкалам (табл. 28).

Таблица 28 Структура самоотношения матерей опытной и контрольной групп

Шкалы	Средние значения	
	Опытная группа	Контрольная группа
Закрытость	6,7	5,7
Самоуверенность	6,4	12,0
Саморуководство	5,9	8,6
Отраженное самоотношение	7,3	6,8
Самоценность	7,7	10,0
Самопринятие	7,3	8,6
Самопривязанность	5,2	6,4
Внутренняя конфликтность	7,4	4,7
Самообвинение	5,8	3,4

248

В экспериментальной группе по сравнению с контрольной отмечались более высокие значения по 4 шкалам: «внутренняя конфликтность» — в 1,6 раза; «самообвинение» — в 1,7 раза; «закрытость» — в 1,2 раза; «отраженное самоотношение» — в 1,1 раза.

В экспериментальной группе по средним значениям показатели 4 шкал соответствовали значениям выше среднего уровня: «самоценность» (7,7), «внутренняя конфликтность» (7,4), «самопринятие» (7,3) и «отраженное самоотношение» (7,3).

Значения остальных шкал соответствовали среднему уровню.

В контрольной группе по 5 шкалам значения показателей самоотношения были выше, чем в опытной группе, особенно по шкалам «самоуверенность» и «самоценность». Внутри контрольной группы значения показателей 4-х шкал соответствовали высокому уровню: «самоуверенность» (12,0). «самоценность» (10,0), «саморуководство» (8,6) и «самопринятие» (8,6), показатели остальных шкал соответствовали среднему и лишь показатели шкалы «самообвинений» (3,4) — низкому уровню.

Исследование количества матерей, выполнявших тест «Самоотношения», в соответствии с разными уровнями показало, что в обеих группах доминировал по всем шкалам средний уровень (табл. 29), кроме шкал «саморуководство» и «самоуверенность» в контрольной группе, где в 1-м случае преобладал высокий уровень, а во 2-м, в одинаковом числе случаев, — высокий и средний.

В экспериментальной группе по 4 шкалам у более четверти обследованных женщин выявлен высокий уровень следующих показателей: «самоценность» — 36,6%, «отраженное

самоотношение»— 34,0%, «самоуверенность»— 27% и «самообвинение» — у 27%. Показатели, соответствующие низкому уровню, наблюдались по 5 шкалам и не более чем у 1-2 человек (табл. 28).

В контрольной группе не отмечалось высоких значений показателей ни у одной обследованной матери по шкалам «внутренняя конфликтность» и «самообвинение», но у 30% и 35% женщин, соответственно, выявлен низкий уровень. По остальным шкалам, кроме шкал «закрытость» и «отраженное самоотношение», у матерей, имеющих здоровых детей, в 25% и выше наблюдались высокие значения показателей.

Таблица 29 Уровни показателей самоотношения матерей опытной и контрольной групп, %

Шкалы	Уровень опытной группы			Уровень контрольной группы		
	В ысоки й	с редни й	н изкий	В ысоки й	с редни й	н изкий
Закрытость	1 7,1	7 8,0	4 9	1 5,0	8 5,0	-
Самоуверенность	2 7,0	7 3,0	-	5 0,0	5 0,0	-
Саморуководство	1 4,8	7 3,0	1 2,2	6 0,0	4 0,0	-
Отраженное самоотношение	3 4,0	6 6,0	-	1 5,0	8 5,0	-
Самоценность	3 6,6	6 3,4	-	3 5,0	6 5,0	-
Самопринятие	2 4,4	7 5,6	-	2 5,0	7 5,0	-
Самопривязанность	9 7	8 3,0	7 3	2 5,0	6 0,0	1 5,0
Внутренняя конфликтность	4 9	9 0,2	4 9	-	7 0,0	3 0,0
Самообвинение	2 7,0	5 8,2	1 4,8	-	6 5,0	3 5,0

249

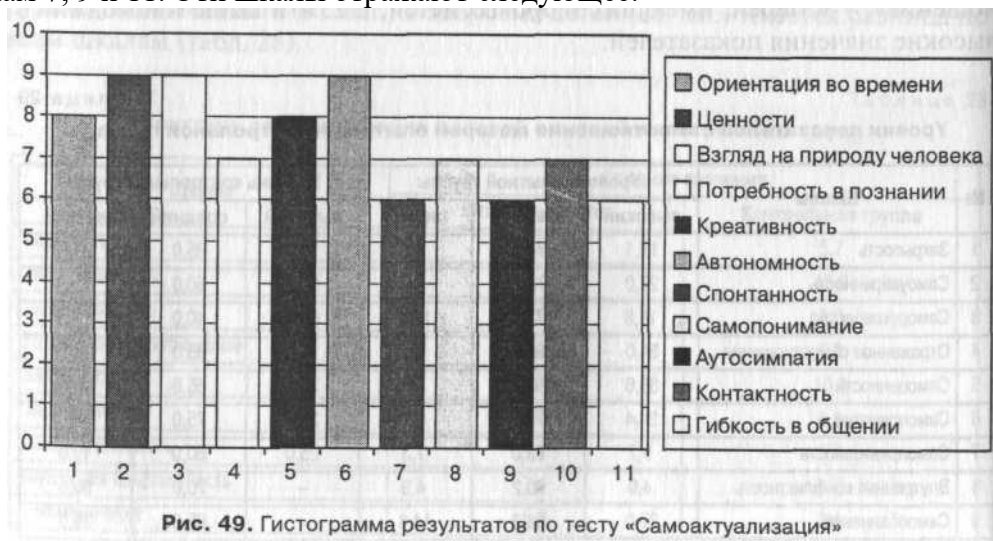
Следовательно, для большинства матерей, воспитывающих детей с нарушением интеллекта, характерно наличие внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой. У них отмечается тенденция к самокопанию и рефлексии на негативном эмоциональном фоне отношения к себе. Матери детей-инвалидов ставят себе в вину рождение больного ребенка; в связи с этим они уходят в себя, считают, что отношение к ним и их деятельности вызывает у окружающих людей негативизм и непонимание.

Как экстрапунитивные, так и интрапунитивные реакции в сочетании с невысоким саморуководством при несоответствии образа идеальной модели мира и самого себя могут вылиться у матерей умственно отсталых детей в субъективное ощущение личной и социальной неадекватности. Однако значимым является понимание ими необходимости изменить представление о жизни, себе, потребность увидеть новые возможности в своей жизни, поскольку матери больных детей, хотя и испытывают самоуничижение, о чем свидетельствуют высокие значения по шкалам «внутренняя конфликтность» и «самообвинение», но одновременно с этим у них отмечается и аутосимпатия (высокие показатели по шкалам «отраженное самоотношение»). Эти результаты подтолкнули нас к изучению причин, которые позволяют матерям больных детей не падать духом, а реализовать свой внутренний потенциал в трудной жизненной ситуации.

С этой целью предпринято исследование матерей взрослых детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью при помощи методики «Самоактуализация».

Результаты опросника теста «Самоактуализация» выражаются в виде 11 шкал (Приложение 1.13), описывающих разные стороны личности, которые можно представить в виде индивидуальных и усредненных для группы обследованных матерей профилей.

Индивидуальные личностные профили весьма разнообразны. Обобщенный график (гистограмма), представленный на рис. 49, демонстрирует более низкие значения профиля по шкалам 7, 9 и 11. Эти шкалы отражают следующее:



250

Шкала 7 «Спонтанность». Это свойство, прямо вытекающее из уверенности в себе, внутренней свободы, доверия к окружающим людям. Низкий показатель по этой шкале говорит об обратном — внутренней зажатости, трудности быть естественным, страхе быть неправильно понятым.

Шкала 9 «Аутосимпатия». Низкие показатели говорят о тенденции к невротизму, тревоге, неуверенности в себе.

Шкала 11 «Гибкость в общении». Спад показателей по этой шкале говорит о трудностях в межличностном общении, прежде всего в процессе самораскрытия и самовыражения, об избегании личного общения, неуверенности в своей привлекательности, интересности и т. д.

С определенной долей основания можно предполагать, что гистограмма самоактуализации личности матерей, воспитывающих детей-инвалидов, отражает не только особенности их характера, но и во многом типичную для многих из них жизненную ситуацию. Вместе с тем существует и обратная связь: чем ниже показатели, тем тяжелее переживается характер собственной жизненной ситуации, тем более она воспринимается как бесперспективная и безысходная.

Матери с низкими показателями личностного профиля, как правило, весьма категоричны в оценке своих детей, как в положительном, так и в отрицательном отношении. Их оценка характеризуется ригидностью и фрагментарностью. У них, скорее всего, устанавливаются жесткие симбиотические связи со своими детьми. Описанные личностные свойства и формирующиеся под их влиянием отношения с ребенком могут служить негативным фактором в развитии навыков общения и самостоятельного поведения в сферах «человек — человек» и «человек — предмет».

Проведенные исследования и полученные результаты выявили как общие, так и индивидуально-типологические особенности семейных проблем воспитания молодых инвалидов, и это поможет в разработке психокоррекционных программ, ориентированных и на семейные отношения в целом, и в отдельности на родителей и их детей.

Полученный эмпирический материал и его анализ демонстрирует, что степень проблемности внутрисемейных отношений напрямую не зависит ни от характера заболевания, ни от выраженности интеллектуальной, речевой и поведенческой патологии. Влияние патологического фактора (конечно, до известной степени его выраженности) существенно опосредуется личностными особенностями родителей, особенно матерей, установками, характером семейной психологической атмосферы и рядом других переменных.

251

СОЦИАЛИЗАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ ЛИЦ С ГЛУБОКИМ НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Глава 8

8.1. ИНТЕГРАЦИЯ, ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ

С СОЦИАЛИЗАЦИЕЙ И САМОРЕАЛИЗАЦИЕЙ ЛИЧНОСТИ

В настоящее время в развитых странах мира одним из главных средств социальной интеграции считается *социализация личности*, то есть «развитие личности человека во взаимодействии и под влиянием окружающей среды, обусловленное конкретными социальными факторами».

Основная цель системы образования для детей с нарушением интеллекта — максимально возможная *социализация*. При этом под социализацией подразумевается совокупность всех социальных процессов, благодаря которым индивид усваивает и воспроизводит определенную систему знаний, норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества, осваивая социальные роли и культурные нормы.

Социализация включает: раннюю социализацию (от рождения до поступления в школу); обучение (школьное и профессиональное), социальную зрелость (трудовую активность), завершение жизненного цикла (с момента прекращения постоянной трудовой деятельности).

Следовательно, процесс социализации осуществляется на протяжении всей жизни человека и проходит в трех сферах:

1) в деятельности — у человека развиваются задатки и способности, и происходит их реализация;

2) в общении, которое возникает во всех сферах жизнедеятельности, развиваются коммуникативные способности, способности взаимодействия с окружающими;

3) в самосознании, сознании и понимании самого себя, в развитии правильной самооценки, что означает «адекватное мнение и суждение человека о самом себе, о своих качествах, достоинстве и недостатках, деятельных способностях, потенциальных возможностях, а также о своем месте и роли среди других людей».

252

По определению А. В. Мудрика (1997), человек становится полноценным членом общества, если усваивает социальные нормы и культурные ценности одновременно с реализацией своей активности, саморазвитием и самореализацией в обществе.

Самореализация личности предполагает удовлетворяющее человека осуществление своей деятельности в значимых для него сферах: в работе, быту и взаимоотношениях с окружающими. При этом необходимо, чтобы успешность этой реализации признавалась и одобрялась значимыми для человека людьми.

Ни у кого не вызывает сомнения, что конечная цель специального образования детей с физическими и психическими отклонениями — полная интеграция их в общество, использование ими социальных привилегий и благ, доступных остальным гражданам, то есть принцип нормализации.

Для успешной интеграции в обучении и воспитании людей с нарушением интеллекта необходим перенос акцента с принципа нормализации на другой важный принцип — «качества жизни». Под последним понимается опора на потребности индивидуума, как на центральный фактор, и на права умственно отсталых людей для наиболее полного удовлетворения этих потребностей.

Интеграция выступает в двух формах: социальной и педагогической (учебной).

Социальная интеграция (интеграция в обществе) предполагает социальную адаптацию ребенка с отклонениями в развитии в общую систему социальных отношений и взаимодействий — прежде всего, в рамках той образовательной среды, в которую он интегрируется.

Наличие проблемы интеграции детей-инвалидов в общество обусловлено, с одной стороны, имеющимися у них отклонениями в физическом и психическом развитии и, с другой, недостаточным совершенством самой системы социальных отношений, которая в силу определенной жесткости требований к своим потенциальным субъектам оказывается недоступной для детей с ограничениями жизнедеятельности. Имеется два подхода к интеграции инвалидов в общество. Первый подход предполагает приспособление инвалида к вхождению в ординарное общество, его адаптацию к окружающим условиям. Этот подход, безусловно, страдает односторонностью и узостью. Следуя ему, невозможно добиться желаемых результатов, тем более, что процесс социализации личности — двусторонний. Кроме того, инвалид в этом процессе подготовки должен быть не только объектом интеграции, но и обязательно субъектом, активным участником этого процесса.

Второй подход предполагает, кроме подготовки инвалида к вхождению в общество, и подготовку общества к принятию инвалида. Если какие-то аспекты первого направления уже

разрабатываются, то пути реализации второго направления пока лишь нащупываются, к ним только-только подступают.

На наш взгляд, интеграция в общество людей с ограниченными возможностями здоровья должна включать:

- 1) воздействие общества и социальной среды на личность с отклонениями в развитии;
- 2) активное участие в данном процессе самого человека с отклонениями в развитии;

253

- 3) совершенствование самого общества, системы социальных отношений, которая в силу определенной жесткости требований к своим потенциальным субъектам оказывается недоступной для таких людей.

В рамках проблемы интеграции в общество детей с ограниченными возможностями в развитии важно учитывать социальные последствия, выражающиеся в ограничении жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Под *ограничением жизнедеятельности* имеется в виду снижение следующих способностей:

- способность адекватно вести себя;
- способность эффективно общаться с окружающими.

Под *социальной недостаточностью* понимается нарушение способности выполнять так называемые «социальные роли». Однако ограничения жизнедеятельности и социальная недостаточность однозначно не взаимосвязаны с нарушениями, а и не меньшей степени определяются социальными условиями, общественными нормами, отношением к инвалидам в обществе и адаптивностью самого индивида.

Интеграция в общество детей-инвалидов — это целенаправленный процесс передачи обществом социального опыта с учетом особенностей и потребностей различных категорий детей-инвалидов при активном их участии и обеспечения адекватных для этого условий, в результате которого происходит включение детей во все социальные системы, структуры, социумы и связи, предназначенные для здоровых детей, активное участие в основных направлениях жизни и деятельности общества в соответствии с возрастом и полом, подготавливая их к полноценной жизни, наиболее полной самореализации и раскрытию как личности.

Передача социального опыта, обучение социальным формам и способам деятельности осуществляется посредством воспитания, обучения, включения в различные виды деятельности и воздействия среды.

Социальная адаптация, обуславливая способность человека приспособиться к изменяющимся условиям жизни, является важнейшим механизмом социализации и интеграции. Социальная адаптация осуществляется в процессе различных видов деятельности (игра, общение, учение, труд) и самосознания человека. Эти виды деятельности выступают одновременно и как средства адаптации и его цели, результаты на различных этапах человеческой жизни.

В процесс обучения необходимо включить все виды социальной адаптации: социально-бытовую, социально-средовую, социально-трудовую, социально-психологическую, социально-педагогическую.

Одним из важнейших факторов социальной интеграции детей-инвалидов является подготовка общества к принятию инвалидов. Эта подготовка включает формирование соответствующих правовых основ государства, регламентирующих благоприятные условия для интеграции, формирование положительного отношения здоровых членов общества к детям с ограниченными возможностями в развитии и приспособление среды обитания для этой категории детей.

254

Педагогическая интеграция предполагает формирование у детей с ограниченными возможностями в развитии способности к усвоению учебного материала, определяемого общеобразовательной программой, то есть общим учебным планом (совместное обучение).

Еще Л. С. Выготский (1983) полагал, что задачей воспитания ребенка с нарушением развития является его интеграция в жизнь и создание условий компенсации его недостатка с учетом не только биологических, но и социальных факторов.

В настоящее время в России развивается две основные модели педагогической интеграции: интернальная и экстернальная. *Интернальная интеграция* — интеграция внутри системы специального образования, а экстернальная предполагает взаимодействие специального и массового образования.

Формами интегрированного обучения являются специальные классы в общеобразовательной школе и совместное обучение в одном классе. Специальные классы могут быть созданы для

определенной категории детей (например, с нарушением слуха, зрения, задержкой психического развития, умственной отсталостью, церебральным параличом и др.) или объединять различные категории детей с отклонениями в развитии (например, с задержкой психического развития и умственной отсталостью, сложным комплексным нарушением и др.).

Совместное обучение в одном классе более эффективно для детей с небольшими нарушениями развития (например, слабовидящих, слабослышащих, с легкой формой церебрального паралича и др.) при наличии хорошо налаженной деятельности службы сопровождения учащихся в школе. Для детей с тяжелыми формами нарушений в развитии, например, с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, возможна только социальная интеграция и частично интернальная форма педагогической интеграции.

Успешность интеграции детей с нарушением интеллекта зависит не только от характера и степени имеющихся у них психических нарушений и эффективности учитывающих эти нарушения учебных программ и обучающих технологий, но и от системы отношений к таким детям со стороны социального окружения и, прежде всего, в той среде, в которую ребенок интегрируется.

Из малочисленных работ по проблемам интеграции известно, что не только в обществе в целом, но и в сфере образования педагоги — и даже со специальным педагогическим, психологическим и медицинским образованием — отрицательно относятся к интеграции детей с отклонениями, особенно с психическими и тяжелыми двигательными (колясочники), в массовую школу.

Учителя массовых школ проявляют негативное отношение к детям с психическими отклонениями в большей степени, чем специалисты — врачи, психологи, специальные педагоги, социальные работники и др.

По результатам работ зарубежных авторов установлено, что отношение здоровых к инвалидам в целом характеризуется как откровенно неблагоприятное (сопровождающееся чувством сострадания, вежливым нерасположением) и имеет характер доминирования — подчинения, когда здоровые получают в том или ином виде власть над теми, у кого есть определенные отклонения.

В некоторых исследованиях отмечается амбивалентный характер отношений здоровых к больным: с одной стороны, неприятие и даже враждебность, с

255

другой — симпатия и сочувствие. В этом видятся скрытые возможности улучшения социальной интеграции инвалидов.

Мы провели ряд исследований для диагностики отношений к интеграции у педагогов и учащихся специальной и массовой систем образования. Мониторинг, проведенный в массовых и специальных школах, показал, что отношение к интеграции учителей массовых и специальных школ за последние 5 лет изменилось в основном в положительную сторону.

При анализе результатов мониторинга в Санкт-Петербурге и Псковской области было установлено (Н. Н. Соловьев, 2003; Л. М. Шипицына, 2004) следующее.

1. Учителя общеобразовательных и специальных (коррекционных) школ и учащиеся констатируют недостаточное освещение в средствах массовой информации проблем инвалидов, особенно детей-инвалидов и их родителей. Среди средств массовой информации в освещении этих проблем наибольшую значимость для учителей и учащихся имеют телевидение и газеты.

2. Учителя и учащиеся общеобразовательных школ позитивно относятся к разным категориям детей-инвалидов, за исключением лиц с психическими нарушениями, отношение к которым более чем у половины педагогов и учащихся отрицательное. С увеличением возраста и стажа работы у педагогов и с увеличением года обучения (с 5 по 11 класс) у учащихся положительное отношение к инвалидам возрастает.

3. Учителя специальных школ относятся к детям-инвалидам практически без неприязни, более положительным по сравнению с учителями массовых школ является и их отношение к лицам с психическими нарушениями (у 79 против 39% педагогов массовых школ).

4. Молодые учителя более прогрессивно оценивают социальную роль инвалидов, чем их более взрослые коллеги, что может быть связано с тем, что молодое поколение (в том числе и учителя) выросло в условиях более терпимого отношения к инвалидам и понимания необходимости их интеграции в общество.

5. Оценка педагогами специальных школ социальной роли, которую могли бы играть в обществе инвалиды, является более благоприятной, чем среди учителей массовой школы. Однако учителя специальных школ более консервативны в отношении педагогической интеграции и считают, что детям-инвалидам лучше обучаться в специальной школе.

6. Незначительный социальный опыт учащихся массовой школы является причиной того, что они достаточно низко оценивают ту социальную роль, которую могли бы играть инвалиды в обществе. Эти оценки практически не зависят от срока обучения (от 5 к 11 классу), что указывает на недостаточное воспитание в школе толерантного отношения к инвалидам. К совместному обучению положительно относятся большинство учащихся массовой школы, однако среди них только треть согласны обучаться с инвалидами в одном классе, а остальные допускают их обучение в отдельном классе школы.

7. Позитивные изменения отношения общества к детям-инвалидам улучшают их самочувствие и готовность к совместному обучению в одном классе или школе со здоровыми учащимися, формируют ценностные ориентации на получение образования и соответствующей профессии.

256

8. Основными причинами трудностей социальной интеграции детей-инвалидов являются коммуникативные затруднения, несформированность жизненной позиции, высокая обеспокоенность о будущей жизни и работе.

Следовательно, проведение мониторинга по проблемам интеграции детей-инвалидов среди учителей и учащихся общеобразовательных и специальных (коррекционных) учреждений в крупном мегаполисе — Санкт-Петербурге и типичном регионе РФ — Псковской области демонстрирует общую тенденцию улучшения положительного отношения современного общества к социальной интеграции детей-инвалидов.

Положительное отношение, понимание и принятие учителями и здоровыми детьми ребенка с отклонениями в развитии оказывает прямое влияние на его умственное, эмоциональное и социальное развитие. В связи с этим можно заключить, что знание системы отношений учителей, сверстников к имеющим ограниченные возможности в обучении детям является чрезвычайно важным с точки зрения их социальной и педагогической интеграции.

Расширение информированности населения, создание и признание новых общественных организаций, защищающих права инвалидов, разработка новых интересных программ, укрепление законодательной базы по вопросам о защите прав инвалидов позволяет заключить, что ведется активный поиск путей решения проблем инвалидов и — что самое главное — наше общество развивается в отношении интеграции умственно отсталых людей, к включению их в жизнь этого общества.

Комплексный подход к данному вопросу позволит дать этим людям шанс выхода из сегрегации, открыть для них возможность пользоваться всеми благами, быть полноправными членами этого общества и приносить ему пользу.

Тенденция положительного отношения к интеграции не только обнадеживает, но и свидетельствует о чрезвычайной важности, во-первых, медико-психологического, социально-психологического и психолого-педагогического просвещения всего населения, а во-вторых, о необходимости проведения специального обучения родителей, здоровых школьников и педагогического персонала обычных школ, направленного на изменение у всех участников учебно-воспитательного процесса массовых школ отрицательных социальных установок и стереотипов по отношению к детям с проблемами в развитии, особенно с психическими нарушениями.

Врожденные биологические особенности организма человека оказывают влияние на личность, но отнюдь не предопределяют ее развитие (С. Я. Рубинштейн, 1970). Умственная отсталость — это не болезнь, и ее нельзя рассматривать как собственно сущность человека. Она распространяется прежде всего на интеллектуальную сферу, но не на свойства личности.

Неправильное развитие свойств личности умственно отсталого человека, таких как характер, воля и др., «не обязательно является вторичным осложнением умственной отсталости».

Определяют развитие личности «общественные условия воспитания, конкретная историческая среда» (С. Я. Рубинштейн, 1970), в которой человек развивается. Если ребенок с нарушением интеллекта воспитывается в интернатном учреждении, где при отсутствии материнского тепла есть еще и дефицит

257

внимания, игр, необходимых занятий, то имеющиеся нарушения усугубляются.

В общественном сознании часто бытует мнение, что дети с умственной отсталостью рождаются в асоциальных семьях, что абсолютно неправильно. Это представление ведет к тому, что такая семья часто оказывается в зоне общественного осуждения. Окружающие, в том числе родные и близкие, зачастую убеждают родителей отдать такого ребенка в интернат. Хотя даже здоровые

дети, живущие без родителей в детских учреждениях, неизбежно имеют некоторые задержки в развитии. А для детей с уже имеющимися нарушениями отсутствие материнского тепла, дефицит внимания, игр, необходимых занятий вызывает усугубление этих нарушений. Отечественный и мировой опыт со всей очевидностью показывает, что эффективность социализации и, как следствие, достойное будущее умственно отсталого ребенка, воспитывающегося в семье, неизмеримо выше, чем у отданного в интернатное учреждение (А. Н. Смирнова, 1967).

Семьи, решившие сами воспитывать своего больного ребенка, зачастую не выдерживают навалившихся проблем и распадаются. Как правило, мать одна вынуждена содержать и воспитывать ребенка-инвалида. Складывается определенный симбиоз матери и ребенка. До недавнего времени для таких больных детей не существовало детских садов, они не посещали школу, а оставались дома в «четыре стены». Такой ребенок из-за минимума личных контактов все более замыкался в себе, и в результате происходила деформация его личности. Развивались принципиально отрицательные черты характера, такие как завышенная самооценка, безынициативность, недоверие к окружающим.

В силу отсутствия в воспитании помощи специалистов и недостатка инициативы самих детей с психическими нарушениями и их родителей, такие дети иногда к 25—30 годам не имеют элементарных навыков самообслуживания. Они становятся потребителями и уже не желают обрести самостоятельность.

Во многих странах мира семьи, имеющие таких детей, знают, что они не останутся один на один в преодолении своих проблем, что государство и общество им помогут. В нашей стране родители, живущие с больным ребенком, часто оказываются в изоляции, в одиночестве, наедине со своим особым горем. У родителей возникает чувство страха и отчаяния. Поэтому им необходимы помощь и поддержка с самого начала. Необходимо сделать все возможное, чтобы семья не была изолированной, помочь наладить отношения с родственниками, друзьями, соседями, а также с семьями, имеющими такого же ребенка. Особенно это важно там, где ребенок воспитывается в неполной семье (А. Н. Смирнова, 1967).

Необходимо изменить установку в отношении умственно отсталого ребенка: смотреть на него как на человека с определенным потенциалом, принять его таким, какой он есть со всеми его особенностями, и радоваться тому, что он есть.

Очень важна организация взаимодействия ребенка с внешним миром, начиная с родственников, друзей, соседей. Если люди будут видеть, что родители рады этому ребенку, то и относиться к нему, и смотреть на него будут без неприязни и жалости. Известно, что отношение окружающих к ребенку во многом зависит от установок родителей.

258

Любой ребенок проходит через период полной зависимости от своей семьи, являющейся его первым близким окружением. И все же он находится на пути к самому себе, на котором в какой-то момент отделится от семьи, поэтому родители должны, с одной стороны, осознавать семейную связь со своим малышом, а с другой — признавать за ним потенциальную исключительность (Т. Вейс, 1992), что будет способствовать его развитию.

Нужно жить со своим умственно отсталым ребенком настолько возможно нормально, а это значит, что ребенок должен расти в самых различных формах человеческих взаимоотношений, развиваться в силу своих возможностей, совершенствовать свою личность, стремясь к максимально возможной самостоятельности. Важно, чтобы семья не была односторонне на него ориентирована. Родители не должны жертвовать собой в постоянной заботе о своем умственно отсталом ребенке, они должны что-то делать и для себя, удовлетворять и свои интересы.

Родители, как правило, придают главное значение медицинским воздействиям, абсолютно упуская из виду психолого-педагогические занятия. И очень часто случается так, что возраст ребенка, в котором можно было бы решить многие проблемы, безвозвратно уходит. Если воспитание нормального ребенка очень сложно, то воспитание умственно отсталого — особенно трудно и ответственно. Необходима специальная кропотливая работа.

Умственно отсталый ребенок, возможно, многое узнал бы, смог бы, если бы только захотел, вся беда — в слабости побуждений. Слабо развита любознательность, мало выражены побуждения к новым видам деятельности (С. Я. Рубинштейн, 1970). Именно поэтому необходим умелый и терпеливый подход родственников, вообще взрослых людей к умственно отсталым. Это позволит развить волевые качества ребенка. Родители на протяжении всей жизни ребенка влияют на развитие умственно отсталого ребенка, так как становление его личности идет более медленно, оно растянуто во времени на всю жизнь.

Своевременная настойчивая работа в семье способствует формированию высших чувств. Отношение окружающих людей к умственно отсталому человеку существенно меняется в положительную сторону, когда он хорошо воспитан, проявляет вежливость и уважение к старшим. Любопытство и ненужная жалость может смениться приветливым, одобрительным отношением. А такое доброжелательное отношение людей необходимо неполноценному человеку, оно позволяет ему найти свое место в обществе.

Важна роль родителей в формировании правильной самооценки умственно отсталого молодого человека. В семье, пока он еще маленький, его часто жалеют, радуются малейшему достижению, успеху. И сам ребенок начинает высоко себя оценивать. У него возникают повышенные притязания к вниманию взрослых, их одобрению. В результате захваливание умственно отсталого человека ведет к завышенной самооценке, по которой в обычной жизни наносится серьезный психологический удар и, как следствие, неизбежна психическая депрессия.

Опоздание родителей в формировании правильных привычек может стать источником для возникновения и укрепления у умственно отсталых вредных привычек. Привычки являются для умственно отсталых компенсаторными механизмами в адаптации к условиям окружающей среды.

259

В. И. Занков (1951) описывал типичные ошибки в воспитании умственно отсталых. Чаще всего это внушенная безграничной жалостью неразумная опека, вредный «щадящий режим», при котором ребенка оберегают от труда, заботы, огорчений, воспитывая этим чувство иждивенчества. Поэтому необходимо снижение уровня опеки со стороны близких, формирование максимально возможного уровня самостоятельности. Важно, находясь рядом с умственно отсталым, поощрять его таким образом, чтобы он самостоятельно делал как можно больше. Тренировка, стимул и поощрение способствуют развитию умственно отсталых людей. Родители должны понимать, что рано или поздно их ребенок будет жить без них. Вырастая, умственно отсталые молодые люди, как и все, мечтают жить самостоятельно.

Сегодня выпускается много книг, брошюр, где имеется информация, направленная на помощь родителям в воспитании умственно отсталых детей. Создаются родительские клубы, в которых работают специалисты: педагоги, психологи. Они дают родителям необходимые знания и советы и тем самым оказывают несомненную помощь в воспитании умственно отсталого человека, содействуя его интеграции в общество.

Для любого человека вообще, и для умственно отсталого в частности, восприятие жизни вырабатывается благодаря собственному опыту, в результате поисков решений своих проблем, в результате каких-либо ситуаций.

Умственно отсталые дети в связи со свойственной им недоразвитостью мышления, слабостью понятий и закономерностей сравнительно поздно начинают разбираться в вопросах общественного устройства. Законы, защищающие права личности инвалида, не работают в силу отсутствия работоспособных государственных органов, призванных заботиться об инвалидах.

Следовательно, для того чтобы правильно развивалась личность умственно отсталого человека, необходима социальная интеграция, не ограниченная дошкольным и школьным периодом. Нужна правовая база, развитые службы и организации, обеспечивающие развитие личности каждого инвалида, в том числе и умственно отсталых людей в социуме.

Переходный период от детства к взрослости представляет для детей с умственной отсталостью большие трудности. Этот переходный период протекает по-разному, в зависимости оттого, где обучались дети с нарушениями в развитии: в специальной или массовой школе.

Так, в исследованиях А. Льюиса (1970) показано, что в специальных школах дети с нарушением интеллекта чувствуют себя лучше, чем в специальных классах обычных школ, но уже через полгода после окончания школы выпускники специальных школ чувствуют себя хуже, чем выпускники с нарушением интеллекта, обучавшиеся в массовой школе. В чем это выражается?

Е.Андерсон с соавторами (1982) исследовали психологическую и социальную адаптацию молодых людей в катмнезе (спустя 1 год) после окончания школы. Результаты сравнения показали, что молодые люди, выпускники специальных школ, страдали в большей степени, чем из специальных классов обычных школ в плане их интеграции в социум. Это выражалось в социальной изоляции, семейных проблемах, боязни новых ситуаций, депрессиях, в чувстве собственной ущербности. В работе И. Бшара (1998) сопоставлялись ре-

260

ультаты в двух группах молодых людей с нарушением интеллекта (после специальной школы и специального класса массовой школы) в течение года после выпуска из школы по склонности.

Статистически значимые сдвиги получены только в отношении тех испытуемых, которые демонстрируют более успешную социализацию уже в первый год после окончания школы. Они отличаются не только более эффективной социализацией, но и более позитивной самооценкой и более активны в профессиональном самоопределении.

На первый план в переходный период от детства к взрослости, в подготовке к самостоятельной жизни и работе выдвигается проблема интеграции лиц с умственной отсталостью в сообщество обычных людей, что может быть достигнуто психолого-педагогическим сопровождением в процессе обучения, оказанием специальной помощи и поддержки.

Интеграция в общество людей с умственной отсталостью тесно связана с их социально-трудовой адаптацией. В настоящее время создается много программ, помогающих компенсировать недостаток умственных способностей более интенсивным развитием поведенческих навыков. Заучивание и использование стереотипных наборов действий, необходимых в стандартных ситуациях, связанных с жизнеобеспечением, позволяет умственно отсталым людям стать в какой-то мере более самостоятельными. Обучение позволяет развить их способности так, чтобы окружающие воспринимали и реагировали на этих людей с помощью столь же стереотипных для данной общепринятой культуры представлений и действий.

Профессиональная подготовка умственно отсталых подростков подразумевает:

- развитие профессиональной самоидентификации учащихся;
- развитие специфических трудовых навыков;
- привлечение семьи к профессиональному обучению; О трудоустройство, в том числе и поддерживающее.

Навыки трудовой жизни положительно влияют на развитие личности и социальное развитие любого человека. Возможность применения своих трудовых навыков дает умственно отсталым молодым людям социальную жизнь вместо зависимости от социальной помощи.

8.2. ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ЛЮДЕЙ В РОССИИ

Длительная история становления социальной помощи в России берет начало от возникновения специальных учреждений — богаделен. По определению энциклопедического словаря Брокгауза и Ефрона, богадельня (от слова «бога дела», то есть для бога) — заведение для призрения лиц, почему бы то ни

261

было не способных к труду, как-то: престарелых, немощных, увечных и выздоравливающих (но не временно больных и умопомешанных, для которых существовали специальные учреждения).

Содержание призреваемых полагали осуществлять за счет частной милостыни. Заботы правительства о надлежащей организации богаделен были до конца XVIII в. весьма слабы. Значительная перемена в этом деле должна была произойти вследствие Указа 1682 г. царя Федора Алексеевича об устройстве в Москве «двух шпитален по новым европейским обычаям, одной в Знаменском монастыре в Китай-городе, а другой за Никитскими воротами на Гранатном дворе», чтобы «впредь по улицам бродящих и лежащих нищих не было». За этим проектом следует законодательство Петра I, который, преследуя нищенство и воспрещая частную благотворительность, повелел в 1712 г. завести по всем губерниям богадельни для престарелых и увечных, не способных к работе. Для содержания престарелых, раненых и увечных военных чинов он давал указание выделять хлебное и денежное жалованье. На построенные при церквях богадельни для нищенствующих больных повелено было обращать свечные сборы. Всего за период правления Петра I в законодательных документах того времени появилось свыше 20 актов, непосредственно относящихся к благотворительности и началу создания общегосударственной системы общественного призрения. Перенимая опыт общественного устройства европейских стран, русский царь намеревался отделить «богоугодные» заведения от церковных властей. Нововводимые органы городского самоуправления — магистраты должны были заниматься устройством жизни всех слоев населения. Осуществлению этих планов помешала смерть императора.

При преемниках Петра I «богоугодные» заведения пребывали в жалком состоянии, функционируя лишь при некоторых церквях. Только при Екатерине II появилось «Положение о Приказе общественного призрения и его должностях». В связи с этим царевна Наталья Алексеевна учредила в 1713 г. Петербургские централизованные богадельни, что позволило улучшить медицинскую помощь и условия проживания для какой-то части обездоленных граждан столицы России.

В XIX в. было проведено систематическое и правильное разделение благотворительных заведений соответственно преследуемым ими различным целям на дома приюта для престарелых и немощных.

Первый приют для детей сирот и безнадзорных был открыт в 1707 г. в Нижнем Новгороде митрополитом Иовом. До 1860 г. такие заведения действовали самостоятельно, хотя формально находились в ведении «Ведомства учреждений императрицы Марии Федоровны», образованного в России в 1706 г. указом Петра I. Ему подчинялись, кроме сиротских домов, институты благородных девиц, учреждения для глухих и слепых, богадельни и некоторые больницы.

В период Отечественной войны 1812-1814 гг. возросший поток раненых и увечных воинов, направляемых в богадельни, привел к необходимости резкого увеличения числа призреваемых. Именно в эти годы при многих богадельнях были организованы работные дома и дома для малолетних бродяг.

С 1829 г. этими заведениями ведали городские и губернские Управления общественного призрения. В 1885 г. они перешли в подчинение общественных

262

управлений. В эти годы, помимо богаделен, вошли в жизнь российских граждан инвалидные, вдовьи дома и различного рода приюты.

Конец XIX — начало XX в. вошли в историю России движением Открытого Общественного Призрения, уникального по своей гуманной сути, продуманности сети учреждений по воспитанию и обучению убогих детей и подростков, в том числе и глубоко умственно отсталых. Само слово «убогий» понималось, как «у Бога», а «призреть» означало приглядеть за ним, помочь ему. В приютах «дурачка» обучали грамоте и ремеслу, а в 21 год определяли в самую «благопристойную семью в деревне, платили за содержание врача и жандарма — приставляли по одному на три деревни, чтоб здоров был «дурачок» и не обижен. Так и жил он на Руси, будучи миротворцем, отмаливая людские грехи, никого не раздражая видом своим, переизбытком доверчивости и трудолюбия.

Помогала «убогим» людям и жена последнего императора России княгиня Ольга Апраксина, которая стояла во главе Попечительского Совета. Член этого Совета одновременно вносил 3000 золотых рублей, для того чтобы пожизненно числиться в нем. В российских приютах учителя и воспитатели не замечали ущербности своих воспитанников и относились к ним как к равным.

Недостатки в жизни богоугодных заведений особенно сказались в период 1914-1917 гг., вследствие притока инвалидов с фронтов империалистической войны. С образованием 13 января 1918 г. губернских отделов социального обеспечения, принявших функции руководства учреждениями бывших общественных управлений, богадельни перешли в их подчинение. 30 апреля 1918 г. был организован Народный Комиссариат социального обеспечения Российской Федерации, возглавляемый Александрой Коллонтай. В 1930-х гг. большинство стационарных учреждений социального обеспечения имело название «Дома инвалидов», что вполне соответствовало их назначению. С этого же времени отмечен рост материально-технического обеспечения учреждений, числа врачей и обслуживающего персонала. Тогда же впервые разработано «Положение о работе медперсонала» и стали создаваться Советы для руководства лечебной и научной работой.

В трудные годы Великой Отечественной войны в дома инвалидов резко увеличилось число поступающих на постоянное проживание. Вначале это были в основном старики, родственников которых призывали в действующую армию или эвакуировали с предприятиями. Затем стали поступать военнослужащие, раненые и мирные жители — как взрослые, так и дети, ставшие инвалидами вследствие военных действий.

В послевоенное время учреждения социального обеспечения носили наименование больниц (интернатов) для хронически больных. Это связано с проведением в них квалифицированного лечения (в основном хирургического) для инвалидов с опорно-двигательными нарушениями. В 1960-х гг. Министерство социального обеспечения приняло решение об упорядочении названий учреждений и их подразделении на детские, психоневрологические интернаты и интернаты для престарелых и инвалидов, что сохраняется до настоящего времени. Совершенствование методов обслуживания престарелых и инвалидов в последние годы привело к специализации некоторых учреждений на интерна-

263

ты для молодых инвалидов, особых категорий населения (отделения милосердия) и различные пансионаты.

Представленная история становления отечественной благотворительности не может быть рассмотрена без основного компонента и элемента быта — занятости проживающих.

Традиционный уклад жизни в русских семьях был приспособлен не для ухода за немощными членами, а для использования их в усиленном домашнем труде. Наиболее часто это была крестьянская работа, присмотр за скотиной, детьми. Первый серьезный опыт трудовой терапии был накоплен петербургской мешанкой Екатериной Константиновной Грачевой (1866—1934). Характер труда, к которому она привлекала воспитанников приюта, был разнообразным. Это была работа по дому, во дворе, в огороде. Менее отсталые в умственном отношении работали в мастерских. Мальчики были заняты в щеточной, переплетной, столярной и сапожной, а девочки — в швейной мастерской. Вначале работали по 1—2 часа в день, а затем продолжительность ежедневной занятости в мастерских доходила до шести, семи часов с перерывами. Е. К. Грачева стремилась к тому, чтобы детский труд был как можно более производительным, с реальными результатами. Продукцию детей неоднократно экспонировали на выставках ко всеобщему изумлению горожан. В 1904 г. работы воспитанников приюта были отмечены почетными дипломами на международной выставке в Париже.

В 1908 г. в арендуемых Всеволодом Петровичем Кащенко (1870-1943) двух корпусах в Москве была открыта школа-санаторий для аномальных детей. Основным методом, обеспечивающим активность таких воспитанников в процессе усвоения знаний, развития способностей, коррекции личности, считали занятия ручным трудом. Большую требовательность к детям сочетали с доверием к ним. Это выражалось в назначении больных ответственными за библиотеку, музей, мастерские и т. д. В 1909 г. Всеволод Петрович выступил с докладом на XII съезде естествоиспытателей и врачей на тему «Об устройстве лечебно-педагогических заведений для умственно и морально отсталых детей». По докладу была принята резолюция о необходимости создания специальных учреждений для детей с интеллектуальными нарушениями.

С 1924 г. повсеместно в стационарных учреждениях социального обеспечения стали открываться лечебно-производственные мастерские. В настоящее время они существуют практически во всех домах-интернатах. На начальных этапах привыкания к условиям проживания большое значение имеет так называемая терапия занятости. Это косвенная психотерапия, ориентированная на интересы престарелых или инвалидов. Задачи такой работы — уменьшение разобщенности проживающих, их занятость, тренировка элементов двигательной активности, восстановление способности к спонтанным коммуникациям. Терапия занятостью включает кружковую работу и индивидуальные занятия с проживающими в сфере их личных интересов. Это музыка, танцы, изобразительное искусство, литература, кройка и шитье, вязание, художественные поделки и т. д. Лицам с двигательными нарушениями рекомендуют изготовление различных по сложности и выполнению поделок из пластилина, бумаги, природных материалов. Возможны также групповые игры: спокойные, сидячие,

264

направленные на тренировку памяти, внимания, координации движений. Это лото, домино, викторины. Непременным условием является разговорный, коммуникационный характер общения.

В настоящее время обучение и воспитание детей-инвалидов и детей с проблемами в развитии осуществляется в специальных (коррекционных) учреждениях, в специальных группах, классах общеобразовательных школ или в виде надомного обучения.

До конца 1960-х гг. в нашей стране обучение и воспитание детей с глубоким нарушением интеллекта осуществлялось в учреждениях социального обеспечения (детские дома-интернаты) и системы просвещения (специальные классы для детей с тяжелой умственной отсталостью во вспомогательных школах). В детских домах-интернатах основное внимание было направлено на выработку элементарных навыков в однообразных видах труда, недостаточно решались вопросы учебно-воспитательной работы и социальной адаптации выпускников. В классах для детей с тяжелой умственной отсталостью во вспомогательной школе все внимание учителя было направлено на задачу обучения таких детей минимуму общеобразовательных знаний — чтению, письму, счету — и недооценивалось трудовое обучение и социальная адаптация этих детей. Основной задачей специального класса являлось выявление детей, способных к обучению в обычных классах вспомогательной школы, и подготовка их к этому. Соответственно этим целям был построен и учебный план таких классов: на русский язык отводилось 14 часов в неделю, на арифметику — 6 часов, на физкультуру и ритмику — всего 2 часа, ручной труд, лепку, рисование, пение — по 1 часу. Минимальное внимание, которое уделялось развитию моторики, ручного труда, навыкам самообслуживания, бытовой ориентировке, трудовому воспитанию, и резкий крен в

сторону обучения их чтению, письму и счету приводили в конечном итоге к слабой эффективности обучения и неприспособленности этих детей к самостоятельной жизни.

Малая эффективность обучения в специальных классах вспомогательных школ привела к их закрытию, и фактически до 1990-х гг. для умеренно и тяжело отсталых детей, составляющих около 15% от всех случаев умственной отсталости, практически единственными учреждениями, где осуществлялся комплекс мероприятий по их обучению и воспитанию, являлись дома-интернаты системы социальной защиты.

Таким образом, проблема социальной интеграции детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью имеет длительную историю. По мере гуманизации общества эта проблема становится все более актуальной. В настоящее время коренным образом изменилась система специального образования и начинает меняться отношение общества к таким детям. В этих условиях появляются новые возможности для социальной адаптации детей с глубоким нарушением интеллекта, и об этом будет сказано ниже.

265

8.3. ИЗМЕНЕНИЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Глубокие изменения в обществе в последнее десятилетие XX в. в России, вызванные коренной перестройкой экономики, появлением различных форм собственности, не могли не сказаться на развитии законодательной базы в отношении инвалидов, в том числе с умственной отсталостью. Особенно значим факт изменения отношения государства к лицам с нарушениями в развитии. Права детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности регулируются отечественным законодательством и международными конвенциями и соглашениями.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, каждый десятый житель планеты — инвалид.

«Инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» (Закон о социальной защите инвалидов в РФ, 1995).

«Социальная защита инвалидов — система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества» (там же, 1995).

Основным правовым актом в России является принятая в декабре 1993 г. Конституция Российской Федерации (РФ).

В главе «Права человека» Конституции закреплены отвечающие духу и букве международных договоров и соглашений, заключенных Россией, демократичные и подлинно гуманистичные положения, призванные обеспечить защиту прав всех слоев населения.

Среди принципиально важных законодательных решений в области защиты прав человека в Российской Федерации за последние годы можно выделить следующие:

1) закрепление прав детей в главных сферах их жизнедеятельности в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка (Конституция Российской Федерации. Семейный кодекс Российской Федерации, Федеральный Закон «О внесении изменений и дополнений в закон РФ «Об образовании», Указ Президента РФ «О мерах по формированию доступной для инвалидов сферы жизнедеятельности», Федеральная программа «Дети России»);

2) разработка мер по улучшению здоровья населения, в том числе инвалидов и детей-инвалидов, их физического, умственного, психического развития (Основы Законодательства РФ об охране здоровья граждан, законы РФ «О социальной защите инвалидов». Федеральная программа «Социальная поддержка инвалидов», «О внесении дополнений и изменений в Закон РФ «Об обра-

266

зовании», Указ Президента РФ «О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, защите их прав». Указ Президента РФ «О гарантиях прав граждан на получение образования», Семейный кодекс Российской Федерации, постановление Правительства РФ и парламента «О неотложных мерах по экономической и социальной защите системы образования», послание Президента РФ парламенту «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов»);

3) определение через государственные и общественные институты системы компенсаций, в том числе семьям, имеющим детей-инвалидов (Указ Президента РФ «О совершенствовании

системы государственных социальных пособий и компенсационных выплат семьям, имеющим детей, и повышении их размеров», Закон РФ «О социальной защите инвалидов»);

4) поддержка приемных семей, детей, лишившихся родительского попечения, решение ряда вопросов усыновления детей (Семейный кодекс Российской Федерации, Положение о порядке выплаты денежных средств на детей, находящихся под опекой);

5) преодоление генетически обусловленных заболеваний, снижение рождаемости у лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией («Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», Указ Президента РФ «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения РФ», Федеральная программа «Дети России»);

6) формирование и реализация государственной политики в интересах детей и других незащищенных слоев населения (постановления Правительства РФ «О реализации Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей», Закон РФ «О социальной защите инвалидов», Указ Президента РФ «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов»).

В 1980—1990-е гг. Россия приняла участие в разработке и подписала ряд международных документов:

1. Конвенцию Организации Объединенных Наций о правах ребенка (1989), где в статье 23 сказано: «Государства-участники признают, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества».

2. Всемирную Декларацию об обеспечении выживания, защиты и развития детей (1990).

Президентом Российской Федерации был издан Указ № 543 от 01.06.1992 «О первоочередных мерах по реализации Всемирной Декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы», где проблема выживания, защиты и развития детей признана приоритетной.

3. Декларацию Организации Объединенных Наций о правах инвалидов, где определено, что выражение «инвалид» означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить, полностью или частично, потребности нормальной личности или социальной жизни в силу недостатка, врожденного или приобретенного, его или ее физических или умственных способностей».

267

Некоторые права инвалидов:

□ Инвалиды имеют право на уважение их человеческого достоинства.

○ Инвалиды имеют те же гражданские и политические права, что и другие лица.

□ Инвалиды имеют право на меры, предназначенные для того, чтобы дать возможность приобрести как можно большую самостоятельность.

4. Декларацию Организации Объединенных Наций о правах умственно отсталых лиц.

Рассмотрим некоторые права умственно отсталых лиц.

Статья 1. Умственно отсталое лицо имеет в максимальной степени осуществимости те же права, что и другие лица.

Статья 2. Умственно отсталое лицо имеет право на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, а также право на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, которые позволят ему развивать свои способности и максимальные возможности.

Статья 4...Семьи, где имеется умственно отсталый, должны получать помощь и, если умственно отсталое лицо находится в специальном заведении, «среда и условия жизни» должны «как можно меньше отличаться от условий обычной жизни».

В 1995 г. Государственной Думой Российской Федерации был принят и одобрен Советом Федерации «Федеральный Закон о социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

С принятием Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в РФ» (1995 г.), «Положения о признании лица инвалидом» (1996 г.) и ряда других документов, трактовка понятия «инвалидность» претерпела радикальные изменения, так как Закон и Положение ввели новое понятие в характеристику инвалидности — «ограничение жизнедеятельности». В настоящее время инвалидность рассматривается как социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловившее ограничение жизнедеятельности и необходимость социальной защиты.

В Федеральном Законе «О социальной защите инвалидов» (по состоянию на 01.11.2002) *инвалид* определяется как «...лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством

функции организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» (Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов» по состоянию на 1 ноября 2002 г.).

Инвалидность у детей — это значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, потере контроля над своим поведением, а также способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Категория *ребенок-инвалид* устанавливается лицам в возрасте до 18 лет, и основанием для этого являются:

□ нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

268

II ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

□ необходимость осуществления мер социальной защиты.

(«Положение о признании лица инвалидом», п. 3 и 14. Утверждено постановлением Правительства РФ от 13.08.96 № 965 (вред. Постановления Правительства РФ от 21.09.2000 № 707)).

Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в РФ» (1995) определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации. В этом законе сказано:

В статье 18 этого Закона сказано о том, что «образовательные учреждения, органы социальной защиты населения, учреждения связи, информации, физической культуры и спорта обеспечивают воспитание и образование, социально-бытовую адаптацию детей-инвалидов».

Статья 19. Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки.

Статья 28. Социально-бытовое обслуживание инвалидов, условия пребывания инвалидов в стационарном учреждении социального обслуживания должны обеспечить возможность реализации инвалидами их прав и законных интересов в соответствии с настоящим Законом и содействовать в удовлетворении их потребностей.

В Законе Российской Федерации «Об образовании», принятом Государственной Думой Российской Федерации 12.07.1995 и одобренном Советом Федерации 05.01.1996, в статье 2 говорится об общедоступности образования и его адаптивности к уровню и особенностям развития и подготовки обучающихся воспитанников. Закон РФ «Об образовании» дал возможность выбора родителям детей с отклонениями в развитии различных форм обучения.

Правительством РФ (12.03.1997 № 288) принято «Типовое положение о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии», согласно которому дети с отклонениями в умственном и физическом развитии содержатся в специальных учреждениях

Специальные (коррекционные) учреждения, в зависимости от вида, реализуют образовательные программы дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего и начального профессионального образования.

Специальное (коррекционное) учреждение несет ответственность за жизнь воспитанников, за реализацию прав на получение бесплатного образования в пределах государственного образовательного стандарта. Оно обеспечивает условия для обучения, воспитания, лечения, социальной адаптации и интеграции в общество детей с отклонениями в развитии.

269

В соответствии со ст. 114 Закона РСФСР от 20.11.1990 «О государственных пенсиях в РСФСР», детям с ограниченными возможностями в возрасте до 16 лет назначается социальная пенсия, равная минимальной пенсии по старости. Материальное положение семей, имеющих детей,

поддерживается системой социальных пособий и компенсационных выплат, адресной натуральной помощью.

Помимо денежной и натуральной помощи детям с ограниченными возможностями гарантируется ряд льгот. Так, Постановление Совета Министров СССР от 27.03.1986 № 400 «О мерах по улучшению условий жизни инвалидов с детства» устанавливает скидку 50% от стоимости проезда в любом виде междугородного транспорта. В большинстве субъектов РФ проезд в транспорте городского и пригородного сообщений для инвалидов бесплатный, что закреплено местным законодательством. Они имеют право на первоочередное получение жилплощади на основании действующего Постановления Совета Министров СССР от 13.01.1983 № 38 и Приказа Минздрава СССР от 18.03.1983 № 330.

На основании анализа перечня нормативно-правовых актов можно сделать вывод о том, что инвалиды в России начинают занимать все более и более достойное положение.

Действительно, государство повернулось лицом к людям с ограниченными возможностями здоровья, перестало замалчивать их проблемы, приняло ряд законодательных актов, обеспечивающих инвалидам равные со здоровыми людьми права, возможности реабилитации, льготы, материальную поддержку.

Позиция федеральных и местных органов власти также очень важна. Она задает вектор развития общества, направленный на реабилитацию, социальную адаптацию и интеграцию инвалидов. Для изменения отношения общества к людям с психическими расстройствами потребуется гораздо больший промежуток времени, нежели для принятия законов.

Кроме того, принятие законов еще не гарантирует их исполнения. На местном уровне зачастую издаются законы, противоречащие федеральным. Пока не будет контроля государства над исполнением законов, трудно ожидать заметного улучшения ситуации в отношении к инвалидам, в том числе и с умственной отсталостью.

8.4. ОТНОШЕНИЕ ОБЩЕСТВА К ЛИЦАМ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Умственно отсталых людей в нашем обществе воспринимают по-разному: одни к ним абсолютно равнодушны, другие жалостливы и, как правило, пассивны, третьи, и их меньше всего, активно участливы. Кроме того, существующее стереотипное представление об интеллектуальной и психической неполноценности обрекает этих людей на полную изоляцию: их редко можно встретить на улице, в культурных учреждениях. Информации о них очень мало.

270

Невежество, равнодушие, предрассудки и страх являются социальными факторами, которые в течение многих лет вели к изоляции людей со сниженными функциями и задерживали их развитие. Многие из людей с умственной отсталостью никогда не покидают свои дома-интернаты, а те из них, кто живет дома с родителями, зачастую все свое время проводят взаперти в четырех стенах.

Изоляция привела к тому, что люди пугаются, встречаясь с умственно отсталыми. Окружающие ничего не знают о них и думают, что умственно отсталые люди могут быть агрессивными, или относятся к ним как к заразным, не позволяя своим детям играть с ними. А ведь именно агрессия окружения провоцирует умственно отсталого человека на ответную реакцию — всплеск агрессии. Эта отчужденность общества появилась не сегодня и не вчера.

Еще в своем романе «Собор Парижской Богоматери» Виктор Гюго описывал Квазимодо, у которого «в увечном теле оскудедал и разум». «С первых же своих шагов среди людей он почувствовал, а затем и ясно осознал себя существом отверженным, оплеванным, заклеянным» (В. Гюго, 1977. С. 152).

Святитель затворник Феофаний писал в своих трудах: «Идиоты? Так ведь они только для нас идиоты, а не для себя и не для Бога. Дух их своим путем растет и может так стать, что не они, а мы, просвещенные, станем похуже их идиотами».

У нас сложились стандартные представления о том, что такое норма. Мы нормальные, если одинаковые. Но ведь нет двух одинаковых людей, каждый человек уникален и не похож на другого. Умственно отсталые люди думают своим сердцем, они безграничны в доброте, наивности, доверчивости, фантазии, восприимчивости, привязанности и т. д. В статье С. Станкиной «Казнить нельзя миловать» (Семья и школа, 1998, № 8) описан показательный случай: молодой человек с умственной отсталостью, выйдя из автобуса, обернулся и подал руку выходящей за ним девушке. А девушка взглянула на него и, брезгливо отдернув руку, сказала: «Отойди, урод!» Какую же обиду почувствовал этот юноша?!

Интеграция умственно отсталых людей в общество зависит от отношения самого общества к этим людям, от информированности окружающих, обывателей о жизни, особенностях, проблемах умственно отсталых людей.

На развитие личности любого человека, и в особенности инвалида с психическими нарушениями, влияет его ближайшее окружение: родители, родственники. Педагоги и воспитатели тоже являются окружением умственно отсталых людей и, несомненно, влияют на развитие их личности. Оказывают влияние и обыватели, с которыми инвалиды с умственной отсталостью сталкиваются в повседневной жизни: в поликлинике, транспорте, магазинах и т. д.

От отношения людей всех этих категорий к умственно отсталым людям зависит возможность социальной интеграции. Для того чтобы оценить это отношение, трем группам людей: педагогам, родителям умственно отсталых детей, обывателям было предложено ответить на вопросы разработанных нами двух анкет. Анкета № 1 касалась информированности этих групп людей об инвалидах с психическими нарушениями (Приложение 1.14). Анкета № 2 касалась понимания отношения разных категорий лиц к таким инвалидам и их проблемам (Приложение 1.15).

271

Анкетированию были подвергнуты 3 группы респондентов (по 20 человек в

1. Педагоги, работающие с детьми с разной степенью умственной отсталости в специальных (коррекционных) учреждениях. Возраст опрошенных - от 20 до 65 лет. У них различный стаж работы с детьми-инвалидами. Среди исследуемых педагогов 10% мужчин и 90% женщин

2. Родители детей-инвалидов с психическими нарушениями, обучающихся в специальной (коррекционной) школе в группе «Особый ребенок»

3. Обыватели - лица, не связанные по жизни с инвалидами с умственной отсталостью, имеющие разный уровень и профиль образования. Возраст опрошенных - от 20 до 45 лет. Среди них 30% - мужчины.

8.4.1. Информированность общества об инвалидах с психическими нарушениями

Из диаграмм видно, что при ответе на первый вопрос сектор «Нет» имеет самые высокие показатели. Все категории граждан считают недостаточным уровень освещаемыхTM проблем инвалидов с умственной отсталостью в средствах массовой информации, особенно родителей детей-инвалидов (рис 50)

По ответам видно (рис. 51), что для всех категорий населения основным и самым доступным источником информации являются средства массовой информации: телевидение, радио, периодическая печать. Это значит, что для просвещения общества о проблемах инвалидов с умственной отсталостью необходимо чтобы именно в этих источниках давался максимум информации по этой теме. Как и следовало ожидать, для категорий людей, тесно связанных с инвалидами с умственной отсталостью по работе или жизни, основным источником информации являются: работа (для педагогов) и собственный опыт (для родителей)

Весьма низок рейтинг популярной и научной литературы как источников информации об инвалидах.

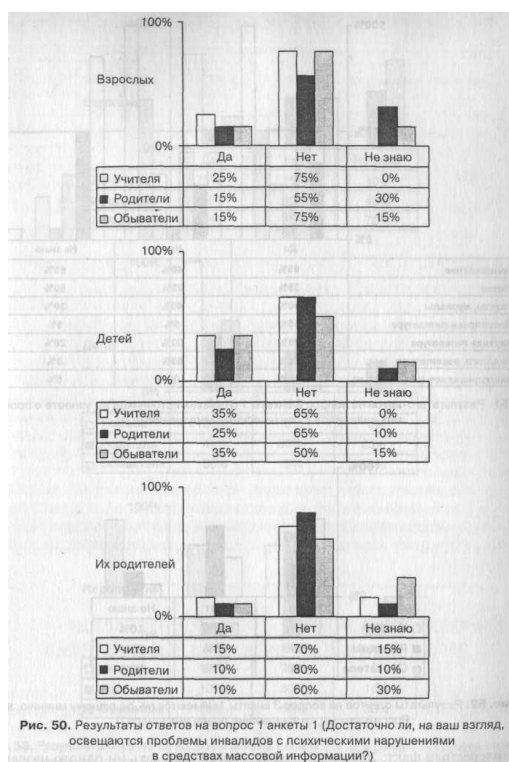
Как и следовало ожидать, самыми просвещенными по вопросам законодательства являются учителя (60%). Но из рис. 52 видно, что только 25% родителей знакомы с правовой базой, защищающей права ребенка. Это говорит о том что необходимо проведение просветительской работы с родителями детей-инвалидов, начиная с самого рождения ребенка. Одним из основных источников информации по законодательству для родителей являются педагоги поэтому Учителям необходимо доводить до них такого рода информацию, знакомить с новыми законодательными актами и консультировать родителей по вопросам их применения на практике. Обыватели, не сталкиваясь с этими проблемами

лично не знают о существовании законов о защите прав инвалидов. Можно сказать, что их эти проблемы не интересуют.

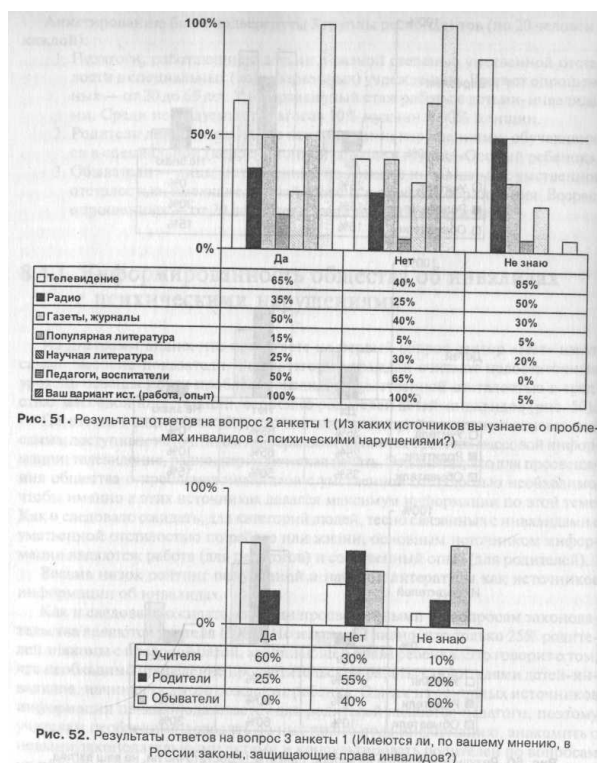
Люди, работающие с детьми-инвалидами, лучше других респондентов информированы о наличии в Санкт-Петербурге служб и организаций оказывающих помощь инвалидам. Обыватели в большинстве своем не знают о наличии таких служб. Подавляющее число родителей также ничего не знают об

272

имеющихся организациях, оказывающих помощь инвалидам, хотя 45% из них знают о службах помощи для детей, что само по себе уже позитивно (рис. 53). В ответе на пятый вопрос («Если знаете — перечислите службы и организации, оказывающие помощь инвалидам с



психическими нарушениями») выяв-
273

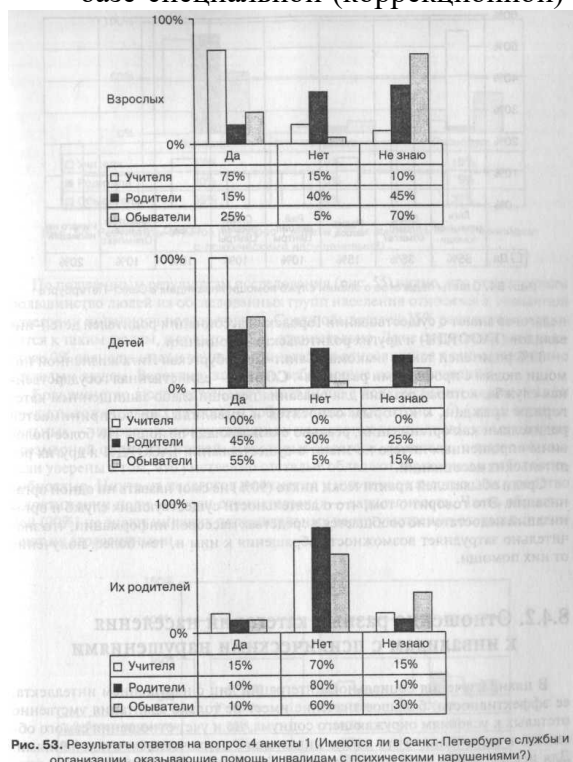


лен интересный факт: 20% педагогов не смогли написать ни одного названия такой организации, хотя в предыдущем вопросе получен 100% результат о знании организаций, оказывающих помощь детям-инвалидам (рис. 54).

Для учителей самой известной организацией является «Санкт-Петербургская Лига жизненной помощи людям с проблемами развития», работающая на

274

базе специальной (коррекционной) школы № 4 для умственно отсталых детей, «специальный



олимпийский комитет» известен педагогам по причине участия воспитанников в мероприятиях, организуемых этой организацией. Лишь 15%

275

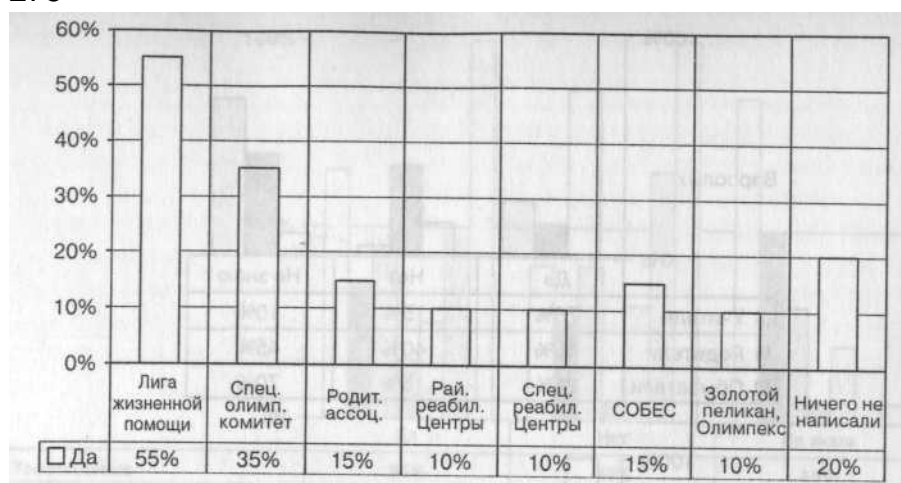


Рис. 54. Ответы педагогов о знании служб помощи инвалидам в Санкт-Петербурге

педагогов знают о существовании Городской ассоциации родителей детей-инвалидов (ГАООРДИ) и других родительских ассоциаций.

30% родителей также знакома «Санкт-Петербургская Лига жизненной помощи людям с проблемами развития». СОБЕС — единственная государственная служба, которая создана для оказания помощи слабо защищенным категориям граждан, к которым относятся и инвалиды, не воспринимается родителями как организация, реально оказывающая помощь. Но более половины опрошенных ничего не знают о существовании ГАООРДИ и других родительских ассоциаций.

Среди обывателей практически никто (90%) не смог назвать ни одной организации. Это говорит о том, что о деятельности существующих служб и организаций недостаточно сообщается в средствах массовой информации, что значительно затрудняет возможность обращения к ним и, тем более, получение от них помощи.

8.4.2. Отношение разных категорий населения к инвалидам с психическими нарушениями

В плане изучения социальной интеграции лиц с нарушением интеллекта, ее эффективности, большое значение имеет не только адаптация умственно отсталых к условиям окружающего

социума, но и учет отношения самого общества к включению в его жизнь инвалидов с психическими отклонениями. Для исследования этой проблемы нами были проанализированы результаты анкеты № 2 (Приложение 1.15).

Сравнительный анализ результатов анкетирования педагогов, родителей и обывателей позволил установить ряд интересных фактов.

Рассмотрим последовательно анализ ответов на каждый из вопросов анкеты 2.

276

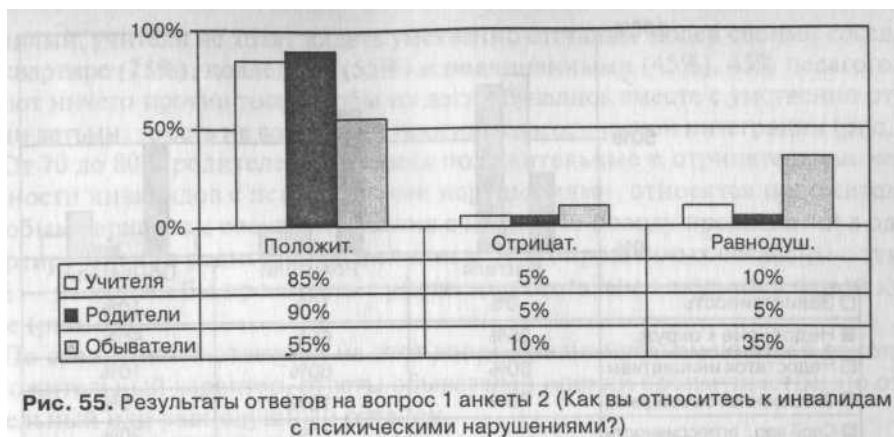


Рис. 55. Результаты ответов на вопрос 1 анкеты 2 (Как вы относитесь к инвалидам с психическими нарушениями?)

По полученным результатам исследования (рис. 55) видно, что подавляющее большинство людей из обследованных групп населения относятся к указанной категории инвалидов положительно. Среди обывателей 35% равнодушно относятся к таким людям, и только 10% — отрицательно. Даже среди педагогов имеется 10% равнодушных и один — отрицательно относящийся к таким умственно отсталым людям. Вероятно, это люди, работающие не по призванию.

Большинство людей отмечают у инвалидов с психическими нарушениями среди положительных качеств — доброжелательность (рис. 56), среди отрицательных — недоверие к окружающим и недостаток инициативы как следствие чрезмерной опеки родителей. Некоторые педагоги, родители, а также обыватели уверены в том, что умственно отсталые обладают терпением и работоспособностью. Никто из педагогов не отметил у них такое качество, как упорство в достижении цели, а среди отрицательных — завистливость. Часть обывателей (20%) не знают никаких положительных черт у умственно отсталых и считают их агрессивными.

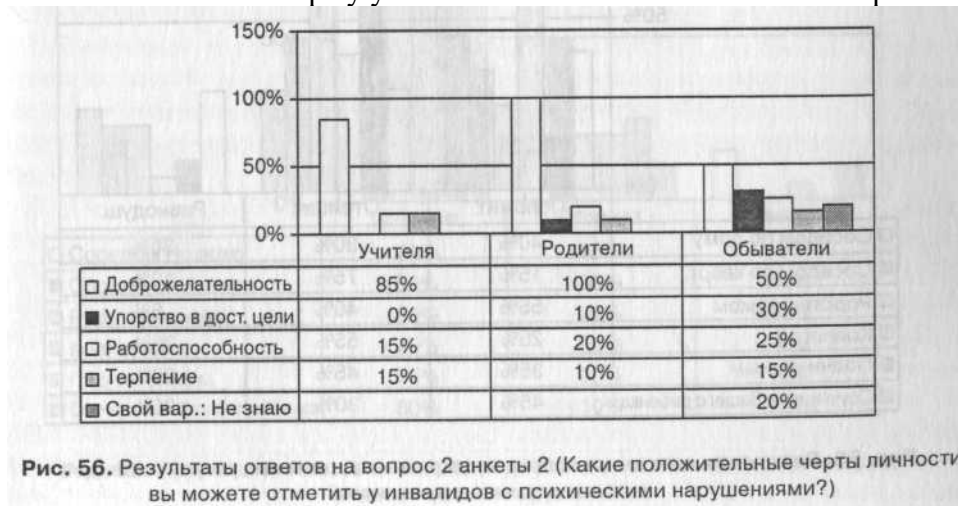


Рис. 56. Результаты ответов на вопрос 2 анкеты 2 (Какие положительные черты личности вы можете отметить у инвалидов с психическими нарушениями?)

277



Рис. 57. Результаты ответов на вопрос 3 анкеты 2 (Какие отрицательные черты личности вы можете отметить у инвалидов с психическими нарушениями?)

В ответе на четвертый вопрос второй анкеты: «Как вы отнеслись бы к тому, если инвалид с психическими нарушениями оказался...» (рис. 58), видно, что педагоги, находясь с ними в тесном контакте в течение длительного времени, делятся на две группы: с положительным отношением к близкому контакту вне работы и с отрицательным отношением. По-видимому, по причине знания положительных и отрицательных черт личности инвалидов с психическими нару-

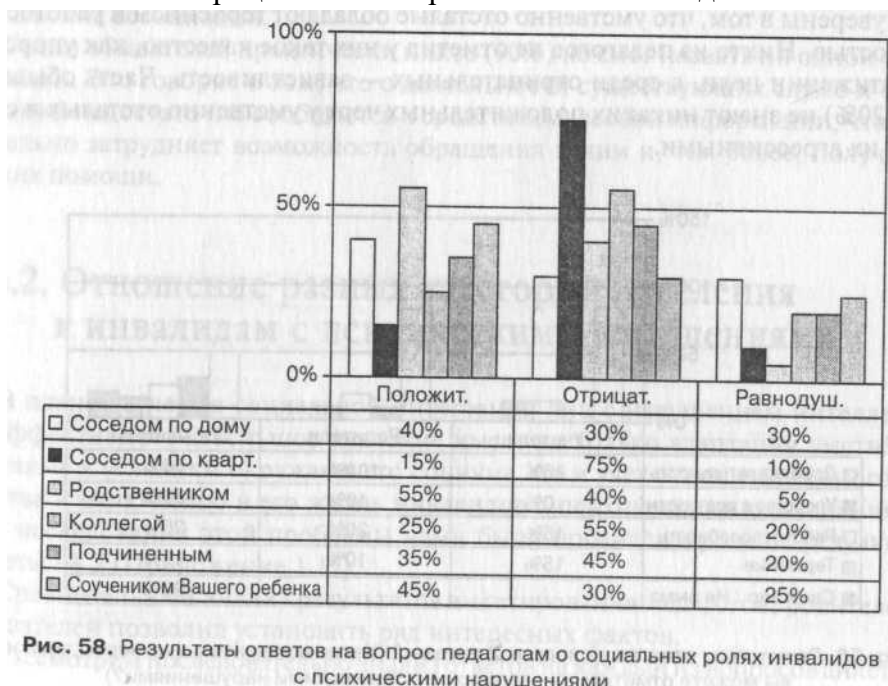


Рис. 58. Результаты ответов на вопрос педагогам о социальных ролях инвалидов с психическими нарушениями

278

шениями, учителя не хотят видеть умственно отсталых людей своими соседями по квартире (75%), коллегами (55%) и подчиненными (45%). 45% педагогов не имеют ничего против того, чтобы их дети обучались вместе с умственно отсталыми детьми, то есть не возражают против педагогической интеграции (рис. 58).

От 70 до 80% родителей, знающих положительные и отрицательные черты личности инвалидов с психическими нарушениями, относятся положительно к любым вариантам сосуществования с ними. По поводу проживания в одной квартире мнения родителей разделились: 50% опрошенных согласны с этим и 50% — не хотели бы проживать с умственно отсталыми людьми в одной квартире (рис. 59).

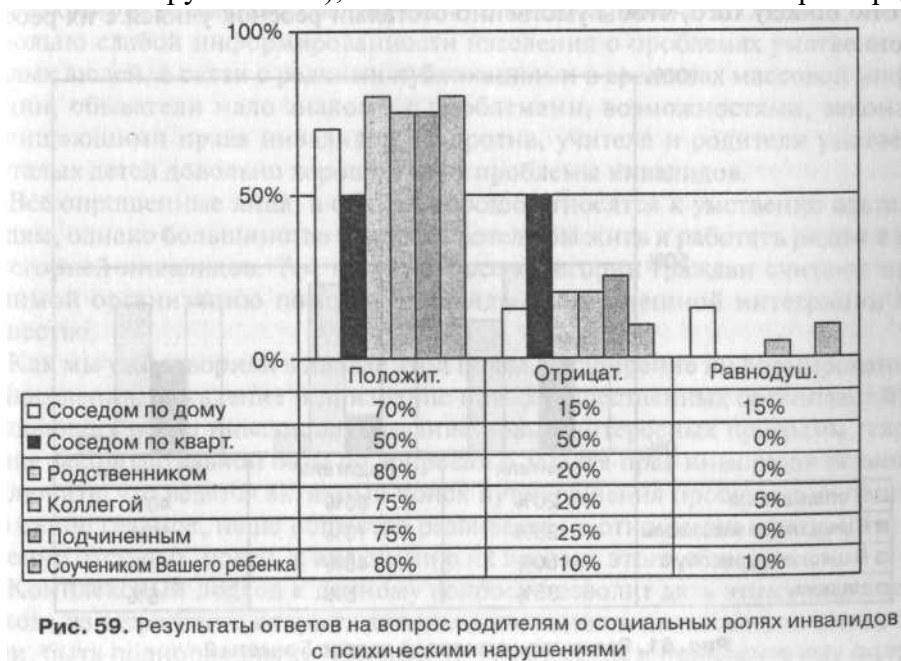
По сравнению с ответами на этот вопрос родителей, имеющих в основном положительный характер, ответы обывателей носили преимущественно отрицательный или равнодушный оттенок.

По-видимому, общество пока не готово к близкому соседству с инвалидами с психическими нарушениями (рис. 60).

Из ответов на этот вопрос следует, что возможность близкого «соседства» с умственно отсталыми людьми воспринимается всеми категориями очень индивидуально. Но все-таки

значительное число людей не видит в этом ничего негативного. Самое большое отрицательное отношение вызывает соседство по квартире.

Интересно отметить еще один положительный момент: 10% родителей, 30% учителей и 45% обывателей отрицательно относятся к интегрированному обучению с умственно отсталым ребенком, хотя на прямой вопрос (в какой школе лучше всего было учиться детям-инвалидам с психическими нарушениями), ответы имели несколько иной характер (рис. 61).



279



Доминирующее мнение (80%) у педагогов и родителей заключается в том, что такие дети должны посещать специальные школы или школы индивидуального обучения. Ответ же «на дому» не пользуется популярностью, особенно у родителей, так как это ведет к изоляции умственно отсталого человека от общества. В ответ на предыдущий вопрос 25% обывателей дали положительный ответ по поводу того, чтобы умственно отсталый ребенок учился с их ребен-

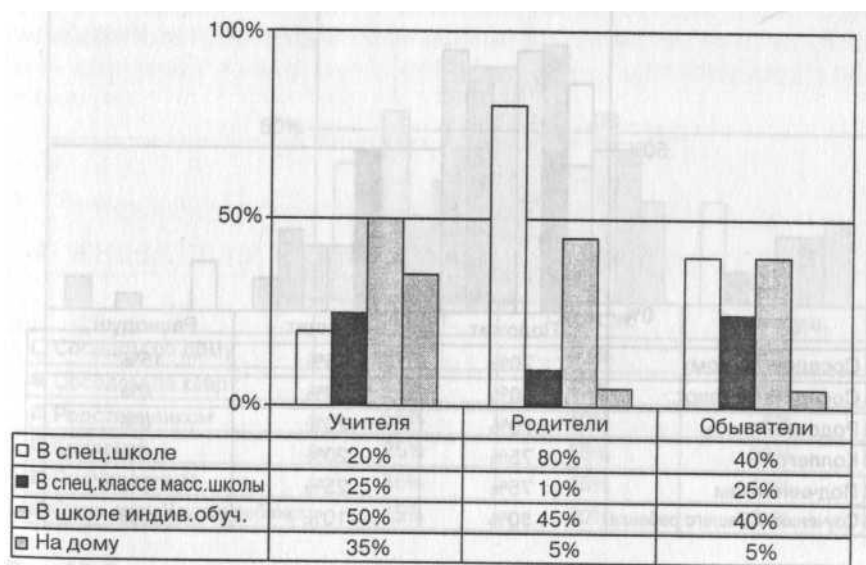


Рис. 61. Результаты ответов на вопрос 5 анкеты 2

ком, что коррелирует с их ответом и на этот вопрос анкеты (25% обывателей считают, что детям-инвалидам лучше учиться в специальном классе массовой школы, то есть не возражают против интегрированного обучения).

Ответы на последующие вопросы анкеты показали, что большинство респондентов уверены в наличии каких-либо дарований у умственно отсталых людей. Учителя и родители с большим уважением относятся к детям с нарушением интеллекта, занимающимся художественным творчеством.

Ведение домашнего хозяйства и умение обслужить себя — это важные навыки для любого человека, но далеко не каждый обычный человек обладает ими, поэтому наличие таких навыков у умственно отсталых людей вызывает положительную реакцию у большинства опрошенных. Многих респондентов не пугает предложение принять участие в концерте вместе с инвалидами с психическими нарушениями, за исключением 30% родителей, которые бы отказались. По их словам, это связано с тем, что они стесняются афишировать свое положение как родителей умственно отсталого ребенка. Они пока еще замкнуты на своих проблемах в связи со своим горем.

Исследование показало, что понимание ограниченных возможностей людей с психическими нарушениями есть у всех категорий опрошенных. Поэтому вполне закономерно, по мнению обычных людей, наличие льгот для таких инвалидов при приеме их на работу, в транспорте, а также для их родителей. По поводу необходимости пенсий по инвалидности мнение практически единодушно: она нужна, и, безусловно, должна быть большей.

Почти все опрошенные педагоги, родители и обыватели считают, что государственная программа по трудоустройству инвалидов с психическими нарушениями крайне необходима.

Резюмируя результаты сравнительного анализа, можно заключить, что при довольно слабой информированности населения о проблемах умственно отсталых людей, в связи с редкими публикациями в средствах массовой информации, обыватели мало знакомы с проблемами, возможностями, законами, защищающими права инвалидов. Напротив, учителя и родители умственно отсталых детей довольно хорошо знают проблемы инвалидов.

Все опрошенные лица, в общем, хорошо относятся к умственно отсталым людям, однако большинство из них не хотело бы жить и работать рядом с этой категорией инвалидов. Тем не менее, все категории граждан считают необходимой организацию помощи инвалидам для успешной интеграции их в общество.

Как мы уже говорили в начале этой главы, расширение информированности населения, появление и признание новых общественных организаций, защищающих права инвалидов, создание новых интересных программ, укрепление законодательной базы по вопросам о защите прав инвалидов позволяет заключить, что ведется активный поиск путей решения проблем инвалидов и, что самое главное, наше общество развивается в отношении интеграции умственно отсталых людей, к включению их в жизнь этого общества.

Комплексный подход к данному вопросу позволит дать этим людям шанс выхода из сегрегации, открыть для них возможность пользоваться всеми благами, быть полноправными членами этого общества и приносить ему пользу.

ПОДДЕРЖИВАЕМОЕ ПРОЖИВАНИЕ
КАК СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ УМСТВЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Глава 9

Известно, что часть инвалидов может научиться равноправным отношениям со здоровыми людьми, взаимодействуя на конструктивных партнерских позициях; адаптироваться в обществе, достичь достаточно высокого уровня жизнедеятельности. По потенциалу интеллектуального развития, возможностям социализации инвалидов можно разделить на две группы.

Первая группа — это люди, имеющие ограничения здоровья, не влияющие на их умственные способности. Инвалиды этой группы обладают необходимым уровнем познавательных возможностей для жизни, обучения и профессиональной деятельности наравне со здоровыми людьми. Эта категория инвалидов не нуждается в излишней опеке, так как она может сформировать чувство неполноценности, вызвать внутренние психологические конфликты, замедлить адаптивные механизмы. Эта группа инвалидов нуждается в *специальных условиях* для обучения, воспитания и развития, которые бы компенсировали неудобства, испытываемые инвалидами с ограничением жизнедеятельности.

Вторая группа — это люди, ограничения здоровья которых влияют на развитие их интеллектуальной сферы, что значительно затрудняет все области их жизнедеятельности и влияет на процесс социальной адаптации, на процесс «вхождения» в мир сложных социальных отношений. Цивилизованное общество должно организовать процесс обучения, воспитания и развития таких людей, создать комфортные условия их существования, развивая их восприятие мира, не нарушая их покоя и гармонии. Эта группа инвалидов требует постоянного сопровождения и поддержки, систематической работы специалистов по их социальной адаптации.

Эта группа инвалидов неоднородна; ограничения в жизнедеятельности проявляются в разной степени и по-разному влияют на их существование. Ребенок-инвалид может попасть в разные социально-средовые условия: от одних

282

семья сразу же отказывается, другие с младенчества воспитываются в кровной семье. Их жизненные маршруты разные, к подростковому возрасту они приходят с разным уровнем адаптированности, готовности к самостоятельной жизни.

Пока еще редки случаи, когда инвалида от рождения, да еще и с комплексными нарушениями усыновляют или берут в приемную семью. Если это и случается, то ребенок уезжает в семью зарубежных усыновителей, где получает лечение, обучение, развитие и комфортные условия реабилитации. Большинство детей-отказников после долгих месяцев, а иногда и года-двух помещается в дом ребенка, где до недавнего времени еще не было даже должности воспитателя. Чаще всего дети-домов ребенка — дети соматически ослабленные, а поэтому основное внимание уделяется их выхаживанию. Развитием ребенка, формированием у него социально значимых умений персонал практически не занимается. Хорошо, если в этом периоде ребенка научат справлять свои физиологические нужды и принимать пищу. Дальше этот ребенок попадает в дошкольный или дошкольно-школьный детский дом, где с ним начинается систематическая коррекционно-развивающая работа, привитие навыков самообслуживания, общения в игровой среде.

Работа по формированию социально значимых и трудовых умений и знаний продолжается в специальной (коррекционной) школе (чаще всего VIII вида), которую посещают дети, или в специальном (коррекционном) интернате. Однако, окончив школу, пройдя курс обучения в условиях интерната, большинство детей не готово к независимой жизни, к проживанию вне стен интерната (детского дома) не только в силу своего психофизического развития, но и по причине отсутствия опыта воспитания и проживания в семье.

Если дети-инвалиды начинают свою жизнь в *семье*, то в ней возникают проблемы по поводу ухода за ребенком, его развития и воспитания. В семьях часто назревают конфликты в связи с ухудшением финансового положения семьи, так как мать прекращает работу, чтобы заниматься уходом за ребенком и его воспитанием. Не все семьи справляются с напряженной (стрессовой) ситуацией в семье — часто семья распадается. Мать остается один на один с ребенком-инвалидом без необходимого финансового обеспечения и с тревожными вопросами «Что делать?», «Кто виноват?», в решении которых ей никто не может помочь.

Эти дети приходят к этапу «взросления» также неподготовленными к независимой жизнедеятельности и в силу особенностей своего психофизического развития, и по причине серьезных затруднений социальной адаптации.

Социализация молодых лиц с ограниченными возможностями здоровья чрезвычайно затруднена в связи с отсутствием навыков межличностного общения в среде нормальных людей, несформированностью потребности в таком общении, неадекватной самооценкой, негативным восприятием других людей, склонностью к социальному иждивенчеству... В жизни эти молодые люди не имеют широких контактов со сверстниками. Если они содержатся в интернатных учреждениях, то окружены людьми со сходными социально-психологическими и коммуникативными проблемами. Большинство инвалидов с умственной отсталостью и другими тяжелыми нарушениями не обучались в

283

школах и не получили никакого профессионального обучения. Их навыки общения, социальные и учебные навыки весьма ограничены. Основная часть из них живет в изоляции от общества — дома или в интернатных учреждениях. У них нет возможности для независимого проживания и работы.

Родители умственно отсталых молодых людей имеют весьма скудные знания о современных методах коррекции и развития коммуникации своих детей. Большинство родителей чувствуют себя угнетенными и подавленными из-за болезни сына или дочери. Они часто думают, что проблемы их больных детей неразрешимы. Только небольшая часть родителей находит облегчение, поделившись с кем-нибудь своими трудностями. Многие из-за болезни своего ребенка являются одинокими и изолированными. Многие родители скрывают наличие болезни у своего ребенка или хотят, чтобы об этом знали лишь отдельные лица.

Качество своей жизни большинство родителей характеризуют как очень плохое и плохое. Большинство родителей живут в постоянном беспокойстве о судьбе их взрослых детей, особенно тогда, когда они останутся без родителей. Как подготовить ребенка, подростка, молодого человека к независимому проживанию, кто и как сможет «поддерживать» его?

«Поддержка» в словаре Ожегова трактуется как помощь, содействие. «Проживание» Ожегов раскрывает как: жить, проживать где-нибудь; провести некоторое время, живя каким-либо образом или где-нибудь.

Следовательно, *поддерживаемое проживание* — это жизнь индивида при содействии, помощи (постоянно или некоторое время каким-либо образом ИЛИ где-нибудь).

В последние годы в педагогическую литературу введено еще одно понятие *сопровождение*. Использование этого термина продиктовано необходимостью дополнительно подчеркнуть самостоятельность субъекта в принятии решения. Близкими понятиями «сопровождению» являются «обеспечение», «помощь», «поддержка».

Термин «поддерживаемое проживание» может рассматриваться в нескольких аспектах:

- как процесс поддержки и сопровождения инвалидов и их семей в жизни;
- как процесс подготовки детей-инвалидов к самостоятельной жизнедеятельности;
- как процесс поддержки и сопровождения молодых инвалидов в период их взросления и дальнейшей самостоятельной жизни.

Каждый из этих аспектов поддерживаемого проживания имеет свои особенности, но все они направлены на реализацию социальной защиты инвалидов, улучшение качества их жизни, создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Гарантированная государством социальная защита инвалидов осуществляется различными *социально-реабилитационными службами*, основной задачей которых является поддержка инвалидов и их семей. Подготовка самого общества для обеспечения принятия ребенка с ограниченными возможностями здоровья должна включать формирование соответствующих правовых основ государства,

284

регламентирующих благоприятные условия для интеграции, формирование положительного отношения здоровых членов общества к таким детям, приспособление для них среды обитания и поддерживаемого проживания.

Одним из путей улучшения качества жизни ребенка с нарушениями развития является повышение уровня его социальной адаптации: приспособленности к условиям социальной среды путем усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе, что

возможно при достаточном уровне знаний об этом обществе и сформированности умений достойного существования в нем.

«Поддерживаемое проживание» — это один из путей улучшения качества жизни молодых инвалидов, помогающий им занять достойное место в среде здоровых людей.

9.1. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ СЛУЖБЫ ПОМОЩИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫМ ЛЮДЯМ

Каждая страна имеет свои пути решения проблемы поддерживаемого проживания умственно отсталых людей. В Бельгии, например, если умственно отсталый живет в семье, то для него существуют центры кратковременного или дневного проживания. Есть также дома попечения, где он может находиться в течение полного дня. А для тех, кто хочет жить независимо от своей семьи, организована система проживания под наблюдением. Она обеспечивает частичную свободу проживания, отдыха и работы. Умственно отсталый живет в комнате или небольшой квартире в здании, где живут такие же люди. За ними наблюдают и по мере необходимости помогают воспитатели и социальные работники (Л. М. Шипицына и др., 1998).

В Швеции проживание в специализированных заведениях также, все в большей мере, заменяется различными формами самостоятельного проживания. Умственно отсталые люди переселяются в общежития, где приобретают навыки самостоятельного проживания, а затем получают возможность жить в домах совместного проживания при поддержке и помощи социальных работников. Например, в 1990 г. был основан дом совместного проживания в микрорайоне Таппстрем. Дом находится среди жилых домов, в нем проживают в отдельных квартирах умственно отсталые взрослые люди. Помощь им оказывается только в тех вопросах, с которыми проживающие не могут справиться самостоятельно.

Существуют также муниципальные дневные центры, в которых люди с нарушением интеллекта, проживающие в своих семьях, могут проводить часть дня или весь день. Здесь они имеют возможность работать, получая за свой труд оплату.

Еще одной из форм организации жизни умственно отсталых людей являются *общины*. Уже много лет существуют терапевтические общины для взрос-

285

лых, основанные на принципе единения людей, имеющих какие-либо нарушения, в том числе и умственную отсталость. Эти общины располагаются, как правило, в почти покинутой, заброшенной сельской местности, где сельское хозяйство имеет первостепенное значение. Это не психиатрическая клиника, принимающая только людей с какими-либо нарушениями, а открытый поселок со всеми атрибутами сельской жизни. В общине не существует никакого различия между обслуживающим персоналом и «пациентом». Все они взрослые люди — вместе живут и работают. Здесь осуществляется возможность для каждого видеть в другом человеке отражение своей индивидуальности, обрести себя, открыть для себя путь к самопознанию.

Одно из поселений, где живут и работают вместе умственно отсталые и обычные люди, основано в Норвегии Маргит Энгель еще в 1940 г. В настоящее время такие общины есть в более чем 20 странах мира. В этих общинах организованы мастерские, пекарни, подсобные хозяйства и каждый, живущий в этой деревне, работает там, где ему нравится, там, где он может реализовать себя. Человек работает там не для того, чтобы зарабатывать деньги, а потому, что работать необходимо. В России тоже недавно была организована подобная община, которую назвали «Деревня Светлана», о ней пойдет речь в следующей главе нашей книги.

В 1971 г. Жан Ванье организовал всемирно известные движения «Ковчег» и «Вера и Свет». Они быстро распространились по всему миру. Эти движения объединяют умственно отсталых людей, их родителей, друзей. Они не живут вместе, но регулярно собираются, работают в мастерских, где лепят из глины, шьют, рисуют. Сейчас такие движения существуют в более чем 70 странах, на всех континентах, в разных национальных культурах с разным вероисповеданием. Сам Жан Ванье, прожив более 30 лет в общине с умственно отсталыми людьми, ездит по всему миру и рассказывает о своем опыте жизни с умственно отсталыми людьми.

В Москве община «Вера и Свет» существует уже около 10 лет. Сначала она насчитывала около 30 человек, треть из которых — умственно отсталые люди. Они собирались по домам и лепили из глины, шили кукол, делали деревянные шкатулки, которые украшали выжиганием. Сейчас в Москве уже несколько таких общин.

В Финляндии по инициативе «Ассоциации поддерживаемого проживания инвалидов» построен жилищный комплекс для проживания людей с нарушением умственного развития, в нем имеются либо комнаты, либо однокомнатные квартиры. В однокомнатных квартирах площадью

около 20 кв. м. есть все, что нужно для независимой жизни. Вечером, после работы, все проживающие в своих комнатах и квартирах собираются вместе для общения между собой и персоналом. Эти дома можно отнести к домам семейного типа. Имеются в таких домах и многокомнатные квартиры, где проживают люди с тяжелыми нарушениями развития.

В поселке Шапки Тосненского района Ленинградской области с помощью фонда Вяйно Салминена построено четыре двухэтажных корпуса по 8 комнат на каждом этаже. Сейчас заселен только один корпус. В нем живут молодые люди из психоневрологического интерната № 10 Санкт-Петербурга. В каждой

286

комнате проживает по 2 человека. Эти дома называют Домами спасения — спасения для родителей, чьи дети будут устроены в жизни даже тогда, когда их не станет.

Недалеко от Санкт-Петербурга по образцу норвежской общины Маргит Энгель создана «Деревня Светлана», в городе Могоча Читинской области создана крестьянская община. В этих общинах молодые инвалиды живут совместно со здоровыми людьми, поддерживающими их, и работают в подсобном хозяйстве.

Все эти формы организации жизни и работы молодых инвалидов направлены на их социализацию, обучение необходимым в самостоятельной жизни навыкам и умениям.

Тем не менее для большинства умственно отсталых людей в России типично нахождение в психоневрологических интернатах (ПНИ). Здесь основной формой реабилитации является трудовая деятельность, но вследствие затрудненной коммуникации люди в ПНИ становятся стереотипно одинаковыми, что не дает им возможности самореализации, а значит, и интеграции в общество. Поэтому энтузиасты — специалисты и родители детей-инвалидов — ищут альтернативные решения по организации жизни умственно отсталых людей. Входят в жизнь многие программы по созданию социально защищенных интеграционных мастерских при специальных (коррекционных) школах, лечебно-педагогических центрах (например, лечебно-педагогический центр в Пскове, реабилитационный центр при детском доме № 1 г. Петродворца и др.), где выпускники с умеренной и тяжелой умственной отсталостью могут работать.

За короткий период переосмысления и перестройки системы работы с молодыми инвалидами и их семьями сделано достаточно много. Но жизнь требует новых решений в создании альтернативных форм организации социально-средовых условий обитания; служб поддерживаемого проживания, социально-реабилитационных программ, способствующих социализации подростков, подготовке их к самостоятельной жизни.

В настоящее время в Санкт-Петербурге и других регионах России созданы разнообразные службы, способствующие подготовке инвалидов к жизни. Их создание продиктовано требованиями жизни отдельно взятого региона (района). Содержание работы и структура служб определяется не только целями и задачами работы с инвалидами, но и возможностями региона (района) (экономическими, кадровыми и др.).

Из многообразия моделей служб, которые оказывают поддержку инвалидам и их семьям, реализуют подготовку молодых умственно отсталых людей к независимому проживанию, нами выделено несколько апробированных на практике моделей служб поддерживаемого проживания для того, чтобы предложить их как наиболее эффективные в системе подготовки молодых инвалидов к самостоятельной жизни.

Система работы служб поддерживаемого проживания и нацелена на повышение уровня социальной адаптированности инвалидов, что даст им возможность независимой жизни при условии комплексного сопровождения специалистов и поддержке семьи.

Рассматривая отечественные модели поддерживаемого проживания, мы опирались на зарубежный опыт, организацию и содержание работы имеющих-

287

ся служб социальной помощи и защиты инвалидов; опыт социально-педагогической и реабилитационной работы образовательных учреждений и учреждений социальной защиты.

Анализ психолого-педагогической литературы и обобщение имеющегося практического опыта поддерживаемого проживания позволили нам выделить три основные группы учреждений подготовки детей-инвалидов к независимой жизни:

- центры дневного пребывания; П социальные гостиницы;
- социально-реабилитационные центры интернатного типа.

Раскроем организацию и содержание работы в каждом из этих видов учреждений поддерживаемого проживания.

9.2. ЦЕНТРЫ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

9.2.1. Центр дневного пребывания при специальной (коррекционной) школе

Центр дневного пребывания — одна из структур помощи подросткам, имеющим ограниченные возможности развития, в режиме поддерживаемого проживания.

Цели работы центра дневного пребывания:

- Оптимальная интеграция молодых людей в социум с минимальной внешней поддержкой.
- Подготовка молодых людей к самостоятельному проживанию (насколько возможно) в процессе социально-бытовой и социально-трудовой адаптации.

Задачи работы центра:

1. Формирование практических умений и навыков, обеспечивающих независимость подростков в быту, их социальную адаптацию.
2. Развитие социально значимых качеств личности.
3. Вовлечение подростков в трудовую деятельность.
4. Организация досуговой деятельности совместно с родителями и самостоятельной. Развитие коммуникативности.

Контингент центра:

О молодые люди в возрасте от 18 лет и старше;

- выпускники специальных (коррекционных) школ, проживающие в семьях;

288

О дети-сироты с ограниченными возможностями развития;

- молодые люди, проходившие обучение на дому;
- молодые люди, нуждающиеся в адаптации и реабилитации.

Контингент молодых людей в центрах дневного пребывания, как правило, неоднороден: это и молодые люди, живущие в семье, ранее обучавшиеся в учреждениях образования, в детских домах социальной защиты, а также нигде не обучавшиеся молодые люди, гиперопекаемые в семье, молодые люди, лишившиеся опеки, и т. п. Однако все они испытывают общие трудности (с различной степенью выраженности), которые заключаются в следующем:

- они привыкли жить в замкнутом изолированном мире по нормам и правилам, принятым только в данном сообществе;
- их трудно интегрировать в открытое общество;
- они не могут сменить отрицательную или потребительскую позицию на конструктивную или созидательную;
- им трудно вступать в контакты с новыми людьми;

О определенная часть из них имеет неблагоприятный трудовой и бытовой прогноз;

- испытывают значительные трудности как в социально-бытовой, так и в социально-средовой ориентации.

Исходя из вышеизложенного, для подготовки молодых людей в условиях поддерживаемого проживания наиболее актуальными являются направления работы, связанные с социально-бытовой и социально-средовой ориентацией, и они включают в себя целую систему медико-психолого-педагогических мероприятий.

Выбор оптимальной стратегии помощи для подготовки к жизни в условиях как поддерживаемого проживания, так и самостоятельной жизни определяется индивидуально-ориентированным маршрутом развития для каждого молодого человека. Выработка такого маршрута начинается с психолого-педагогической диагностики. На основании данных диагностического исследования составляется психолого-педагогический профиль (карта), отражающий параметры личностных особенностей молодых людей (Приложение 1.1).

Анализ полученных данных, а также качественных комментариев и рекомендаций различных специалистов (медиков, психологов, педагогов, инструкторов трудового и производственного обучения, родителей, опекунов и т. п.) дает возможность составить *заключение*, в котором отражены: индивидуальные психологические особенности молодого человека; сильные стороны личности; сохраненные механизмы психики и компенсаторные возможности; виды и характер выявленных нарушений; эффективность использования методов и приемов работы с молодым человеком, предполагаемый потенциал реабилитации.

На основании заключения составляются психолого-педагогические рекомендации для сотрудников центра дневного пребывания, а также для родителей и членов семьи молодого человека, отражающие перечисленные выше позиции.

С опорой на данные диагностики составляется программа индивидуально-ориентированного маршрута для каждого молодого человека. Программа дол-

289

жна быть направлена на удовлетворение потребностей каждого в формировании жизненно необходимых для него практических навыков, а также на достижение максимально возможного уровня самостоятельности. Особое внимание обращается на самостоятельность в хозяйственно-бытовых делах в семье, посильную помощь в уборке, закупке продуктов, умение ориентироваться в окружающей действительности, умение организовывать свой досуг, способность позаботиться о себе в отсутствие взрослых, развитие речи (способы речевого общения, формы культуры общения).

Требования к помещению и оборудованию центра дневного пребывания. В центре должны быть созданы социальные условия проживания, приближенные к условиям проживания в семье:

О кухня со всей необходимой обстановкой и оборудованием, посудой для приготовления пищи, сервировкой стола;

□ комната отдыха (досуга), где молодые люди отдыхают, занимаются развитием творческих способностей (рисуют, музицируют, изготавливают изделия прикладного характера), обсуждают планы на текущий день, на перспективу, делятся впечатлениями после экскурсии, посещения музея, выставки, составляют меню на день, смету расходов и т. п.);

О мастерские (их количество определяется направлениями профессиональной подготовки) и необходимое современное оборудование по профилю мастерской;

О квартира со всеми необходимыми помещениями (ванна, туалет, спальня, гостиная), оснащенная бытовой техникой (пылесос, стиральная машина, холодильник, утюг и т. п.). Квартира используется не только для практических занятий по отработке умений пользоваться бытовой техникой и организации быта, но и как «социальная гостиница» при экстремальных ситуациях в семьях, для разрешения межличностных конфликтов с родителями, тренингов — практикумов для молодых людей, не проживающих в семьях, и т. д.;

О пришкольный участок со спортивной площадкой.

□ Наличие перечисленных помещений и оборудования позволяет создать в центре дневного пребывания модель дома самостоятельного проживания под патронажем специалистов. Даже временное проживание в социальной гостинице дает возможность молодым людям приобрести необходимые навыки для самостоятельного проживания. Помощь специалистов предоставляется только в тех вопросах, с которыми проживающие не могут справиться самостоятельно.

Штатное расписание. Штатное расписание должно обеспечивать реализацию основных направлений работы, заявленных в Положении о центре дневного пребывания.

Для обеспечения работы центра дневного пребывания, где обучаются молодые люди с нарушением развития, необходима команда специалистов: кор-рекция педагогов, психолога, социального работника, инструктора по трудовому обучению, педагогов дополнительного образования, руководителя центра, а также технического персонала (в большинстве центров на должнос-

290

тях дворников, уборщиц, гардеробщика работают сами молодые люди под контролем старших, они имеют трудовые книжки и получают заработную плату; как правило, на одну ставку оформляется 2-3 человека), инструктора по ЛФК и медицинского работника.

Число специалистов в центре определяется органами образования, социальной защиты, общественными организациями (в зависимости от того, кто является учредителем центра), исходя из количества воспитанников, наличия имеющихся мастерских, направлений работы по дополнительному образованию в соответствии с нормативами, предусмотренными Типовым положением о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии № 288 от 12 марта 1997 г.

Режим работы центра. Режим работы центра разрабатывается педагогическим коллективом, согласовывается с родителями и молодыми людьми, утверждается руководителем учреждения. При разработке режима учитываются требования, изложенные в постановлении Госкомсанэпиднадзора РФ от 31.10.96 №49.

Приложением к режиму работы центра должны быть Правила внутреннего распорядка, в которых отражаются следующие позиции: 1) общие положения; 2) отношения администрации центра и молодых людей, а также родителей воспитанников; 3) права и обязанности сторон.

Выполнение режима неукоснительно для всех участников педагогического процесса. Как правило, в центрах дневного пребывания разрабатываются определенные ритуалы встречи и прощания, организации собраний, проведения инструктивных совещаний.

Режим работы центра должен, насколько это возможно, моделировать жизнь семьи.

Основные направления работы центра дневного пребывания.

1. Социально-трудовая адаптация молодых людей, подготовка к поддерживаемому и самостоятельному проживанию в семье в процессе привития навыков ведения домашнего хозяйства:

стирка;

глажение белья;

приготовление несложных блюд;

сервировка стола; мытье посуды;

уборка помещения;

пользование бытовой техникой (телефон, телевизор, пылесос, миксер, кухонная плита, стиральная машина, холодильник и др.);

самостоятельное посещение магазинов, аптек, ремонтных мастерских, поликлиник, сберкасс, почты и т. п.

пользование общественным транспортом (знание общепринятых знаков, умение пользоваться схемами).

пользование деньгами (умение рассчитывать расходы, расплачиваться за покупки, соблюдать меры предосторожности в людных местах при пользовании деньгами).

291

2. *Организация досуга и позитивная коммуникация в социуме (социально-сре-довая ориентация)* проводится путем создания комфортных условий дневного пребывания, включает в себя:

участие в работе кружков;

спортивно-оздоровительные мероприятия;

коллективное посещение театров, музеев, выставок;

экскурсии на природу, прогулки по городу (с друзьями, в предпраздничные и праздничные дни);

организация и проведение праздников, дней рождения; встреч друзей, проживание в социальной гостинице;

спортивная и интеграционная работа (совместно с различными подростковыми, родительскими творческими клубами);

участие в районных и городских смотрах самодеятельности, выставках работ.

К работе желательно привлекать знакомых подростков, членов семей, соседей, волонтеров.

3. *Профессиональная реабилитация* включает в себя обучение элементарным приемам работы по избранным направлениям, практическое применение приобретенных профессиональных знаний, получение пооперационных навыков работы. В условиях центра дневного пребывания молодые люди должны иметь возможность получить определенные навыки по всем видам деятельности, которые может предоставить центр. Выбор оптимального для каждого молодого человека вида профессиональной деятельности предлагается специалистами и определяется самим молодым человеком и его родителями. В условиях центра дневного пребывания молодые люди могут пополнить свой бюджет и бюджет семьи за счет работы в мастерских, исполняя обязанности технических работников, выполняя договорные работы.

Особое внимание следует обратить на участие молодых людей в общественно-полезном труде: помощь пожилым людям, инвалидам, своим товарищам, нуждающимся в поддержке.

Подготовку к труду молодых людей следует рассматривать не только как подготовку по конкретной профессии, а в большей степени как целенаправленное формирование положительного отношения, интереса и готовности (мотивационной, целевой) к труду как к деятельности в целом, как формирование активной жизненной позиции, самореализации и личностного роста.

Для молодых людей, обучающихся в центре дневного пребывания, труд имеет более широкое значение и включает не только производительный труд (в производственных или специально организованных условиях), но также и непроизводительный труд, спорт, культуру, труд по самообслуживанию и домоводству.

Структура и содержание подготовки к труду молодых людей должны быть дифференцированы в зависимости от имеющихся у них нарушений, тяжести ограничения жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и трудового прогноза.

Основной целью подготовки к труду должно быть всестороннее развитие личности, приводящее к самостоятельному и осознанному выбору жизненно-

292

го пути, самоопределению. Реализация выдвинутой цели достигается следующими направлениями работы с молодыми людьми:

- формирование устойчивой ориентации молодых людей на активный образ жизни, формирование социально активной личности;
- обеспечение практической и психологической готовности к труду;
- создание условий для усвоения социального опыта, самовыражения, трудового самоопределения;
- включение в трудовую деятельность, систему трудовых отношений и общечеловеческих норм и ценностей;
- формирование и удовлетворение познавательных и деятельностных запросов и потребностей;
- вовлечение семьи молодого человека в совместную деятельность.

Особое внимание уделяется непосредственно самому процессу труда, который должен отвечать следующим требованиям:

1) деятельность молодого человека должна соответствовать его возможностям на уровне доступной трудности, должна быть посильной в плане осваиваемых навыков и по продолжительности (не приводить к переутомлению и истощению физических и интеллектуальных сил);

2) деятельность должна быть коллективной (парами, группами 2—3 человека, бригадами), но с индивидуальным подходом. Предлагаемые организационные формы придают дополнительный стимул к взаимопомощи, общению, ответственности, дисциплинированности;

3) в процессе деятельности должны сформироваться навыки планирования, самоконтроля;

4) деятельность молодого человека должна иметь четкую и определенную цель, практическую направленность и результативность. Молодой человек должен видеть реальный результат своей деятельности;

5) подбор занятий, видов трудовой деятельности должен осуществляться в соответствии со способностями и возможностями молодых людей, непременным условием является их желание;

6) в процессе деятельности необходим контроль и помощь со стороны взрослых, специалистов, но при этом молодому человеку должна предоставляться максимальная самостоятельность.

Трудовая, профессиональная реабилитация — сложный и многокомпонентный процесс. Молодые люди с нарушением интеллекта, имеющие тяжелые нарушения жизнедеятельности, не способны к независимой жизни и самостоятельной жизнедеятельности, к независимому трудовому самоопределению. Именно поэтому работа по профессиональной реабилитации в центре временного пребывания несет на себе особую нагрузку по подготовке и включению в полноценную, нормальную жизнь (насколько возможно) молодых людей.

Практика работы в центрах дневного пребывания показывает, что грамотно организованная, целенаправленная работа позволяет достичь определенных положительных результатов по подготовке к жизни и работе (в поддерживаемом режиме).

293

Молодые люди осваивают несложные виды производительного труда: сортировка, комплектование, упаковка готовых изделий, поддержание порядка, уборка рабочих мест и производственных помещений, работа курьером, производство мелкого ремонта одежды, обуви, работа помощника социального работника, работа с компьютером (на уровне пользователя), ксероксом, принтером.

Молодые люди с успехом могут работать в учреждениях общественного питания (уборщик посуды, помощник на кухне, складе). Художественный труд, как в мастерских, так и на дому, доступен значительной части молодых людей (лозоплетение, роспись по фарфору, дереву, изготовление сувениров, шитье кукол, вязание и т. п.).

Подготовка к независимому проживанию обеспечивается освоением навыков и элементов самостоятельного ведения домашнего хозяйства (стирка, глажение белья, приготовление

несложных блюд, мытье посуды, уборка). Молодые люди могут самостоятельно пользоваться различными видами бытовой техники.

Обеспечение семей определенным набором продуктов, лекарств, пользование ремонтными мастерскими, средствами связи, транспортом позволяют молодым людям расширять социальный опыт и достаточно успешно интегрироваться в социум.

9.2.2. Исследование реабилитации умственно отсталых лиц в условиях центра дневного пребывания

В 1998 г. на базе специальной (коррекционной) школы № 4 VIII вида Санкт-Петербурга была открыта группа дневного пребывания для молодых людей (20 лет) с умеренной и тяжелой умственной отсталостью (в основном это выпускники класса «Особый ребенок»). Здесь решаются задачи социально-бытовой ориентации молодых людей. Большое внимание уделяется ведению домашнего хозяйства, пользованию бытовой техникой, нормам поведения в общественных местах, в транспорте и т. д. Всему тому, что позволяет адаптироваться к самостоятельной жизни. В группе находятся люди с разной степенью умственной отсталости. Поэтому очень развита взаимопомощь, что помогает в развитии личности молодых людей. Им предоставляется возможность развивать свои способности в музыке, рисовании, спорте и т. д. Все это необходимо для самореализации. Большое внимание уделяется трудовому обучению. Практика показала, что люди с умственной отсталостью могут (может быть, не так быстро, как другие) овладеть навыками работы на компьютере. Создаются производственные мастерские, которые готовят молодых людей к работе на производстве «под заказ», а также выполняют небольшие заказы на месте.

Много культурных мероприятий проводится совместно с людьми, не имеющими умственной отсталости, что помогает устанавливать контакты, находить общий язык, налаживать взаимодействие.

294

После двух лет работы группы дневного пребывания при специальной (коррекционной) школе были преобразованы в центр дневного пребывания для молодых людей с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности (Центр).

В работе сотрудницы центра, Е. Н. Форостенко, выпускницы ИПСиП. был исследован уровень социальной зрелости воспитанников старше 20 лет с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, находящихся в нем в течение одного года.

В центре для молодых людей создана модель дома самостоятельного проживания и работы. Они не «ученики», а «хозяева» и «сотрудники» информационного бюро со следующим режимом работы.

Работа начинается в 8.45 и заканчивается в 16.00. Все сотрудники приходят без опоздания и работают полный день в соответствии с распределенными обязанностями. Они имеют отпуска и получают заработную плату.

Режим работы бюро на неделю безукоснительно выполняется всеми сотрудниками.

Рабочий день начинается с обсуждения меню обеда: какие продукты необходимо приобрести для его приготовления, сколько для этого нужно денег, нужно ли сделать какие-нибудь хозяйственные покупки, сколько денег нужно для этого. Составляется смета расходов. Затем сотрудники распределяют обязанности между собой. Кто-то идет в магазин за хозяйскими, а кто-то за продуктами, остальные выполняют работы в бюро. Когда все необходимое для приготовления обеда куплено, ответственные начинают его готовить. Заполняется расходная книга. Остальные выполняют обычную повседневную работу (работа в мастерских, выполнение заказов).

На базе центра методом наблюдения было обследовано 20 молодых людей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью в возрасте от 20 до 30 лет. Они посещают центр в течение одного года. У них разные способности и коммуникативные возможности. Одна девушка из группы играет на пианино, обладает великолепным голосом и слухом. В этой же группе находятся молодые люди, почти неговорящие. Один из них имеет лишь остаточный левосторонний слух, что требует специального способа общения со стороны взрослых (они должны строить предложения просто, четко артикулировать). Этот молодой человек достаточно быстро нашел способ общения с окружающими его людьми из группы, они его понимают.

Одни из молодых людей являются выпускниками специальных (коррекционных) школ, другие получали надомное обучение. В связи с этим они имеют не только разные способности, но и разную степень обученности.

Кроме обследования методом наблюдения в группе был проведен опрос молодых людей. Опросник был составлен из вопросов, позволяющих определить возможности молодых людей в

области навыков пространственной ориентации (вопросы 1, 5, 8, 9), способности к общению (вопросы 3, 4, 7), хозяйственно-бытовых навыков (вопросы 5, 6, 9), в организации своего досуга (вопросы 2, 9), в готовности к коммуникации (вопросы 3, 4, 9).

Вопросы были построены таким образом, чтобы молодые люди могли дать краткий и точный ответ, позволяющий оценить социально-бытовую адаптацию молодого человека.

295

Опросник по социально-бытовой адаптации молодых людей

1. Где вы живете?
2. Ваше любимое занятие? Любимая телепередача? Если бы перед вами встал выбор: любимое занятие или просмотр телепередачи — что бы вы выбрали?
3. Есть ли у вас друзья? С кем вы дружите на работе, дома?
4. Нравится ли вам, когда приходят гости? Хочется ли вам с ними поговорить? Поделиться радостью, горем?
5. Где вы покупаете хлеб? Если магазин закрыт, что вы будете делать?
6. Умеете ли вы готовить? Любите готовить пищу? Что вам нужно для приготовления любимого блюда?
7. Для чего нужна работа? Работать надо обязательно?
8. Как вы добираетесь до центра один (одна)? Каким транспортом? Вы больше любите ходить пешком или ездить на общественном транспорте?
9. Любите ли вы гулять по Санкт-Петербургу? Представьте себе, что вы оказались в незнакомом месте. Как вы будете добираться домой?

Нами были использованы критерии оценки уровня социально-бытовой адаптации молодых людей (Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л. А. Нисневич, 2000) по их ответам и результатам наблюдения.

Начальный уровень предполагает наличие у молодого человека элементарных социально-бытовых навыков, которые он использует в конкретной деятельности совместно со взрослыми.

Достаточный уровень предполагает, что молодой человек имеет представление о социально-бытовых навыках, использует их в тех ситуациях, которые он отработал на занятиях. В незнакомой ситуации молодой человек не может использовать имеющиеся у него навыки. Знания и умения применяет и самостоятельно, и при контроле и частичной помощи окружающих.

Самостоятельный уровень — достаточно высокий уровень развития социально-бытовых навыков, молодой человек свободно использует их даже в незнакомых ситуациях самостоятельно или при частичной помощи окружающих.

По результатам наблюдения и беседы по опроснику были выявлены отличительные особенности каждого молодого человека. Рассмотрим их более подробно на конкретных примерах.

ПРИМЕР 14

Боря, 21 год

До поступления в Центр обучался в специальной (коррекционной) школе. Умеренная степень умственной отсталости. Речь внятная, четкое и правильное звукопроизношение. Заторможенный, малоактивный молодой человек, не стремящийся к проявлению инициативы. По волевым качествам более склонен к подчинению.

Адекватно общается с окружающими, готов всем помочь, если попросят. Может выполнить самостоятельно (из того, что умеет делать) бытовое поручение. Боря имеет достаточный уровень социально-бытовой адаптации.

296

Беседа с Борей

Ответы на вопросы опросника:

1. В Санкт-Петербурге.
2. Смотрю телевизор. Любимые передачи: музыкальные.
3. Друзья есть. На работе я дружу со всеми.
4. Люблю, люблю с ними что-нибудь обсудить.
5. Покупаю хлеб в булочной. Или в универсаме.
6. Умею готовить немного, не очень. Бутерброды.
7. Работа нужна. Обязательно, для общения.
8. Сам. Трамваем. Люблю.
9. Не знаю.

ПРИМЕР 15

Виталий, 21 год

До поступления в Центр обучался на дому. Умеренная степень умственной отсталости. Речь невнятная, но понимает речь других людей. Вербальное общение затруднено. Обследован только методом наблюдения.

Эмоционально неустойчив, наблюдаются капризы, угнетенные состояния. По волевым качествам более склонен к подчинению.

Адекватно общается с окружающими, при частичной помощи самостоятельно выполняет элементарные хозяйственные работы. Виталий имеет начальный уровень социально-бытовой адаптации.

ПРИМЕР 16

Даша, 20 лет

Окончила специальную (коррекционную) школу VIII вида. Умеренная степень умственной отсталости. Четкая, правильная речь. Хорошо играет на пианино и поет. Эмоционально неустойчива, проявляет черты лидера, любит поучать и указывать другим, что и как делать. При необходимости помогает окружающим. Обладает завышенной самооценкой, но при этом теряется в незнакомых местах и сложных социально-бытовых ситуациях. Достаточно высокий уровень хозяйственно-бытовых навыков, которые она применяет самостоятельно или при частичном контроле. Даша имеет достаточный уровень социально-бытовой адаптации.

Беседа с Дашей

Ответы на вопросы опросника:

1. Далеко.
2. Всякое-разное. Люблю смотреть «Угадай мелодию». Не знаю.
3. У меня много друзей и на работе, и соседи.
4. Да.
5. Хлеб покупаю в киоске, пойду в универсам.
6. Да, хорошо. Я все люблю готовить.
7. Для того, чтобы жить — работать обязательно.
8. Иногда на машине подвозят, иногда еду сама на троллейбусе. Люблю ездить на общественном транспорте.
9. Люблю. Спрошу у прохожих.

Для получения более полной картины о социально-бытовой адаптации умственно отсталых молодых людей, находящихся в центре, была составлена анкета для родителей, в которой им предлагалось ответить на десять вопросов.

297

Таблица 30

Результаты анкетирования, %

Вопросы	Ответы	
	Д	Н
	а	ет
1. Стал ли ваш ребенок самостоятельнее?	100	0
2. С удовольствием ли он ходит в Центр?	100	0
3. Делится ли впечатлениями о проведенном дне?	72,4	28,6
4. Применяет ли ваш ребенок дома какие-либо навыки, приобретенные в Центре?	100	0
5. Возникает ли желание у вашего ребенка пойти в общественные места?	100	0
6. Часто ли возникает у вашего ребенка желание накрыть на стол, убрать в квартире и т. д.?	88,6	11,4
7. Проявляет ли он заботу о ком-либо?	85,7	14,3
8. Изменилось ли у ребенка отношение к	70	30

самому себе?	2,4	,6
9. Чувствуете ли вы, что он уже взрослый?	5 7,1	42 ,9
10. Положительно ли ваше отношение к открытию таких Центров?	1 00	0

Анкеты заполняли матери молодых людей. Оценка результатов анкетирования родителей представлена в табл. 30.

Все родители отметили, что в результате регулярного посещения центра у детей происходит развитие самостоятельности, само это посещение им нравится, общение в коллективе помогает более уверенно чувствовать себя и в окружении обычных людей. Желание помогать по дому возникает только у 28,6% молодых людей, так как раньше им в семье не ставилась такая задача.

В результате нахождения в центре, по мнению родителей, у 72,4% молодых людей изменилось отношение к самому себе, их самооценка стала более адекватной.

У 57,1% родителей появилось чувство, что их ребенок становится взрослым. Это говорит о том, что у родителей появилась уверенность в достаточности уровня самостоятельности их ребенка, его защищенности перед окружающим миром.

Все родители выразили одобрение по поводу существования такого Центра реабилитации и единодушно заявили о необходимости создания подобных центров во всех районах города.

Резюмируя результаты проведенного социально-педагогического исследования, можно сделать следующие выводы.

1. Уровень самостоятельности молодых людей, находящихся в группе, в течение года стал значительно выше. Большинство воспитанников достигли достаточного уровня социально-бытовой адаптации.

2. Проведенная социально-бытовая подготовка позволила воспитанникам приобрести новые знания в самообслуживании, приготовлении пищи, мытье посуды и стирке белья, умении пользоваться деньгами, выполнении разных домашних работ и др.

3. Появились навыки пространственной ориентации в районе нахождения центра. Молодые люди научились самостоятельно посещать продовольственные и хозяйственные магазины. Часть из них применяют полученные навыки дома. Некоторые из воспитанников могут самостоятельно добраться до центра от места проживания либо пешком, либо на общественном транспорте.

298

4. За время нахождения в группе у молодых людей с нарушениями интеллекта сложились определенные отношения в коллективе. Они перестали быть обособленными друг от друга, знают, что в центре у каждого из них одинаковые права и одинаковые обязанности. Каждый из них понимает, что у окружающих их «сотрудников» свои индивидуальные способности и особенности. Несмотря на то, что у всех разные личностные особенности и их эмоционально-волевые проявления, молодые люди в своем коллективе находят взаимопонимание при организации досуга и решении других общих задач.

5. Как положительный результат можно отметить, что пребывание в течение одного года в центре способствует тому, что молодые люди с нарушением интеллекта могут самостоятельно организовать проведение своего дня в центре, при этом не просто просидев там, а участвуя во всех мероприятиях либо самостоятельно, либо при частичной помощи воспитателей.

6. Родители умственно отсталых молодых людей почувствовали, что их жизнь с детьми стала легче. Иногда можно попросить своего ребенка выполнить несложное поручение, например, помыть посуду или сходить в магазин за хлебом.

7. У всех молодых людей без исключения появилось желание посещать общественные места. Их не пугает встреча с большим количеством незнакомых людей. При восприятии посещения центра как работы у многих молодых людей изменилось отношение к самим себе, они почувствовали свою полезность обществу.

8. Исследование показало, что даже после одного года нахождения в реабилитационном центре молодые люди могут жить самостоятельно при незначительной помощи. Таким образом, можно заключить, что такие центры необходимо создавать и развивать. Польза, получаемая воспитанниками в результате пребывания в таком центре, несомненна.

9.2.3. Центр дневного пребывания в системе социальной защиты

-

В рамках российско-шведского социального проекта «Усовершенствование социальной работы в Санкт-Петербурге» в Адмиралтейском административном районе в структуре центра

социального обслуживания населения развивается сеть учреждений для людей с ограниченными умственными возможностями.

В работе применяются передовые мировые технологии в социальной сфере, разработанные в Швеции.

Отделение абилитации «Карлсон» для инвалидов с ограниченными умственными возможностями действует с февраля 2000 г. Отделение создано как постоянное специализированное рабочее место для инвалидов 1 и 2 групп, занятых приготовлением пищи. В процессе работы с клиентами проводятся мероприятия по адаптации в обществе, прививаются трудовые навыки. За основу взята программа «SIVUS» (Развитие социального инвалида в процессе взаимодействия). Этот метод работы разработан сотрудниками, практически ра-

299

ботающими с клиентами. Он применяется уже почти 20 лет в Швеции при работе с людьми с нарушением в развитии. Его целью является формирование самостоятельного человека, как в индивидуальном, так и в социальном плане, в зависимости от своего потенциала. Метод означает, что индивид развивается во взаимодействии с другими людьми, исходя из собственных побудительных мотивов, идей и потребностей, путем самостоятельной работы — занятий и достижения индивидуального (собственного) результата.

В основе метода лежит гуманистическое представление о человеке и осуществление руководства и содействия со стороны персонала. SIVUS — динамичный метод коллективной работы, который можно взять за основу профессиональной работы с людьми, он не исключает применение других методов, которые зачастую необходимо использовать в качестве дополнения в работе с людьми с множественными нарушениями.

Метод учитывает несколько аспектов:

- вера в собственные силы,
- самостоятельность,
- солидарность,
- связь (сообщение),
- вспомогательные средства, II роль персонала,
- II проблемные моменты.

Принципы данной программы строятся на гуманистическом представлении о человеке, основная идея которого заключается в том, что каждый индивид сам по себе является целью, а не средством и что человек — это высшая ценность, превосходящая любую другую. В статье 3 Декларации ООН о правах человека говорится, что каждый человек имеет право на жизнь, свободу и личную безопасность. Принципиальные ценности гуманистического представления о человеке должны распространяться на всех людей, независимо от наличия у них нарушений.

Методы программы нацелены на реализацию следующих целей:

- развитие способностей к социальному общению, труду, оценке своей деятельности,
- II развитие умения планировать.

Учитываются ступени развития способностей:

- 1 ступень — с большой помощью других людей,
- 2 ступень — с определенной помощью других людей,
- 3 ступень — самостоятельно.

Выделяют разные стадии развития способностей: индивидуальная, «попарная», коллективная (групповая), межгрупповая и общественная.

SIVUS является методом, интегрирующим проживание, работу и досуг инвалидов в нормальную жизнь общества, он позволяет научить умственно отсталого человека — который (исходя из своих способностей) может вести, насколько возможно, самостоятельный образ жизни, как в индивидуальном, так

300

и в социальном плане — реально оценивать свои возможности, верить в свои силы и обладать подлинным чувством солидарности.

Цели и задачи отделения «Карлсон».

1. Обращение к ресурсам каждого инвалида с ограниченными умственными возможностями, обеспечение максимального его развития путем специального тренинга с сохранением тех способностей и навыков, которые уже имеются.

2. Формирование у каждого инвалида уверенности в себе, обретение им нового качества жизни, придание ей достойного наполнения.

3. Воздействие на общественное мнение с целью изменения отношения к умственно отсталым людям.

4. Содействие интеграции инвалидов с ограниченными умственными возможностями в общество, предоставление им возможности трудоустройства.

5. Развитие взаимодействия и координация деятельности с учреждениями и общественными организациями, осуществляющими работу с данной категорией инвалидов.

6. Высвобождение члена семьи инвалида от необходимости присмотра за ним с целью трудоустройства и получения полноценного отдыха и лечения.

7. Проведение оценки результатов деятельности отделения «Карлсон» с учетом мнения инвалидов, посещающих отделение. Осуществление деятельности по обмену опытом и распространению информации.

Основные функции отделения «Карлсон».

1. Отделение «Карлсон» предназначено для инвалидов с ограниченными умственными возможностями, способных принимать участие в производственном процессе. Все инвалиды должны обладать необходимыми возможностями для активного участия в работе.

2. Содержание основной деятельности сотрудников отделения «Карлсон» состоит в проведении мероприятий по адаптации инвалидов в процессе получения навыков по полному циклу профессиональных обязанностей, заключающихся в приготовлении пищи. В отделении «Карлсон» проводятся тренинги инвалидов для развития навыков, необходимых в повседневной жизни, в быту:

А. Тренинг рабочих навыков:

- а) умение следить за временем,
- б) умение исполнять производственные обязанности.

Б. Тренинг навыков самостоятельного проживания:

- а) обучение самостоятельно удовлетворять ежедневные личные гигиенические потребности,
- б) умение готовить пищу,
- в) умение поддерживать в порядке одежду,

г) умение произвести элементарную уборку помещения, постирать, заправить за собой постель и т. д.

301

В. Транспортный тренинг: умение самостоятельно добираться на работу и с работы домой, а в дальнейшем умение пользоваться транспортом для поездок «туда-обратно» в различные места.

3. Отделение абилитации является рабочим местом как для персонала так и для инвалидов, которые являются полноправными участниками рабочего процесса и в дальнейшем именуется «работники».

4. В отделении «Карлсон» применяется метод совместного приема пищи для работников и персонала отделения. Это позволяет снять у работников ощущение пребывания в специализированном учреждении и способствует лучшей интеграции работников в повседневную жизнь.

5. Специалистами отделения абилитации принимаются меры по трудоустройству инвалидов по решению социальной экспертной комиссии (СЭК) при наличии рекомендации медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК).

Порядок работы отделения «Карлсон». Отделение «Карлсон» создано для работы с 25 инвалидами с ограниченными умственными возможностями. Оно работает ежедневно с 9.00 до 18.00 (кроме выходных и праздничных дней).

Время с 9.00 до 15.00 является рабочим и обязательно для всех работников отделения. С 15.00 до 18.00 для половины работников отделения организуются абилитационные мероприятия специалистами (логопед, психолог, инструктор ЛФК и т. д.). Работа с инвалидами ведется по рекомендации СЭК и по социальным показаниям.

Из числа работников отделения абилитации создается бригада по приготовлению пищи, с фондом заработной платы по ставкам, предусмотренным в пилотном проекте. В связи со спецификой отделения бригадиром назначается заведующая отделением «Карлсон». Зачисление в бригаду производится на основании личного заявления работника, выплата заработной платы производится с учетом фактически отработанного времени, а также с учетом того, что в соответствии с установленной организацией труда нагрузки на всех работников равны.

Решение о приеме инвалида в отделение абилитации «Карлсон» принимает директор центра с учетом рекомендаций СЭК. Прием производится только с согласия инвалида или его опекуна, при

этом обязательно учитывается желание инвалида. Для приема в отделение необходимо: заявление инвалида или его опекуна, социальная карта, копия справки МСЭК, решение-рекомендация СЭК, санитарная книжка.

Право на зачисление в отделение имеют неработающие инвалиды с ограниченными умственными возможностями от 16 до 50 лет без криминального прошлого, не имеющие противопоказаний для работы в учреждениях общественного питания. Преимущественное право из их числа имеют:

П инвалиды из неполных и многодетных семей,

П инвалиды, родители которых являются пенсионерами или инвалидами,

С/ одиноко проживающие инвалиды.

Противопоказанием для пребывания в отделении является наличие заболеваний, препятствующих посещению данного учреждения: О острые психические состояния, О наличие инфекционных заболеваний,

302

устойчивая агрессивная тенденция,

суицидальные наклонности,

устойчивые поведенческие нарушения, не поддающиеся коррекции.

Штат отделения абилитации «Карлсон»: заведующая отделением, специалисты по социальной работе, сестра-хозяйка, психолог, медсестра, инструктор ЛФК, инструктор по труду, логопед, социальный работник, повара, калькулятор, санитарка.

Характеристика «работников» отделения

В настоящее время количество клиентов в отделении — 26 человек. 7 человек имеют 1 группу инвалидности, остальные — 2 группу инвалидности. Среди клиентов 44,1% из полных семей, 51,8% — из неполных семей, 3,7% являются одиночками.

Клиенты отделения «Карлсон», помимо умственной отсталости, имеют дополнительные функциональные нарушения: нарушение речи — 92,5%, повреждения ОДА — 7,4%, нарушения зрения — 14,8%, нарушения слуха — 11,1%, эпилепсия — 7,4%, нарушение обмена веществ — 11,1%.

По уровню наличия академических навыков среди клиентов: не знают буквы 7,4%, частично знают буквы 7,4%, могут читать, писать 85,2%.

Основным методом реабилитации в отделении является метод приготовления пищи, при этом используется опыт ресторана в Швеции «Гласадэ Гонгин» (там работает 40 инвалидов). В отделении существует 6 производственных групп, в каждой группе по 3-6 клиентов:

1-я группа — приготовление первых блюд,

2-я группа — приготовление вторых блюд,

3-я группа — выпечка,

4-я группа — приготовление салатов,

5-я группа — сервис,

6-я группа — маркетинг (ведут учет расхода продуктов).

Клиенты готовят обеды для себя, на заказ для обслуживаемых пенсионеров и инвалидов по центру, а также готовят фуршеты для официальных встреч в районе и городе. За свой труд они получают небольшую заработную плату.

Для учета работы с клиентами отделения «Карлсон» ведется обязательная документация, которая включает следующие документы:

1. *Социальная карта:*

П Ф. И. О.

Дата рождения, адрес, телефон.

П Диагноз, наличие инвалидности (кем, когда установлена). П Образование (специальная школа).

Наличие профессии, сохранились ли навыки, занятость.

Социальная адаптация.

О Любимое время проведения, увлечения.

Наличие склонности к общественно-полезному труду.

Особенности характера.

303

О Состав семьи, данные о родителях или опекуне.

Данные о других детях в семье.

- Степень участия семьи в оказании помощи инвалиду.
- Доход семьи, социальная или материальная помощь, ее источники. П Наличие проблемы в семье, ее характер, трудоустройство, лечение. О Примечание.

П ФИО, должность заполнившего социальную карту, дата заполнения.

2. *Справка ВТЭК*— заключение об условиях и характере труда (легкий труд в специально созданных условиях).

3. *Индивидуальный план развития клиента: Д* развитие рабочих навыков,

О развитие навыков самостоятельного проживания,

- развитие знаний о транспорте.

По каждому пункту ведется учет развития клиента. Записи делают специалисты с указанием даты.

4. *План реализации:*

Д развитие рабочих навыков,

П развитие навыков самостоятельного проживания,

- развитие знаний о транспорте.

В планах указываются пункты необходимого развития, время выполнения реализации и ответственный по сопровождению.

5. *Оценка способностей для адаптации к самостоятельной жизни: П* использование символов,

- сортировка,
- множество, количество, цифры, О деньги,
- взаимосвязь, О время,
- расстояние и направление.

6. *Карта контроля над динамикой реализации индивидуального плана: О* развитие знаний о транспорте,

- развитие рабочих навыков,
- О развитие навыков самостоятельного проживания.

Полугодие

в совместной под частичным12345; самостоятельно деятельности12345; контролем12345 динамика

Обозначения: 1 — руководитель делает все сам; 2 — руководитель помогает работнику практически; 3 — руководитель помогает работнику словом; 4 — руководитель присутствует, но работник все выполняет самостоятельно; 5 — работник выполняет работу полностью самостоятельно.

304

7. *Итоги опросов (обобщение): О* ФИО.

- Какие задания работник не может выполнять самостоятельно?
- Что работник хочет делать самостоятельно?
- Что конкретно необходимо сделать, чтобы работник научился выполнять задание самостоятельно?

8. *Планирование выполнения определенного задания:*

а Ф. и. о.

Р Ситуация (приготовить тесто).

- Трудные моменты..
- Трудности, возникающие в результате ограниченных возможностей работника.
- Как помочь работнику справиться с заданием?
- Что можно сделать, чтобы работник проявил больше самостоятельности (вселять чувство уверенности)?

Представленная модель поддерживаемого проживания на примере отделения абилитации «Карлсон» достаточно эффективна, она решает задачу социальной интеграции умственно отсталых молодых людей. При сравнении результатов работы в 2000 и 2003 гг., выявлена положительная динамика роста приспособленности к жизни в обществе клиентов:

- Абсолютно не приспособлены к жизни в обществе в 2000 г. — 44,4%, а в 2003 г. - 18,5%.
- Частично приспособлены к жизни в обществе в 2000 г. — 48,1%, а в 2003 г. - 55,5%.
- Достаточно приспособлены к жизни в обществе в 2000 г. — 5,4%, а в 2003 г. - 22,2%.

9.3. СОЦИАЛЬНЫЕ ГОСТИНИЦЫ

9.3-1. Социальная гостиница как модель подготовки к независимой жизни

В самом названии «социальная гостиница» заложены основные параметры ее работы - временность пребывания (которое может растянуться и на период более года) с целью социальной помощи (поддержки) проживающему в ней.

Модель «Социальная гостиница» может рассматриваться как учреждение, *подготавливающее* молодого инвалида с умственной отсталостью к независимой жизни.

Отрыв от семьи, переход в социальную гостиницу сложен для подростков и молодых людей, и поэтому работа с воспитанниками гостиницы должна быть

305

разделена на ряд этапов. Каждый этап имеет свои задачи и программу работы с молодыми людьми по формированию у них практически значимых умений, необходимых для их самостоятельной жизнедеятельности. Длительность каждого этапа пребывания в гостинице для подростка и молодого человека индивидуальна.

/ этап — начальный — адаптация подростка к проживанию в гостинице и организация жизни в ней.

Основными задачами этого этапа являются:

О сбор информативно-диагностического материала о инвалиде и его семье (комплексная диагностика);

□ составление индивидуального плана подготовки воспитанника к самостоятельной жизни и сопровождение его в системе реабилитационных мероприятий;

О установление позитивных отношений с воспитанником, формирование у него чувства безопасности в новых условиях проживания, «смягчение» разрыва с семьей, с привычным окружением;

О организация жизни молодого инвалида в условиях социальной гостиницы.

Работа на I этапе ведется по 2 направлениям (блокам):

□ информативно-диагностическое;

□ адаптационно-организационное.

Информативно-диагностический блок включает 2 типа диагностики: 1. Первичная диагностика, в которую входят:

□ характеристика семьи и сведения о родственниках;

□ информация о социальном окружении подростка и его семьи; II педагогическая диагностика;

О диагностика социальной компетенции;

□ диагностика сексуальности.

Итогом работы является составление индивидуальной диагностической карты и индивидуального плана (программы) подготовки воспитанника к самостоятельному проживанию в системе поддержки.

Не всегда можно ограничиться только первичной диагностикой, содержание которой перечислено выше. Часто необходима углубленная диагностика проблем молодого инвалида с привлечением специалистов (психологов, дефек-тологов, логопедов, врачей и др.).

2. Углубленная диагностика, которая дает возможность:

□ составить психолого-педагогический «портрет» воспитанника, его психолого-педагогический статус;

О определить индивидуальный план реабилитационной работы с ним для улучшения качества его жизни, подготовки к самостоятельному существованию;

О провести медицинскую, психологическую, педагогическую, социальную и трудовую реабилитацию в условиях проживания в социальной гостинице.

306

Адаптационно-организационный блок, главной задачей которого является формирование у подростка чувства безопасности, «смягчения» разрыва с семьей, привычным окружением. Это очень важный этап в проживании воспитанника в социальной гостинице. От того, как он будет организован и как адаптируется молодой человек на этом этапе, во многом зависит успех всей дальнейшей работы.

Работа может строиться по следующим аспектам:

□ знакомство с гостиницей, молодыми людьми, проживающими в ней, персоналом;

□ знакомство с режимом и правилами проживания в гостинице (правилами жизни, правилами внутреннего распорядка, правами, обязанностями, желаниями подростка);

□ подготовка жителей гостиницы к приему нового «жильца»; П знакомство с жизнью воспитанников гостиницы;

О определение своего места среди сверстников (выделение тумбочки, кровати, шкафа, места в столовой и др.);

□ обучение поддержанию порядка в своих вещах. Знакомство с правилами содержания своих вещей;

□ постепенное знакомство с распорядком жизни в гостинице, правилами поведения, обучение навыкам жизни в коллективе, установление дружеских отношений, контактов;

О знакомство с системой поощрения и запретов в гостинице;

О обучение умению реагировать на похвалу и критику (замечание);

□ формирование положительной мотивации учебной и трудовой деятельности;

□ обучение умению планировать свой день и свои дела;

□ обучение умению выполнять задания взрослых (самостоятельно, с помощью, при поддержке), умению заниматься своими делами, не мешая другим, договариваться с другими по поводу выполнения совместных дел, распределению нагрузки в течение дня;

□ обучение правильному интимному и сексуальному поведению; О обучение приему гостей в гостинице.

На этом этапе воспитанники гостиницы овладевают умениями, необходимыми в самостоятельной жизни:

П воспринимать и правильно реагировать на то, что говорит воспитатель, администратор;

□ понимать свои социальные роли в обществе, в семье, в социальной гостинице;

П выполнять правила поведения, соблюдать режим дня; О планировать свой день;

П вместе с социальным педагогом и воспитателем решать проблемы своего пребывания в гостинице.

На этом этапе проводится реабилитационная работа с воспитанниками по их индивидуальным планам (маршрутам) улучшения качества жизни и подготовки к самостоятельной жизни в системе поддерживаемого проживания.

307

Она включает в себя ряд аспектов:

□ медицинская реабилитация, организация закаливающих процедур, массаж, витаминная терапия, лечебная физкультура, медикаментозная терапия);

□ обучение правилам поведения в разных жизненных ситуациях (тренинг по управлению собой и своими эмоциями; использование методик снятия тревоги, стресса, агрессии и др.);

П развитие навыков самообслуживания (умение стирать, гладить, готовить еду, распределять продукты; звонить, обращаться с просьбой, писать письма, заявления и т. д.);

□ музыкальная терапия, арт-терапия; П трудотерапия.

П этап (основной) — обучение молодых инвалидов с умственной отсталостью социальным навыкам и подготовка их к жизни вне гостиницы в системе поддерживаемого проживания.

Работа на этом этапе строится по следующим направлениям:

1. Совместно с родителями и самим молодым человеком планируется его дальнейшая судьба. Проводятся беседы о том, что ожидает его в будущем; о его взаимоотношениях с родителями, родственниками; где бы он хотел жить после выхода из гостиницы и др.

2. Подготовка молодого инвалида к самостоятельной жизни вне гостиницы: П1 обучение умению вести домашнее хозяйство;

О обучение самообслуживанию;

□ обучение умению обустроить свое жилье.

3. Подготовка к пользованию социальными инфраструктурами: П1 вызов врача, посещение врача;

П посещение парикмахера, почты, телефонного переговорного пункта, телеграфа, театра, сберкассы и др.;

□ использование различных видов транспорта (как купить или заказать билет, куда и когда явиться, чтобы не опоздать, как найти свое место и др.);

□ самостоятельное управление своей квартирой, комнатой (оплата за коммунальные услуги, ремонт, вызов мастера, слесаря, электрика и т. д.).

4. Подготовка к независимой жизни:

П воспитание разумной интимности и сексуальности; П1 формирование понятия «семья» (образов и ролей в семье матери, отца, братьев, сестер, жены, мужа, ребенка).

Очень важным направлением работы на этом этапе является профессиональное самоопределение молодых инвалидов. Для выявления склонностей и возможностей воспитанников гостиницы к профессиональному самоопределению можно использовать:

П беседы о профессиях, их видах, особенностях (доступных воспитанникам);

308

- экскурсии с целью знакомства с разными профессиями;
- тестирование молодых людей на выявление профессиональных склонностей и возможностей;
- беседы о выборе профессии, о знании своих возможностей;
- предпрофессиональную подготовку и работу по формированию профессиональных умений (работа с тканью, бумагой, вышивание, макраме, бисероплетение, вязание; работа на участке, озеленение и благоустройство, выращивание овощей, фруктов, цветов и т. д.).

Особое внимание по подготовке молодого инвалида следует уделять устройству его на работу в системе поддерживаемого трудоустройства.

В этом периоде социальный педагог гостиницы поддерживает постоянную связь с администрацией предприятия, на котором работает воспитанник, с родителями, наблюдает за ним в рабочем коллективе. Социальный педагог оказывает помощь молодому человеку в распределении своей заработной платы, планировании расходов и сбережений, оформлении крупных покупок.

III этап — итоговый — подготовка к жизни вне гостиницы: в собственной комнате, доме, общине и др.

Готовность к независимому проживанию обсуждается на консилиуме, в котором наравне со специалистами участвует сам молодой человек и его родители.

Реализация рекомендаций консилиума о возможности независимого проживания при социальной поддержке осуществляется только по решению его семьи на добровольных началах.

Это трудный период адаптации к новой жизненной ситуации, как для подростка, так и для его семьи. Необходима серьезная психологическая поддержка в виде бесед, тренингов, индивидуальных консультаций в периоде подготовки выхода из гостиницы и переселению в социальный дом (комнату, квартиру).

Адаптационный период можно значительно сгладить, если постепенно знакомить молодого человека и его семью с новым жильем; совместно планировать его оборудование и делать необходимые покупки для оформления его комнаты, а также проводить несколько часов или дней в новых условиях проживания, постепенно увеличивая сроки проживания и самостоятельность молодого жильца в решении личных и бытовых проблем.

Однако следует понимать, что далеко не все молодые инвалиды могут самостоятельно организовать свою жизнь, даже в системе поддерживаемого проживания.

9.3.2. Социально-бытовой комплекс как модель поддерживаемого проживания на базе специальной (коррекционной) школы

Интересен и опыт работы еще одного полуинтернатного учреждения — социально-бытового комплекса специальной (коррекционной) школы-центра №46 реабилитации и милосердия (РиМ) по поздней реабилитации молодых

309

людей с проблемами в интеллектуальном развитии; организации их жизнедеятельности в службе поддерживаемого проживания — социальной гостинице.

С инвалидами работают люди самых разных профессий. Если спросить каждого из них — врача, специального педагога, организатора досуга, родителей — о целях их работы, ответы были бы разными. Если бы каждый стремился только к своей цели, получился бы полный хаос. Поэтому необходимо было поставить общую цель, достижению которой каждый может способствовать своей работой и компетентностью.

Все единодушны в том, что инвалидам нужно создать условия для нормальной жизни и дать возможность научиться жить этой жизнью.

Хорошие условия жизни являются важной предпосылкой качества жизни. Исследования показывают, что качество жизни людей с нарушением интеллекта, живущих в собственной квартире, выше, чем у тех, кто живет в доме инвалидов.

Рамки школьной программы (предметы «Социально-бытовая ориентация», «Этика и психология семейной жизни») в какой-то мере решают вопрос самостоятельной жизни для детей с легкой степенью умственной отсталости, а для детей с умеренной умственной отсталостью проблема эта остается нерешенной.

Дети выходят из школы социально неадаптированные, и проблема «домашнего заточения» остается актуальной для ребенка и его семьи. В таких семьях он остается «вечным» ребенком, иждивенцем и предметом постоянной заботы и ухода.

В школе РиМ создан социально-бытовой комплекс (СБК) как отделение школы, в котором решаются образовательные задачи, идет **обучение навыкам самостоятельного проживания**.

Выделенное здание типового детского сада реконструировано и сделан ремонт на привлеченные средства, созданы хорошие условия проживания:

О 2 комнаты-спальни (каждая на 2 человека) с холлом и отдельным санузлом, то есть по типу трехкомнатной квартиры;

О общая большая кухня-столовая, где молодые люди готовят себе ужин и завтрак;

О тренажерный зал и комната отдыха, где они могут заниматься спортом и отдохнуть;

□ бытовая комната для стирки и утюжки белья.

Имеется красивая мебель, современная бытовая техника. В штатном расписании намеренно нет повара, уборщицы, так как дети все делают сами.

В СБК принимаются инвалиды из числа учащихся школы, в возрасте от 16 до 21 года с легкой и умеренной умственной отсталостью и с низким уровнем социальной адаптации. Решение о зачислении в СБК принимает заведующий комплексом на основании решения ПМПС, желания ребенка и родителей. При зачислении с родителями заключается договор сотрудничества, в котором отражены обязанности сторон. Срок пребывания в СБК колеблется от 1 года до 4 лет, в зависимости от степени развития навыков самостоятельности. Находятся ребята на СБК с понедельника по пятницу. Пребывание платное — 100 рублей в неделю. Эти деньги идут на питание детей (завтраки ужин). Наша

310

задача — научить молодого человека жить на ту мизерную пенсию, которую он получает от государства: правильно расходовать средства на питание, оплату жилья, бытовые нужды.

Поступая в комплекс, инвалид проходит тестирование на выявление уровня сформированности навыков социальной адаптации. После этого на каждого молодого человека составляется план улучшения качества жизни, определяются основные задачи на год. По окончании каждого полугодия заполняется дневник наблюдений (характеристика качественных изменений), где кратко фиксируется то, что достигнуто за это время, и те проблемы, над которыми нужно продолжать работать.

Все молодые люди условно поделены на 3 группы обучения в зависимости от уровня социальной адаптации, но в каждой группе есть «сильный» ученик, так как основной принцип обучения — передача социального опыта от сильного к слабому. Организация учебно-воспитательной работы в СБК определяется программами обучения приемам самостоятельной жизни. Программы включают 2 блока: «Я живу сам» (гигиена, питание, уход за жилищем.) и «Я — среди людей» (общение с внешними службами — сферой торговли, службами быта, почтой, поликлиникой и т. д.). Программы разработаны педагогами школы. Обучение проводит социальный педагог, который составляет план занятий по группам.

Главной целью является научить детей планировать свою деятельность, анализировать ошибки, поэтому день в СБК начинается в 16 часов с обсуждения проблем в «кругу». Дети собираются в столовой вместе с педагогом и обсуждают планы на следующий день: кто чем конкретно будет заниматься. Планируют, что они будут готовить на ужин и завтрак, кто пойдет в магазин. Составляется необходимый перечень продуктов, вместе с социальным педагогом делается предварительный расчет денег. Прежде чем идти в магазин, социальный педагог предлагает учащимся алгоритм действия («Готовим сами»), предварительные цены на продукты. Возвратившись из магазина, дежурный изучает рецепт блюда по книге рецептов или пиктограмме и далее под контролем воспитателя (сильные учащиеся) или с помощью воспитателя (слабые учащиеся) готовит ужин. Меню — разнообразное, учитываются пожелания всех проживающих, исходя из имеющихся средств. Второй воспитатель с группой молодых людей занимается уборкой, стиркой или утюжкой белья. Предлагаются также алгоритмы действий. Психолог в это время проводит занятия по коррекции недостатков, развитию коммуникативных функций. Одну из групп забирает социальный педагог, который в специально оборудованной комнате проводит занятия в виде социальных тренингов.

Основным приемом обучения в СБК является социальный тренинг. Социальный тренинг — это тренировка поведения в обычных, повседневных ситуациях, таких как поездка в автобусе, поход в магазин, кафе, кино, посещение почты, поликлиники, химчистки и т. д. Это спланированная

и систематичная программа, и здесь речь идет о достаточно сложных действиях, чаще всего затрагивающих контакты с «обществом» в лице водителя автобуса, продавца, официантки и т. д.

В школе на уроках дети учатся вышеперечисленным навыкам, а в СБК повторяют материал уроков и закрепляют эти навыки. Например, на уроках ОБЖ,

311

речи и культуры общения, математики, социально-бытовой ориентации рассматриваются вопросы поведения в транспорте, переход улицы, выбор оптимального маршрута следования, затраты на транспорт, оплату коммунальных услуг.

Как строится социальный тренинг?

Для каждого человека разрабатывается индивидуальная тренинговая программа, основанная на следующих вопросах:

— Какой социальный опыт имеет человек?

— Чему бы он хотел научиться в первую очередь?

Для того чтобы социальный тренинг был эффективным, для него нужно использовать любую возможность, и он должен сопровождаться систематическими упражнениями. Сначала ребенку предлагается алгоритм поведения на табличках. Например, в сфере бытового обслуживания (парикмахерская, мастерская по ремонту обуви, часов, предметов быта, химчистка):

— Добрый день!

— Здравствуйте!

— Я хотел бы...

— Могу ли я...

— Отремонтировать часы (обувь, утюг и т. д.).

— Не могли бы вы мне помочь (пришить бирку).

— Сколько это будет стоить?

— Спасибо!

— Благодарю!

— До свидания.

Для лиц с умеренной умственной отсталостью, не умеющих читать, алгоритм действия представлен в виде пиктограмм.

Затем идет тренинг в виде сюжетно-ролевой игры, где создается необходимая ситуация, которая отрабатывается несколько раз. Далее молодой человек вместе с социальным педагогом посещает учреждение, по которому проводился тренинг.

Задача состоит в том, чтобы этот навык стал устойчивым. Необходимо перенести этот социальный опыт в условия семьи. Поэтому социальный педагог на выходные дни или каникулы дает домашнее задание и алгоритм действия в какой-либо ситуации. Родители должны зафиксировать результат и возвратить карточку с пометкой «выполнил» или «не выполнил», отмечая, какие были затруднения у ребенка.

Для проведения социального тренинга необходимо соблюдение следующих условий:

1. Социальный тренинг должен иметь конкретные формы, так как у людей с нарушением в развитии ограничены способности восприятия на слух. Вместо этого они должны подражать или сами выполнять разные задания с помощью наставника или в виде пиктограмм, чтобы овладеть каким-либо навыком.

2. Обязательное обучение в реальных условиях, так как людям с нарушением в развитии очень сложно перейти от возможной ситуации к настоящей. Это значит, что закрепление нового проводится прямо в общественных учреждениях (во время экскурсий).

312

3. Повторение — варьирование также необходимо, так как многие люди с нарушением в умственном развитии отличаются неспособностью обобщать полученные знания. Если такой человек научился покупать хлеб, то это не значит, что он может купить другой продукт. Даже если ситуации похожи, мы все равно тренируем ребенка в каждой конкретной ситуации.

4. Необходимо также разделять навыки на отдельные моменты. Обучение продвигается маленькими шажками. Перед тем, как начать социальный тренинг, воспитатель тщательно продумывает, на какие составляющие он подразделяется. Например, поход в кино:

□ выбор фильма,

□ дорога до кинотеатра,

□ покупка билета,

□ нахождение входа,

- О показ билета контролеру,
- П нахождение нужного ряда и места,
- П просмотр фильма;
- возвращение домой.

Этот алгоритм сначала прорабатывается в учебной комнате, а затем непосредственно в кинотеатре.

5. Обучение ведется только индивидуально, так как неудачи «на людях» усиливают уверенность человека в том, что он неполноценный, не такой как все.

Один из способов — это дать возможность повторять за взрослым, не привлекая внимания со стороны. Например, воспитатель делает покупку первым или первым выбирает место в кафе. Здесь важно научить некоторым и простым «ходам», чтобы правильно выйти из трудного положения. Если человеку тяжело считать деньги, то его можно научить при покупке газеты давать продавцу десятку, а при покупке билета в кино — 50 рублей. Тем, кто плохо читает, чтобы прочесть меню в кафе, важно знать, что есть «дежурное блюдо». Есть простое правило, которое можно запомнить: если что-то непонятно, нужно посмотреть, как делают другие.

6. Во время проведения социального тренинга необходимо развивать умение принимать самостоятельное решение.

Это тоже важный момент в обучении, так как многие становятся пассивными, замечая, что их собственные предложения не принимаются во внимание. Поэтому важно активизировать людей, проходящих обучение. Необходимо дать возможность принимать все решения, которые они в состоянии принять (самим решить, кому послать открытку, что есть в столовой, какую сделать прическу и т. д.).

Социальная гостиница и социально-бытовой комплекс РиМ в своей деятельности являются эффективными формами подготовки молодых инвалидов к самостоятельной жизнедеятельности при сопровождении и поддержке специалистов и родителей.

313

9.4. СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР КАК МОДЕЛЬ ПОДДЕРЖИВАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА

Помимо перечисленных моделей поддерживаемого проживания особый интерес вызывает опыт социально-трудовой реабилитации и адаптации детей с нарушением интеллекта в условиях детского дома-интерната для детей-инвалидов.

Рассмотрим особенности работы центра реабилитации при детском доме-интернате № 1 г. Петродворца.

Целью деятельности центра является стремление наиболее полно помочь через призму коррекционной работы адаптации и интеграции воспитанников в обычную рабочую и социальную среду здоровых людей, а также создать возможность для самореализации, максимального использования своих возможностей и получения удовлетворения от сделанного, способствовать ощущению своей полезности, созданию чувства радости жизни.

Концепция развития центра предполагает использование как старых, традиционных, так и современных форм обучения и воспитания для успешного решения задач реабилитации, обеспечения целенаправленного процесса интеграции воспитанников в общество.

Цель и содержание воспитания — помочь детям стать максимально самостоятельными. Планы, программы воспитания (образования) направлены на достижение наиболее выраженной степени независимости детей, так как при этом условии они будут полнее включены в нормальную жизнь. Педагог должен сформировать поведенческие навыки, создать положительную атмосферу, дать детям возможность через соприкосновение с природой, музыкой, фольклором ощутить собственную принадлежность к миру, к обществу, найти пути становления личности больного ребенка, во благо используя законы природы.

Вся работа центра направлена на изучение индивидуальных психофизических особенностей ребенка и развитие его потенциальных возможностей, а также учета особенностей каждого класса (группы) для прогноза реабилитации и профессиональной подготовки воспитанников.

Основные положения педагогической работы в центре:

1. Все дети обучаемы, все способны к воспитанию и развитию.
2. Процесс обучения является двусторонним процессом, поэтому необходимо учитывать взаимосвязь и отдачу (обратную связь).

3. На основе сохранных психических функций и положительных качеств строить процесс формирования личности ребенка, нейтрализуя то, что мешает в нем самом и вокруг него, а также

учитывать и признавать его индивидуальные потребности и особенности, развивать личность, ее положительные качества.

4. Создавать эмоционально положительное отношение к ребенку, оптимистичное, но и реалистичное отношение ко всем воспитанникам.

314

5. Формировать правильное представление о жизни. Дать детям знания о мире, хотя бы в элементарной форме, о его культурном наследии.

6. Развивать навыки общения, понимания отношений между детьми и взрослыми, между самими детьми, что необходимо для установления общего доброжелательного климата.

7. Создавать социальные контакты, исключать беспомощность в решении ряда обычных жизненных ситуаций.

Участие педагога в коррекции общего развития ребенка является неизбежным и тем более интенсивным, чем больше выражен дефект ребенка. Следует учитывать, что среда обитания детей с нарушением интеллекта бывает в определенном смысле часто патологической и не дает ребенку достаточно импульсов для его удовлетворительного развития.

Постоянное стремление создавать педагогически целесообразные отношения с умственно отсталым ребенком является основным и мотивирующим аспектом деятельности центра. Без этих контактов «интимного сближения» работа бывает, как правило, безуспешной. В процессе специального обучения ребенок получает не только систему знаний и трудовых умений, но они становятся для него средством создания позитивного отношения к самому себе и проверкой его физических и психических возможностей.

Следует создавать у детей правильное представление о жизни, о себе и своих возможностях, учить устанавливать социальные контакты.

В работе центра важен учет не только состояния среды, взаимоотношения субъектов и объектов коррекционного процесса, климат всего коллектива на всех его ступенях, но и государственная и местная политика по вопросам обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта, их дальнейшей судьбы, трудоустройства, а также отношение общественности к таким учреждениям.

9.4.1. Содержание учебно-воспитательной работы в центре

Содержание всей учебно-воспитательной работы направлено на то, чтобы помочь ребенку как можно успешнее социализироваться в пределах, данных характером дефекта, приспособив его тем самым к широкому участию в труде. Речь идет, в сущности, о преодолении недостатков развития ребенка путем всего учебного процесса, то есть о творческом освоении природных, социальных реальностей и вытекающих из этого действий педагога.

Применение адекватных программ и методов обучения детей с тяжелым нарушением интеллекта в соответствии с их возможностями и целью воспитания, заключенной в максимальной психолого-педагогической реабилитации, социальной трудовой адаптации и интеграции в общество, — важнейшее условие для развития их познавательной деятельности. Необходимо применять такое коррекционно-развивающее обучение умственно отсталых детей, при котором у них осуществляется элементарный перенос знаний, возникает возможность использования их для решения новых аналогичных задач. Для достижения такого эффекта обучение должно быть рассчитано на актуальный уровень

315

развития детей и возможности зоны ближайшего развития, должно основываться на ведущей деятельности каждого возрастного периода.

Поскольку обучение и воспитание этих детей должно способствовать выявлению их потенциальных возможностей с целью подготовки к доступным для них видам труда, то содержание учебного процесса базируется на конкретных видах практических занятий, способствующих социальной адаптации, а именно: предметно-практическая деятельность, ручной труд, творческий труд, предметные уроки и экскурсии, занятия бытовым трудом и трудом в производственных мастерских, сельскохозяйственным трудом.

Кроме того, важным является то, что психокоррекционные программы для умеренно и тяжело умственно отсталых детей должны отвечать задачам их комплексной психолого-медико-педагогической реабилитации, то есть наиболее эффективно развивать у них речь, мышление, двигательную сферу, эмоционально-личностные качества. При этом такие основные виды учебных занятий, как обучение детей чтению, письму, счету, не должны иметь ведущего места в общей системе образования умственно отсталых детей, поскольку, как показывает отечественный и

зарубежный опыт специальной педагогики, даже научившись читать и писать, эти дети не могут самостоятельно использовать данные навыки и умения в своей практической деятельности.

Главной задачей на разных этапах обучения умственно отсталых детей является не достижение определенного уровня образованности, как для нормально развивающихся детей, а достижение максимально возможной реабилитации и адаптации к практической жизни в окружающей социальной среде.

При создании концепции организации центра социально-трудовой реабилитации и адаптации детей-инвалидов с тяжелым нарушением интеллекта на базе детского дома-интерната № 1 г. Петродворца был использован многолетний опыт и разработки новых форм и методов обучения и воспитания этой категории детей, которые уже более 25 лет совершенствуются и развиваются в практической деятельности и привели к созданию комплексной реабилитационной программы. Программа включает несколько разделов: умственное, эстетическое, физическое, трудовое и эмоционально-личностное воспитание.

Во всех авторских программах материал расположен по принципу усложнения и увеличения объема информации. Поскольку глубоко умственно отсталые дети имеют разные возможности к обучению и сроки их обучения варьируют в зависимости от степени нарушения интеллекта, в программах не указаны классы, для которых они предназначены, а указан лишь год обучения. Это сделано специально для того, чтобы каждый педагог мог творчески интерпретировать программы для конкретных детей конкретного класса или группы.

9.4.2. Структура центра

Структура центра представлена двумя подразделениями: 1. Специальная (коррекционная) школа-интернате индивидуальным обучением и ранней профориентацией (многовариантные образовательные и коррекционные программы).

316

2. Реабилитационный центр социальной и профессионально-трудовой подготовки.

Специальная (коррекционная) школа-интернат.

Основные задачи школы-интерната:

□ осуществление индивидуального обучения: многовариантные образовательные программы в зависимости от степени интеллектуального дефекта (коррекционно-развивающие, компенсирующие, абилитационные);

□ разработка и реализация адекватных форм и методов психолого-педагогической коррекции;

□ углубленная психолого-педагогическая диагностика учащихся;

□ разработка и осуществление дифференцированных форм социально-педагогической реабилитации во внеучебное время (развитие творческих трудовых интересов учащихся с учетом их возможностей).

Возрастной диапазон приступающих к школьному обучению умеренно и тяжело умственно отсталых детей практически довольно широк. Это дети 7—8 лет и старше — вплоть до 10—12 лет. Основная масса детей — в возрасте 8—10 лет. Время начала обучения часто на практике определяется не возрастом, а степенью выраженности дефекта. Чем сильнее выражен дефект, тем обычно позже начинают обучать ребенка, хотя такой подход, разумеется, нельзя считать правильным. Обучение ребенка с нарушением интеллекта, как и любого ребенка с отклонениями в развитии, должно начинаться как можно раньше, но по своему содержанию и методам должно соответствовать его индивидуальным возможностям.

Профиль классов и количество параллелей планируется исходя из реальных потребностей. Наполняемость классов — не более 5—6 человек.

В школе-интернате создается комплекс социально-трудовой реабилитации, он имеет:

□ социально оборудованные классы по видам обучения; П мастерские (столярные, слесарные и др.).

Задачами комплекса являются:

П диагностика возможностей детей с целью адаптации к тому или иному виду трудовой деятельности;

□ поиск и разработка методов адекватного психолого-педагогического воздействия на учащихся, отстающих в психическом развитии и испытывающих дефицит трудовых навыков и умений;

О формирование общей грамотности, развитие навыков и умений — прежде всего, бытового характера.

Комплекс состоит из 2 групп:

1) групп социально-бытовой ориентации (подготовительные группы для детей 6—9 лет, наполняемость каждой группы — 5—8 человек). Основная задача этих групп — подготовка к школе и развитие основных бытовых и гигиенических навыков;

317

2) групп школьников, осваивающих основные образовательные трудовые навыки согласно комплексной экспериментальной программе реабилитации детей с нарушением интеллекта.

В школе-интернате функционирует лечебно-профилактический комплекс, который предназначен для осуществления диагностических, коррекционных, лечебных и оздоровительных мероприятий в процессе обучения и воспитания. Он состоит из психокоррекционного и лечебно-оздоровительного отделов.

В психокоррекционном отделе проводится психологическая и клиническая диагностика особенностей развития ребенка. Здесь же дети могут получить различную психотерапевтическую помощь — индивидуальную и групповую, проводятся занятия по профилактике и коррекции нарушений поведения. При необходимости дети получают поддерживающую медикаментозную терапию.

Лечебно-оздоровительный отдел осуществляет профилактические оздоровительные мероприятия, включающие диетическое питание, фитотерапию, лечебную физкультуру и массаж.

Реабилитационный центр социальной и профессионально-трудовой подготовки лиц с нарушением интеллекта.

Реабилитационный центр создается для умственно отсталых лиц с 13 до 40 лет, так как для подросткового возраста необходима дальнейшая социальная адаптация и профессионально-трудовая подготовка по специальным программам.

Центр дает возможность выбрать профессию с учетом склонностей, интересов и психических возможностей подростков с опорой на уровень знаний, умений и навыков, полученных ранее в процессе школьного обучения.

Реабилитационный центр предусматривает подготовку по следующим специальностям: швей-мотористка; штукатур-маляр; слесарь-сантехник; столяр-плотник; санитарка-уборщица; подсобный работник сельскохозяйственного труда (садовник, огородник, кроликовод); слесарь-сборщик; грузчик; дворник; кухонный рабочий; прачка; посудомойка; рабочий-картонажник и другие.

Широкий спектр специальностей позволит решить проблему трудоустройства таких людей, а также помочь городу в обеспечении работниками «непрестижных» профессий.

Жизнь в условиях реабилитационного центра позволит решать задачи интеграции лиц с тяжелым нарушением интеллекта в общество и предупреждать возможность асоциальных проявлений.

Реабилитационная работа в центре состоит из 2 этапов.

I этап — пропедевтический, он ориентирован на воспитанников с 13 до 16 лет. На этом этапе проводится школьное обучение с профориентацией, с акцентом на трудовое обучение.

II этап — основной, ориентирован на лиц с 16 до 40 лет. Осуществляется реабилитационная работа по направлениям актуализации социального опыта, профориентации, совершенствованию трудовых профессиональных навыков, рациональному трудоустройству.

318

Задачи Реабилитационного центра

1. Разработка перспективных форм ориентации учебно-воспитательного комплексного адаптационного процесса.

2. Определение структуры и методик работы психолого-педагогической и медико-оздоровительной служб, обеспечивающих индивидуальное сопровождение воспитанников в процессе коррекционной работы.

3. Внедрение учебных программ, направленных на развитие у воспитанников устойчивых трудовых и социально-бытовых навыков.

4. Осуществление профессиональной ориентации.

5. Оказание лечебно-профилактической помощи.

6. Организация рационального трудоустройства лиц, окончивших обучение.

7. Создание технических, методических и социально-бытовых условий для успешного осуществления адаптационных процессов, включая профессионально-трудовое воспитание и обучение, интеграцию воспитанников в общество.

8. Отработка принципов подготовки и подбора персонала, осуществляющего работу с данным контингентом.

Функции Реабилитационного центра

1. Прием лиц с проблемами умственного развития и организация условий для их адаптации к новой обстановке.
2. Организация рационального питания проживающих с учетом состояния здоровья.
3. Общеобразовательное, трудовое и профессиональное обучение в соответствии со специальными программами.
4. Трудовое устройство лиц, прошедших обучение, при наличии трудовой рекомендации ВТЭК:

- 1) на промышленные предприятия;
- 2) на предприятия жилищно-коммунального и бытового обслуживания;
- 3) на штатные должности в учреждения социального обеспечения;
- 4) в учреждения здравоохранения и др.
5. Организация совместно с лечебно-профилактическими учреждениями:
 - 1) диспансеризации;
 - 2) лечения;
 - 3) консультативной помощи.
6. Проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.
7. Организация культурно-массовой работы.
8. Проведение оздоровительной и спортивной работы совместно с физкультурно-оздоровительными учреждениями.

Условия приема, содержания и выписки из Реабилитационного центра В Реабилитационный центр принимаются лица с умственной отсталостью в возрасте от 13 до 40 лет, способные к обучению элементарным навыкам.

319

Все лица, имеющие показания к пребыванию в Реабилитационном центре, принимаются независимо от наличия родственников, обязанных по закону их содержать.

Противопоказаниями к приему в Реабилитационный центр являются:

умственная отсталость, сочетающаяся с выраженными психопатологическими расстройствами и психопатоподобным поведением;

И умственная отсталость с частыми пароксизмальными проявлениями;

умственная отсталость, осложненная хроническим алкоголизмом и наркоманией;

П умственная отсталость, сочетающаяся с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Формированием контингента Реабилитационного центра занимается отборочная комиссия, в состав которой входят: директор (председатель), заместитель директора по медицинской части, заместители по учебно-воспитательной и учебно-производственной работе, врачи-психиатры (зав. отделениями), специальный педагог, психолог, а также представитель городского Комитета социальной защиты.

При выявлении в процессе пребывания в Реабилитационном центре у инвалида состояния, являющегося противопоказанием для пребывания в Центре, он по заключению отборочной комиссии выводится изданного учреждения.

На каждого поступающего в Реабилитационный центр заводятся:

1) личное дело, в котором хранятся: путевка, направление, заявление инвалида, пенсионное удостоверение, трудовая книжка, а для лиц, поступающих на постоянное пребывание:

2) паспорт;

3) история болезни, к которой приобщаются: медицинская карта, заключение отборочной комиссии Реабилитационного центра, справка ВТЭК, а также все медицинские документы, оформленные во время пребывания инвалида в Реабилитационном центре;

4) карта социально-трудового прогноза, в котором отражается динамика овладения профессионально-трудовыми и социально-бытовыми навыками, формулируется заключение о возможностях использования полученных знаний и умений в народном хозяйстве, а также об интересах и склонностях инвалида в предстоящей трудовой деятельности и самостоятельной жизни.

Лицам, находящимся в Реабилитационном центре на постоянном пребывании, ежемесячно выплачивается 10% назначенной пенсии или пособия.

В случае болезни и лечения в домашних условиях лицам, находящимся на пятидневном или дневном пребывании, пенсия выплачивается в полном объеме за все дни болезни на основании медицинских документов и справки, выданной в Реабилитационном центре.

Обеспечиваемым, привлекаемым к работе в лечебно-производственных мастерских, спеццехах, выплачивается 75% стоимости выполненных работ, с зачислением остальных 25% на счет специальных средств. Эти средства расхо-

320

дуются на дополнительное культурно-бытовое обслуживание и питание всех обеспечиваемых.

Лицам, плохо разбирающимся в денежных знаках, выдача денег производится в присутствии инструктора по труду, который проверяет правильность выплаченной суммы и расписывается за неграмотных.

Администрацией Центра, педагогическими и медицинскими работниками организуется контроль за правильным и целесообразным расходованием заработанных средств теми лицами, которые в силу особенностей заболевания не могут рационально расходовать заработанные деньги.

Лица, находящиеся на постоянном проживании в центре, закончившие обучение и получившие профессиональную подготовку, в зависимости от уровня социально-бытовой приспособленности могут быть выписаны к родственникам, опекунам по их заявлению.

Не имеющим родственников предоставляется жилплощадь. Они могут переводиться в другие дома-интернаты с соответствующими рекомендациями.

Администрация осуществляет опеку над лицами, проживающими в Центре и трудоустроенными на промышленные предприятия, учреждения; контролирует условия их труда и оплаты, а также осуществляет помощь в решении жилищно-бытовых и правовых проблем умственно отсталым лицам, прошедшим обучение в центре, проживающим по месту жительства родственников (опекунов) и трудоустроенным.

При выбытии из Реабилитационного центра инвалиду выдается закрепленная за ним одежда и белье по сезону, все личные вещи и ценности, хранящиеся в центре, а также следующие документы:

- 1) справка с указанием срока пребывания в Реабилитационном центре;
- 2) свидетельство об окончании курса обучения с указанием условий и характера труда;
- 3) справка ВТЭК о группе инвалидности;
- 4) паспорт;
- 5) трудовая книжка;
- 6) пенсионное удостоверение.

9.4.3. Организация образовательного и профессионально-трудового обучения

Образовательное и профессионально-трудовое обучение, воспитательная работа должны быть направлены на обучение лиц с умственной отсталостью элементарным профессиям, а также на формирование у них навыков социального поведения, необходимых для самостоятельного проживания в обществе, знаний об окружающем их мире.

Перед началом обучения приемная комиссия на основании медицинского, психологического и педагогического обследования, а также с учетом интересов, склонностей и умений инвалида определяет ему тот или иной вид трудового обучения.

321

Производственная практика обучающихся организуется в учебно-производственных мастерских Реабилитационного центра, в учреждениях и предприятиях системы социального обеспечения, здравоохранения, жилищно-коммунального и бытового обслуживания, а также на промышленных предприятиях.

Лицам, не усваивающим программу обучения в Реабилитационном центре, по решению квалификационной комиссии может быть рекомендовано обучение другой профессии или перевод в психоневрологический интернат.

За месяц до окончания учебного года проводятся контрольные занятия для определения степени усвоения профессиональных, трудовых и социально-бытовых навыков.

После прохождения контрольных занятий каждый обучающийся аттестуется квалификационной комиссией, заключение комиссии оформляется протоколом.

В случае низкой профессиональной и трудовой подготовки допускается возможность продления курса обучения или его повторного прохождения.

Заключение о приобретении обучающимся профессии с выдачей удостоверения дается квалификационной комиссией.

9.5. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В СИСТЕМЕ ПОДДЕРЖИВАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ

Подготовка к независимому проживанию взрослых детей является достаточно сложной и для родителей.

В формировании и становлении личности ребенка с нарушением интеллекта первостепенная роль принадлежит его семье, наличие в ней благоприятного, здорового психологического микроклимата, правильно протекающих процессов взаимопонимания между родителями и детьми. Нарушение межличностных отношений в семье влияет на развитие психического и социального здоровья ребенка.

Непонимание причин и психических особенностей ребенка с отклонениями в интеллектуальном развитии ведет к дискомфорту психического состояния ребенка, пагубно влияет на его эмоционально-личностное развитие. Отсутствие учета родителями индивидуальных особенностей развития детей приводит к искаженному восприятию и непониманию ребенка родителями. Приписывая ребенку личную и социальную несостоятельность, представляя его неуспешным, неприспособленным, родители не доверяют ему, считают маленьким неудачником. В связи с этим родитель старается либо оградить ребенка от трудностей жизни, чрезмерно опекая его, либо строго контролиро-

322

вать его социальные достижения, требуя при этом социального успеха. Такие особенности в межличностных отношениях родителей и детей приводят к дискомфорту психического состояния ребенка, вызывая у последнего тревожность, чувство неполноценности и конфликтность с семьей. Для преодоления выявленных проблем в общении родителей с детьми, предотвращения негативного влияния на психическое здоровье ребенка необходима реабилитационная работа со всей семьей.

Реабилитационная работа должна строиться по трем направлениям:

- работа с родителями;
- работа с детьми;
- работа с семьей в целом.

В каждом направлении используются индивидуальные и групповые формы работы.

9.5.1. Реабилитационная работа с родителями

Помощь детям с нарушением интеллекта заключается, прежде всего, в оказании поддержки их родителям. Такая поддержка должна быть направлена на развитие у них уверенности, обеспечение их реальных потребностей, общественное признание, оценку и развитие саморегуляции.

Родители, воспитывающие умственно отсталых детей, страдают от недостатка информации по многим вопросам развития таких детей и их воспитания. Опыт работы с детьми, имеющими проблемы в развитии, показал, что их родителей интересуют вопросы организации общения ребенка с другими, приспособления к окружающему миру, обеспечения ему достойного будущего, наиболее эффективной помощи.

Потерявшие уверенность в себе родители не могут правильно организовать процесс воспитания в результате растерянности, разочарования, дезориентации в расстановке приоритетов и слабой морально-психологической поддержки со стороны медиков, психологов и социальных служб.

Цель работы с родителями — знакомство с индивидуальными и возрастными особенностями развития умственно отсталого ребенка, причинами возникновения интеллектуального недоразвития, влиянием неверной родительской позиции в отношениях с детьми на психическое здоровье ребенка.

Результатом реабилитационной работы должно стать: знание и понимание ребенка родителями, принятие его таким, какой он есть.

Реабилитационный процесс работы с семьей включает 3 блока: просветительский, консультативный и собственно коррекционную работу.

Задачей *просветительского блока* коррекционной работы с семьей является ознакомление с основными закономерностями развития ребенка, с индивидуально-психическими особенностями, с фактами и причинами, обусловившими нарушение онтогенеза. Для ликвидации психолого-педагогической неграмотности родителей организуются «Родительские лектории», «Клубы семейной педагогики», «Родительские семинары» и др.

323

Консультационный блок представлен индивидуальной формой работ с семьей. Организация «Консультативных центров для родителей», «Телефонов доверия» должна помочь родителям найти

ответы на имеющиеся вопросы, получить систему рекомендаций по построению благоприятных отношений в семье.

Индивидуальные консультации могут проводить психологи, медики, педагоги. Возможно консультирование родителей на совместных консилиумах всеми специалистами сразу.

Собственно коррекционная работа направлена на создание в семье оптимальных условий для развития ребенка. В данном блоке используются:

1) беседа с каждым членом семьи, с обоими родителями, со всей семьей — семейная психотерапия;

2) игровые сеансы для родителей и детей;

3) групповые занятия с родителями, с детьми;

4) организация групп взаимопомощи для родителей;

5) проведение совместных вечеров (дел) родителей с детьми.

В беседах с родителями обсуждается опыт налаживания взаимоотношений на основе устранения таких особенностей родительского отношения, как низкое уважение ребенка, негативизм, агрессия или пассивность по отношению к ребенку, эмоциональная холодность, раздражение. Содержание бесед составляют также следующие вопросы: удовлетворение потребности ребенка в любви со стороны родителей; притязания родителей и возможности ребенка; охранительный режим воспитания в семье для ребенка с проблемами в развитии. Беседы с обоими родителями могут выливаться в семейные дискуссии. В процессе семейной психотерапии могут использоваться такие приемы, как заключение контракта родителей с детьми, инверсия ролей.

Беседы способствуют нормализации эмоциональных связей, усилению внутренних ресурсов семьи в целом и ее членов, что помогает преодолеть возникшие нарушения в межличностном общении.

Эффективным методом для решения задач коррекции отношений родителей с детьми является *игротерапия*. Эффективность метода определяется особенностями игры. Игра предоставляет человеку возможность занять позицию субъекта деятельности, позволяет моделировать различные ситуации. Игротерапия детско-родительских отношений позволяет родителям лучше понять ребенка, увидеть себя со стороны, почувствовать эффективность своего отношения к ребенку. Эффективно использовать в коррекционных родительских группах и детских группах проигрывание ролей, театротерапию. Творчество является разновидностью поисковой активности, направлено на изменение ситуации или изменения самого субъекта, его отношения к ситуации. Фридрих Шиллер заметил: «Только в игре ребенок становится человеком». Взрослый тоже.

Групповые родительские занятия помогают освоить терапевтический подход родителей к ребенку. Цели и формы групповой работы ограничены родительскими проблемами. Задачи личностного развития членов группы не ставятся. Группа обсуждает проблемы воспитания детей и общения с ними:

324

повышение внимания родителей к ребенку, выработка более адекватного представления о детских возможностях и потребностях, продуктивная реорганизация арсенала средств общения с умственно отсталым ребенком.

Коррекционные группы родителей должны быть постоянными, не превышать 10 человек, объединяться общностью проблемы. В родительских группах практикуются разнообразные методы психокоррекции: дискуссии, психодрамы, анализ ситуаций, поступков, действий детей, а также специальные упражнения по развитию навыков общения.

Метод групповой дискуссии, используемый в группе, повышает психолого-педагогическую грамотность родителей, их общую сенситивность к ребенку, его проблемам, позволяет сформировать индивидуальные стереотипы воспитания. По мере развертывания дискуссии в нее можно включить элементы проигрывания ситуаций и «видеокоррекций».

Метод анализа поступков детей и родителей основан на составлении реестра этих поступков и их классификации на положительные и отрицательные с последующей характеристикой поведения в одной и той же ситуации родителей, принимающих и не принимающих своего ребенка.

Параллельно в отдельных группах должна вестись работа по психологической поддержке родителей, изменению их самооценки. Чувства родителей умственно отсталого ребенка могут варьировать от шока и отчаяния до ощущения собственной вины в болезни ребенка. Родители сосредоточивают свое внимание на проблемах ребенка до такой степени, что часто забывают о самом ребенке. Они не замечают его хороших качеств. Родители легче будут воспринимать ситуацию, если будут знать, что они не одни. Возможно создание групп взаимопомощи родителей,

«Творческих мастерских родителей», имеющих общие или сходные проблемы и нужды. Каждый участник такой группы не только принимает помощь других, но и ее осуществляет, активизируя и развивая для этого собственные ресурсы и силы.

Коррекционная работа с родителями в форме «Родительского семинара» позволит обсуждать типичные ошибки родителей в воспитательных воздействиях и установках, вырабатывать конкретные рекомендации по их коррекции. Наиболее типичными ошибками родителей являются:

1) излишне негативная оценка деятельности ребенка, что влечет за собой неуверенность в себе, нежелание еще раз попробовать помочь ребенку сделать то, что у него не получилось или получилось плохо;

2) распространение негативной оценки отдельных сторон деятельности ребенка на всю его личность, что приводит к ускорению формирования у него комплекса неполноценности и углубления этого комплекса, который в силу сложившихся обстоятельств легко возникает и без родительского отношения;

3) негативная эмоциональная окраска высказываний, обращенных к ребенку. Как уже отмечалось ранее, эти дети очень чувствительны, и поэтому любой резкий окрик или угрожающие интонации способны вызвать у них сильные переживания и быть причиной развития нервных расстройств;

325

4) противопоставление ребенка, его дел или поступков сверстникам, в особенности здоровым детям. В силу эмоциональной восприимчивости этих детей такие сравнения оказывают психотравмирующее воздействие;

5) отсутствие системы взаимоотношений с ребенком, в которой он может воспринимать себя благоприятно, как норму, и нормально реагировать на чужие успехи без снижения самооценки;

6) несоответствие (завышение) психологической нагрузки на ребенка, в процессе его социальной адаптации, его возможностям;

7) резкие переходы от родительских, только положительных оценок к отрицательным, от их наказующего тона к ласковому задабриванию.

Результатом необходимых коррекционных воздействий должно быть исправление ошибок, развитие контроля у родителей за своим общением с детьми, за своими эмоциями и их внешними проявлениями.

В связи с появлением умственно отсталого ребенка в семье у родителей в условиях тяжелого семейного горя вырабатывается новая жизненная ориентация. Зная ее наличие и правильно квалифицируя, удастся учесть ее влияние на процесс лечения и реабилитации ребенка, а также дать соответствующие советы и назначения для родителей.

Ни в коем случае нельзя рассматривать умственную отсталость как безнадежное состояние и предлагать родителям прекратить борьбу за улучшение развития ребенка, воспитание его личностных качеств.

9.5.2. Организация общения и совместной деятельности родителей с детьми

Проведение совместных вечеров (дел) родителей с детьми является эффективным реабилитационным методом. В процессе совместных действий, благодаря общности цели и интересов, родители сближаются с детьми, они переживают благоприятную атмосферу сотрудничества, ощущения удовлетворения от проделанного дела, а значит, от общения друг с другом. Наблюдая за достижениями детей, успешностью, состоятельностью ребенка в данном деле, у родителей формируется эмоционально положительное отношение к ребенку, принятие его таким, какой он есть. С этой целью рекомендуется устраивать совместные праздники детей и родителей, приглашать на творческие выставки и конкурсы.

Нетрадиционные формы организации родителей и их детей, как показала практика, могут дать прекрасные результаты. Например, одной из таких форм является объединение семей по территориальному признаку в «клубы по интересам». Родители детей в удобное для них время вместе собираются «у самовара», отмечают дни рождения и другие праздники, делятся опытом. С интересом посещают занятия различной тематической направленности, которые проводятся как для родителей, так и для их детей.

326

9.5.3. Реабилитационная работа с детьми-инвалидами

Снижение интеллекта человека не означает ущербности личности и изъятия из общества, это лишь ограничение тех средств, с помощью которых личность может общаться с миром и тем самым

определенным образом проявляться. Чем более выражена степень умственной отсталости, тем затруднительнее общение и тем большая помощь необходима со стороны семьи и общества.

В самом неблагоприятном случае умственно отсталый человек может провести всю свою жизнь в специальном учреждении. Работа, лечение, образование — все в жизни таких людей происходит в рамках этих специальных учреждений. У умственно отсталого ребенка нет никаких возможностей для контакта с миром «нормальных» людей. Быть умственно отсталым означает, что человеку требуются какие-то специальные услуги, но это не значит, что человек должен прожить свою жизнь в стенах интерната. Нужно увеличить материальную и моральную помощь семьям, где есть умственно отсталые и изменить отношение к ним в обществе, тогда умственно отсталые дети смогут жить со своими родителями до достижения того возраста, когда дети обычно покидают свой дом. По достижении этого возраста они могут переселиться в небольшой приют для взрослых или в собственную квартиру. В этом случае появится возможность учитывать не только минимальные материальные потребности, но и психологические тоже.

Альтернативным типом интернату может быть, к примеру, жилой дом на четыре-пять человек. Есть опыт в ряде стран, например, в Финляндии, который показывает, что такие дома могут работать иначе, чем большие интернатные учреждения. Подобные структуры дают хорошие результаты, а именно:

- 1) небольшие группы детей, взрослых и персонал имеют больше возможностей для близкого общения;
- 2) персонал более активно участвует в решении жизненных проблем, несет большую ответственность за принятые им решения;
- 3) такая обстановка дает возможность умственно отсталым пациентам проявить свои способности и умения.

Очень важным направлением социальной интеграции является понимание родителей здоровых детей, а также и общества в целом — общественного признания прав людей с интеллектуальными недостатками. Конечно, решить эту задачу не в наших силах, но внести вклад в ее решение можно. Важно, чтобы люди, работающие с такими детьми (взрослыми), видели перед собой задачу, стремились ее понять и решить. Судьба человека во многом также определяется уровнем его адаптивности — врожденной и приобретенной способности к адаптации, то есть приспособлению ко всему многообразию жизни при любых условиях. Уровень адаптивности повышается или понижается под воздействием воспитания, условий и образа жизни.

Таким образом, главная задача родителей, врачей, педагогов, психологов и социальных работников предельно проста: мы не можем дать людям с ограниченными интеллектуальными возможностями другого полноценного здоровья — значит, должны дать им другую полноценную жизнь.

327

Индивидуальная и групповая работа с детьми должна быть направлена на коррекцию психического состояния ребенка (тревожность, конфликтность, собственная неполноценность), а также гармонизацию отношений с родителями.

Для коррекции психического состояния ребенка применяются различные методы: психодрама, театротерапия (зарисовки, этюды), игротерапия, тренинговые индивидуальные и групповые занятия. Группы детей формируются по общности нарушений эмоционально-личностного развития ребенка: по общности интересов и симпатий детей.

Кроме этого, работа по социальной адаптации учеников, проводимая педагогами и воспитателями на занятиях в школе, также направлена на коррекцию общения ребенка со взрослыми, членами семьи, на формирование более правильного понимания мира взрослых.

В организации психолого-педагогической коррекции нарушений межличностных отношений родителей с детьми необходимо соблюдать основной принцип — совместная реабилитационная работа психологов, педагогов и родителей.

В результате такой работы, с учетом полученных знаний о специфике ребенка, родители должны «переломить», изменить свое отношение к ребенку; эмоционально принять его таким, какой он есть.

Гармонизация отношений к ребенку со стороны родителей, учет его индивидуальных и возрастных особенностей в процессе воспитания, стремление к созданию благоприятной психологической атмосферы в семье положительно влияет на психическое и социальное здоровье ребенка, обеспечивает условия для оптимального процесса его социализации и интеграции.

328

Глава 10

Значительное число всех реабилитационных программ для умственно отсталых лиц по улучшению качества жизни направлено преимущественно на младенческий, детский и подростковый возраст. Это понятно: если их проблемами начинают заниматься в раннем возрасте, то можно достичь ощутимых результатов в социализации. Но как только дети достигают юношеского возраста и вступают во взрослую жизнь, они перестают быть предметом пристальной заботы со стороны нашего государства. В лучшем случае им предлагают психоневрологические интернаты, где их жизнь очень быстро «скатывается» до низкого уровня. Получается, что огромный труд педагогов, врачей, психологов, родителей, разного рода обслуживающего персонала, — словом, всех, кто участвовал в начальном становлении этих детей, — сводится на нет.

Возникает вопрос: «А может быть, эти люди с проблемами психического развития действительно социально безнадежны? Их уделом могут быть лишь только примитивные условия жизни, они должны быть преданы социальной изоляции, а значит, человеческому забвению?»

Здесь, во-первых, нужно заметить, что эти люди — тоже личности и относиться к ним нужно по-человечески. Они не больные. Они другие. И мы тоже все разные. Хорошо известно, что если человека изолировать от нормального общения, он теряет человеческие навыки. Наглядным примером является Каспар Хаузер.

Во-вторых, если рассмотреть, например, вопрос о динамике умственной отсталости, то еще И. Мержевский (1901) наблюдал детей с «безнадежным идиотизмом», у которых наступало заметное улучшение. Можно утверждать, что у большинства умственно отсталых подростков к окончанию специальной школы многие патологические состояния снижаются (психомоторная возбудимость, церебрастенические проявления, импульсивность и т. д.). Однако наряду с по-

329

ложительной динамикой возможна и отрицательная. Ей способствуют дополнительные вредности: соматические заболевания, злоупотребление алкогольными напитками, травмы головы, психические травмы, негативная микросреда, эффективные лечебно-коррекционные мероприятия и др. Таким образом, наличие положительной и отрицательной динамики умственной отсталости у детей и подростков снимает вопрос об их «социальной безнадежности».

Возникает другой вопрос: где та социальная среда, которая наиболее благоприятна для лиц с проблемами психического развития?

10.1. ПРИНЦИПЫ И ФОРМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В КЕМПХИЛЬСКИХ ОБЩИНАХ

Оптимальной социальной нишей для лиц с умеренной степенью умственной отсталости является семья (особенно в сельской местности, члены которой заняты сельскохозяйственным трудом) или учреждения социального обеспечения. В этом плане весьма интересен опыт совместного проживания и деятельности умственно отсталых лиц со здоровыми людьми в Кемпхильских общинах, руководствующихся антропософским учением Рудольфа Штейнера.

Основоположником Кемпхильского движения является врач-психиатр Карл Кениг (1902-1966), который основал в 1939 г. в Шотландии свой первый лечебно-педагогический центр в местечке Кемпхил. Поэтому движение называется Кемпхильским.

Первые общины были открыты для детей с проблемами психического развития и представляли собой место для жизни и школьного обучения. Все дети в этих центрах жили в семейных домах.

Первой Кемпхильской деревней для взрослых инвалидов была деревня «Бот-тон» в Шотландии, на севере графства Йоркшир, в сельской местности. Она была основана в 1955 г. по просьбам родителей (Т. Келлер, 1997).

Р. Штейнером был сформулирован основной социальный закон, который гласит: «Благо сообщества работающих вместе людей будет тем больше, чем меньше отдельный человек притязает на результаты своего труда, то есть чем больше он передает эти результаты своим сотрудникам и чем больше его собственные потребности удовлетворяются не за счет результатов его собственных усилий, а за счет результатов усилий других людей».

На основе этого закона доктор Кениг провозгласил «Три главных принципа» Кемпхила:

- 1) внимание к духовной природе отдельного человека;
- 2) развитие внутренней жизни;
- 3) учреждение истинного сообщества.

Признание духовной природы всех людей, по мнению К. Кенига, особенно важно, когда имеешь дело с людьми с проблемами психического развития. Раз-

330

вивая учение Р. Штейнера о перевоплощении (реинкарнации) и карме, К. Кениг утверждал, что «инвалид» есть в каком-то смысле просто завеса на пути духовного совершенствования. С его точки зрения, каждый индивидуум имеет свою духовную индивидуальность и свой путь развития, которые представляют собой основу существования каждого конкретного человека, неизменную и вечную. Эта духовная основа вновь и вновь возрождается в каждом из последующих перевоплощений, испытывая в этом процессе преобразования. Отказавшись рассматривать таких людей как неспособных внести достойный вклад в общество, К. Кениг считал, что инвалидность имеет особое значение для индивидуума в контексте его последовательных земных жизней. Короче говоря, это заложено в нашей судьбе.

Второй принцип был основан на представлении о том, что человек обладает некоей творческой силой. По утверждению К. Кенига, эта сила не является ни интеллектом, ни интеллигентностью (образованностью); это способность преобразовывать природу — «сила, которая разрыхляет землю, изобретает гончарное колесо и ткацкий станок». К. Кениг видел в культивировании этой творческой силы самое важное средство работы с людьми с проблемами. Он полагал, что через самопожертвование и развитие «духовной смелости» отношения между людьми будут очищены так, что «гора инвалидности» будет снесена.

Третий принцип связан непосредственно с социальной жизнью сообщества. К. Кениг сосредоточил внимание на том, что он считал потребностью в сочувствующей и благосклонной окружающей среде, в которой люди с проблемами могли бы развить веру в себя. Он называет такую среду «социальной матерью с соответствующими слоями сообщества, живущего для инвалидов — детей и взрослых».

Эти принципы стали основой для будущего Кемпхила. Они характеризуют как общины для детей, так и молодежные и взрослые общины, независимо от формы, организации и местоположения.

Кемпхил — это образ жизни. Каждый человек выбирает его самостоятельно. В настоящее время насчитывается около 100 Кемпхильских центров и деревень в 20 странах мира. Наибольшее их число в Англии, Шотландии и Германии.

Существуют разные формы Кемпхильских сообществ:

□ школы для детей, нуждающихся в особом уходе;

О колледжи для образования и обучения молодежи;

О ученические мастерские;

О общины взаимопомощи для взрослых всех возрастов с умственными и физическими заболеваниями различной степени;

П деревни для взрослых.

Общины находятся: в отдаленной сельской местности; провинциальных городках; индустриальных областях; в новых строящихся городах.

В самой первой Кемпхильской деревне «Боттон» в настоящее время живут и работают совместно около 400 человек, из них около 200 лиц (селян) с психическими нарушениями. У них шесть ферм, различные ремесленные мастер-

331

ские, включая типографию. Во многих деревнях мастерские уже переросли в производственные цеха по выпуску конкурентноспособной продукции, которая продается в специально организованной сети магазинов. Обычно в Кемпхильских деревнях есть следующие мастерские: столярная, слесарная, ювелирная, по плетению корзин, керамическая, по изготовлению свечей, бетонная, ткацкая, кукольная, пекарня и т. д. В деревнях существуют производства по переработке молочных и других сельскохозяйственных продуктов.

10.2. ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИДЕЙ

ОБЩИННОГО ПРОЖИВАНИЯ В РОССИИ

Зародившееся еще в домонгольские времена социальное устройство деревенской общины было настолько жизнеспособным и так хорошо соответствовало самой сущности русского народа, что смогло, практически без ущерба для себя, пережить 250-летнее татаро-монгольское иго. Это устройство продолжало существовать и в условиях жесточайшего крепостничества — юридически земля и работавшие на ней крестьяне оставались собственностью помещика, но управление той и другими осуществлялось самой крестьянской средой по общинным законам. Помещик же

регулярно получал от общины (мира) оброк натуральными продуктами либо деньгами в установленном размере.

Хотя о деревенской общине начали писать уже первые славянофилы, широкую известность она получила лишь после того, как немецкий путешественник барон А. фон Гакстгаузен, посетивший Россию в первой половине XIX в., подробно описал поразившее его социальное учреждение в своей книге «*Studien über die inneren Zustände des Volkleben und insbesondere die landlichen Einrichtungen Russlands*» (1847—1852). Мнение славянофилов о деревенской общине сводилось, в общем, к тому, что в России «сохранилась община (мир), основанная на идее коллективной собственности на землю, а значит, на принципе братской солидарности, благодаря чему именно русский народ сохранил особенную восприимчивость к духу первоначального христианства» (С. Прокофьев, 1995, с. 394).

Во второй половине XIX в. интерес к деревенской общине у славянофилов перенимают народники. Так, например, Т. Ткачев (1844—1886) писал о ней: «Конечно, народ наш очень необразован, но зато он всецело проникнут принципом общественной собственности; он, так сказать, коммунистичен из инстинкта, из традиции». И далее: «Из этого следует, что наш народ, несмотря на свою неграмотность, гораздо ближе к социализму, чем народы Западной Европы, даже если последние и более образованы» (С. Прокофьев, 1995. С. 394).

Каждая отдельная семья получала во временное пользование часть общего надела в зависимости от своего численного состава и индивидуальных способностей. Время от времени (в установленном самой общиной ритме) участки

332

земли перераспределялись. Это исключало возможность получения на длительное время одними членами общины лучшей земли, чем у других, а также давало право каждой семье при увеличении или, наоборот, уменьшении ее численности получить больший или меньший надел. Управлялась же община регулярными собраниями (сходами) всех ее членов, сильно напоминавшими новгородское народное собрание. Славянофилы видели в таком социальном устройстве, равно как и в глубокой религиозности русского народа, реальные предпосылки «специфически русского пути развития», лишь следуя которому Россия могла осуществить предначертанную ей свыше миссию. И действительно, глубоко своеобразный характер русской деревенской общины, как связанный с ней принцип народного самоуправления (вече) — это ярчайшее проявление природных задатков русского народа.

Князь П. Кропоткин (1842-1921), русский революционер и анархист, а также известный ученый, географ и геолог, написал книгу под названием «Взаимопомощь среди животных и людей как двигатель прогресса». В ней он противопоставил принципу «борьбы за существование», изложенному Дарвином в его «Происхождении видов», всеобщий принцип «взаимопомощи» как основы биологической эволюции всех живых существ. В этом противопоставлении «помощи» и «борьбы» проявилось, можно сказать, само истинное существо русской народной души и ее изначальное неприятие основного направления новейшей западной цивилизации.

Как известно из истории России, помощь односельчанам, оказавшимся в трудном положении, занимала особое место в общественной жизни деревни. Случалось, что мир направлял здоровых людей топить печи, готовить еду и ухаживать за детьми в тех дворах, где все рабочие члены семьи были больны. Вдовам и сиротам община нередко оказывала помощь трудом общинников: во время сева, жатвы, на покосе. Иногда всем миром обрабатывали участок сирот в течение ряда лет.

В русской деревне XVIII—XIX вв. существовало такое понятие, как миро-платимые наделы. Это означало, что община (мир) брала на себя оплату всех податей и выполнение повинностей, которые полагались за использование данного надела.

Отводя участок леса для погорельца, община могла по решению схода и вырубить лес, и вывезти бревна на место стройки. Гораздо реже встречаются упоминания «мирской» помощи обедневшему крестьянину без чрезвычайных обстоятельств; считалось, что в обычных условиях хозяин сам виноват, если дела у него не ладятся.

Отзывчивость, соседская и родственная взаимопомощь наиболее открыто проявлялась на так называемых помочах. Это обычай приглашать знакомых людей для помощи в срочных работах, с которыми семья не успевала справиться самостоятельно (М. М. Громыко, 1991).

Порожденный самим народным существом, живой организм деревенской общины являлся единственным социальным учреждением в России начала XX в., которое могло бы послужить основанием для соответствующего духу времени нового социального порядка, каковым а нашу

эпоху является социальный закон Р. Штейнера. О ней в связи с общей ситуацией в России он говорил сле-

333

дующее: «Там (на Востоке Европы), несмотря ни на что, возникла деревенская община. Только тот, кто понимает существо отдельных деревенских общин может понять, что хочет возникнуть на Востоке как социальная структура. Деревенская община — вот единственная реальность на Востоке Европы. Все остальные учреждения там обречены на гибель. И Запад должен будет понять, каким образом может быть организовано это многообразие деревенских общин...» (С. О. Прокофьев, 1995. С. 229).

Когда совхоз «Алексино» выделил участок в 57 га земли Санкт-Петербургскому благотворительному фонду им. К. Кенига для строительства реабилитационного центра «Деревня Светлана», никому и в голову не могло прийти, что это то историческое место, на котором революционер М. В. Петрашевский возводил 150 лет назад постройки для своей крестьянской общины.

Интересно, что М. В. Петрашевский хотел построить именно **общину**, и важно, что крестьянскую, то есть связанную с сельским хозяйством. Поэтому можно сказать, что место, на котором возведен центр «Деревня Светлана», имеет социально-исторические корни строительства общины. Правда, разница в подходе создания общины есть. М. В. Петрашевский хотел создать общину ради общины.

В основе идеи строительства центра «Деревня Светлана» лежит помощь людям с нарушениями психического развития в их социально-психологической реабилитации. Для интеграции их общество, в своем большинстве, еще не готово к принятию таких людей, да и сами эти люди не могут войти в него, необходимо искать возможности создать такую социальную среду, в которой люди с проблемами психического развития могли бы чувствовать себя защищенными, в котором к ним будут относиться как к людям, как к личностям.

В то же время создание деревенской общины на русской земле имеет исторические основания, как имевшая место в народе деревенская община — «мир».

Для улучшения жизни инвалидов с психическими нарушениями важным является опыт организации общин, в которой они овладевают необходимыми навыками для полноценной и независимой жизни. Так, в «Деревне Светлана», по желанию и с согласия родителей, молодые люди с умственной отсталостью учатся жить самостоятельно в рамках единой большой семьи, в которой на равных условиях живут и больные, и здоровые люди. Они занимаются сельскохозяйственным трудом, животноводством, сами готовят себе еду, осуществляют уборку помещений, планируют расходы — в общем, делают все то, что необходимо для максимально автономного проживания.

Центр «Деревня Светлана» был организован и построен с помощью наших норвежских друзей. Его инициатором и вдохновителем является доктор Маргит Энгель, а первым директором — М. В. Михайлов. М. В. Михайлов, работая в центре, понял необходимость иметь специальное образование, которое он и получил в ИСПиП. Данная глава монографии — результаты его дипломной работы, выполненной под нашим руководством (Л. М. Шипицына) непосредственно в ходе его деятельности в качестве директора и психолога центра «Деревня Светлана».

334

10.3. СТРУКТУРА ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ «ДЕРЕВНЯ СВЕТЛАНА»

Управление Центра осуществляется коллегиальным органом, выбираемым из членов Центра, который представляет собой Совет Центра. Совет Центра выбирает из числа своих членов директора Центра, который представляет Центр как юридическую организацию во всех официальных инстанциях и осуществляет организацию всей текущей деятельности Центра; административно-финансовой, социально-трудовой, социально-психологической, социально-культурной.

На рис. 62 представлена схема структуры Центра и его разных видов деятельности.

Социально-психологическая реабилитация Центра «Деревня Светлана» представлена тремя основными формами деятельности (рис. 63).

Социально-психологическая деятельность

1. *Работа с родителями: групповая* (родительские собрания, дни открытых дверей); индивидуальная.

2. *Интегрированное проживание* людей с нарушениями и без нарушений интеллекта: проживание в семейных домах; совместная работа; совместный отдых.

3. *Обучение социально-бытовым навыкам:* самостоятельное одевание; санитарно-гигиенические навыки; пользование столовым прибором при еде; умение накрывать на стол; застилание постели; самостоятельное мытье в бане.

4. *Развитие личности:* корректировка характера; формирование новых и поддержание старых значимых познавательных интересов; корректировка потребностей; формирование полезных привычек и отучение от вредных.

5. *Развитие психических процессов:* двигательной сферы (лыжные и пешие прогулки, работа); ощущения (использование в Центре предметов из натуральных материалов); восприятия (экскурсии, картины на стенах в жилых помещениях, окраска различными цветами стен домов); внимания (активного и пассивного, повышение внешней концентрированности при выполнении трудовых операций, во время экскурсий); речи (развитие активного и пассивного словаря фразовой речи); мыслительной деятельности (анализа и синтеза при выполнении трудовых и социально-бытовых операций, совершенствование понятий).

6. *Формирование и развитие межличностных отношений:* отношение селянина с его мини-социумом (узкий круг людей, с которыми он ежедневно общается: семья, мини-коллектив) и макро-социумом (общение с людьми из внешней среды Центра); развитие доброго отношения к людям, эмпатии.

335

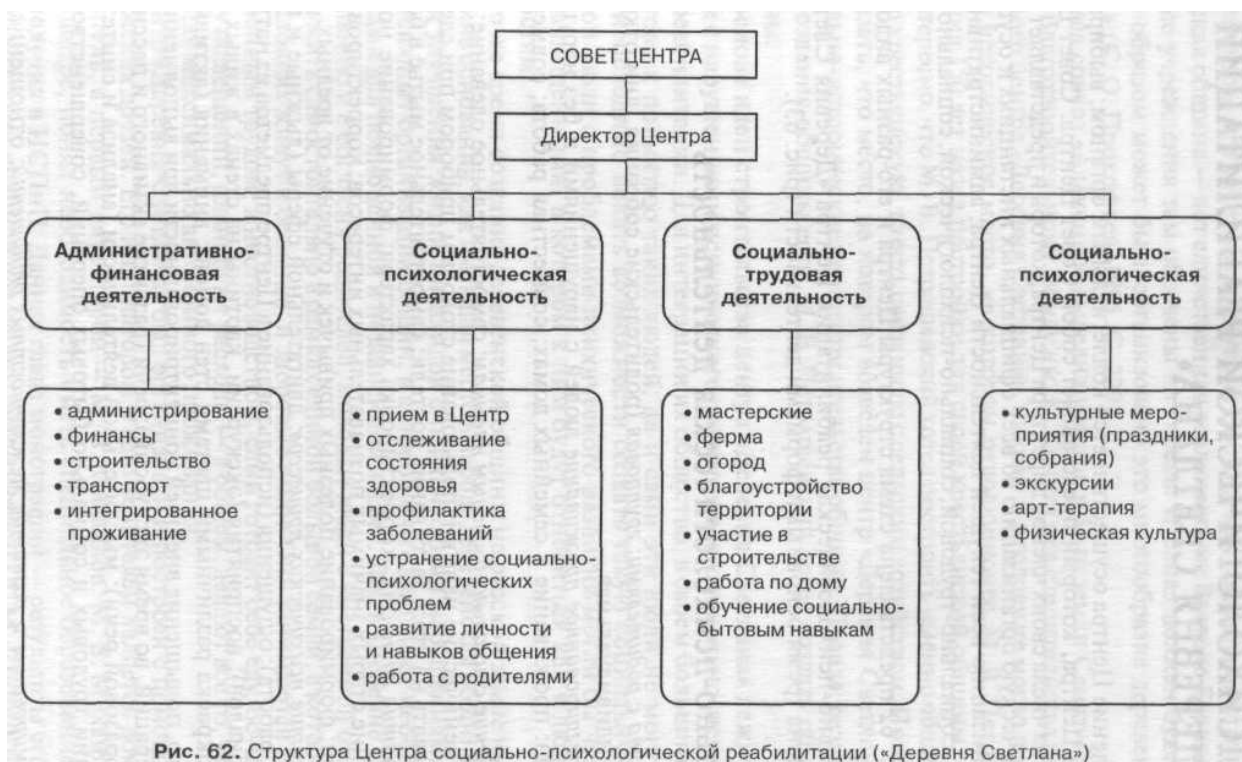


Рис. 62. Структура Центра социально-психологической реабилитации («Деревня Светлана»)

336

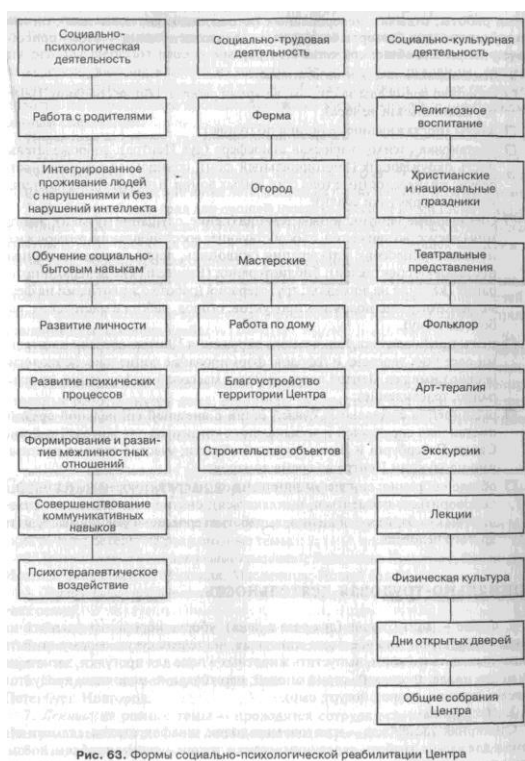


Рис. 63. Формы социально-психологической реабилитации Центра

337

7. *Совершенствование коммуникативных навыков*: вербальных (разговор во время работы, отдыха); невербальных (жесты, мимика, позы тела); снятие коммуникативных барьеров (социальных, психологических — этому способ-/ ствует, например, общее собрание Центра).

8. *Психотерапевтическое воздействие*:

П слово (во время еды за столом, во время работы, общие собрания Центра, Евангельские вечера); *О* жесты (поглаживание селянина по голове);

□ обстановка (психологическая атмосфера (дух Центра): доброжелательность окружающих (эмоциональный фон), социальная защищенность селян; жизнерадостные тона стен жилых домов, в помещениях на стенах картины и рисунки селян);

О специальные занятия: музыкотерапия (пение, слушание музыки); эвритмия (искусство движения, способствующее восстановлению ритмов жизненных процессов); арт-терапия (живопись, лепка, народные танцы, постановки спектаклей); библиотерапия (Евангельские вечера); ипотерапия (катание на лошадях); трудотерапия (работа с животными на ферме, изготовление молочных продуктов, огород, работа в мастерских, работа по дому).

□ психопрофилактика социального окружения Центра: встречи с жителями соседних деревень и городов; формирование социально-психологического имиджа Центра через средства массовой информации (газеты, радио, телевидение);

□ расширение социальных связей селян с внешней социальной средой: постановка спектаклей и музыкальных концертов для жителей района, Санкт-Петербурга и Ленинградской области; участие селян в реализации продукции Центра во время ярмарок;

□ общие собрания: снятие эмоциональной напряженности (здесь можно выговориться, посмеяться, выплакаться); снятие социальных и психологических барьеров общения; выработка терпения и умения выслушать другого человека.

Социально-трудовая деятельность

1. *Ферма* — дойка коров (два раза в день), уборка коровника (вывести на тачке навоз, вычистить все места животных, постелить сухую солому, помыть животных, дать им корм, выпустить животных в поле для прогулки, загнать их на место после прогулки), стрижка овец; изготовление молочных продуктов (масло, сметана, творог, йогурт, сыр).

2. *Мастерские*.

Столярная мастерская — изготовление полок, шкафов, столов, скамеек для дома и для улицы, грабель, деревянных ручек к топорам, вилам, граблям, косам; строительство заборов для сельскохозяйственных угодий, облагораживание территории вокруг жилых домов (лестницы, ступеньки, беседки), изготовле-

338

ние «вагонки» для отделки внутренних помещений жилых домов, изготовление игрушек для детей детских садов.

Ткацкая мастерская — изготовление ковриков, сумок из полос старой одежды; работа с шерстью: разбор, мытье, расчесывание; прядение нити из шерсти на веретене; вязание изделий из шерсти: носки, шарфы, рукавицы, свитера, шапочки; изготовление кукол из хлопчатобумажной ткани и шерсти; тkanie полотна из шерстяных и хлопчатобумажных ниток; изготовление одежды к разным спектаклям.

Прачечная — стирка, глажение, починка белья.

Кукольная — изготовление кукол из хлопчатобумажной ткани и шерсти.

Заготовка дров в лесу, их распиловка, колка, складывание в поленницы. В лесу дрова заготавливают в течение лета, а затем их пилят и колют осенью и зимой.

3. *Огород*: разбивка гряд для овощей, посадка рассады в горшочки и ящики в теплице, высадка рассады в открытый грунт, сеяние овощных культур в открытом грунте, прополка овощей, поливка огорода, сбор овощей к столу в течение лета, уборка урожая осенью в овощехранилище.

4. *Работа по дому*: уборка дома; мытье посуды после еды; накрывание на стол перед едой; вынос из дома пищевых отходов для компоста; топка печей (в жилых домах в холодное время года, в русской бане каждую неделю); приготовление еды; выпечка хлеба.

5. *Благоустройство территории Центра*: уборка мусора; озеленение территории (сажание деревьев, цветов, травы); удаление побегов ольхи с территории.

6. *Строительство*: помощь селян в строительстве домов; отделочные строительные работы внутри дома; строительство построек для животных; строительство деревянных ограждений (для огорода, для животных); рытье оросительной системы; строительство хозяйственных построек.

Социально-культурная деятельность

1. *Религиозное воспитание*: посещение селянами службы в церкви; Евангельские вечера; беседы на религиозные темы.

2. *Христианские и национальные праздники*: Рождество Христово; Пасха; день Иоанна; день Святого Михаила; Масленица; Новый Год.

3. *Театральные представления*: спектакли на религиозные темы с участием всех селян.

4. *Фольклор*: народные танцы; вечера поэзии; народные песни.

5. *Арт-терапия*: живопись, лепка, постановка спектаклей, народные танцы, эвритмия.

6. *Экскурсии*: по району (Старая Ладога, Новая Ладога, Волхов), в Санкт-Петербург, Новгород.

7. *Лекции*: на разные темы — проводятся сотрудниками Центра, гостями Центра, делаются отдельные сообщения некоторыми селянами.

8. *Спортивная деятельность*: лыжные и пешие прогулки.

9. *Общие собрания Центра*: участие селян в обсуждении социально-культурных мероприятий Центра, решение бытовых проблем Центра.

339

10.4. РИТМ ЖИЗНИ В ЦЕНТРЕ «ДЕРЕВНЯ СВЕТЛАНА»

Ритм и ритмические закономерности в лечении являются основой антропософских методов реабилитации. Создают эту жизнь ритмов сотрудники (ко-вокеры), а воспитанники (селяне) включаются в нее. Сон и бодрствование, регулярный прием пищи, чередование в работе, движение и покой и т. д. Основой ритмической организации является ход дня, недели, года.

Рабочая неделя в Центре (деревне) охватывает промежуток времени с понедельника до субботы.

Рабочие дни:

6.45 — Подъем.

7.30 — Все члены семьи дома собираются в гостиной. Встают в круг и читают молитву «Отче наш», потом поют утреннюю песню, по завершении которой берутся за руки и все произносят: «Доброе утро». После этого садятся за общий стол завтракать.

Тот, кто готовил утром завтрак, садится во главу стола и произносит застольную молитву. После этого все сидящие за столом берутся за руки и говорят: «Благословенная трапеза». Тот, кто сидит во главе стола, накладывает для каждого в тарелку кашу. Первым тарелку получает тот, кто сидит на противоположном конце стола от раздающего. Тарелку передают из рук в руки. Но это не значит, что, получив тарелку, этот человек начинает есть кашу. Он сидит и спокойно ждет, пока каждый получит свою порцию. После этого раздающий говорит: «Пожалуйста», — и все приступают к трапезе. На столе также стоит разная еда: сыр, масло, хлеб... Если кто-то закончит

есть, он не встает сразу из за стола, а ждет, когда другие тоже закончат трапезу. Потом все берутся за руки и говорят: «Спасибо». После этого все встанут и помогают убирать со стола. Два человека начинают мыть посуду, остальные переходят к уборке дома. У каждого свой участок. Уборка длится до 8.45.

9.00 — Начало работы. Каждый из молодых людей (селян) знает, где будет работать и с кем. Об этом договариваются за столом после завтрака.

10.30 — Перерыв для отдыха. Этот перерыв может быть назван также социальной паузой, потому что во время перерыва жители деревни могут поговорить друг с другом на разные темы за чашкой чая или кофе. Кто-то может сыграть на гитаре или спеть песню. Через полчаса все опять приступают к работе.

11.00-12.15- Работа.

12.30-Обед.

14.00-16.00 — час работы.

16.00 — Перерыв на чашку чая.

16.30-18.15- Работа.

18.30-Ужин.

20.00 — Время для разных вечерних встреч, лекций и т. п.

22.30 - Отбой.

340

Многие из селян не умеют определять время по часам, поэтому время текущих событий обозначают звоном колокольчика.

Утром все просыпаются под звуки колокольчика, или кто-нибудь играет на флейте. Он останавливается у каждой комнаты в доме и играет мелодию.

Раньше других встают те, кто готовит завтрак и кто доит коров. Утренняя дойка в 6.30.

В Центре нет привязанности к какой-либо конкретной работе, каждый может попробовать разные виды труда. Например, один утром готовит завтрак, после завтрака работает в огороде, после обеда стирает белье. Другой утром занимается дровами, потом готовит чай для перерыва группы людей, с которыми он не работал утром-, после обеда он работает в ткацкой мастерской и т. д. Таким образом, каждый может получать различные навыки и освоить разные профессии. Можно также оставаться работать на одном и том же месте.

По *понедельникам* вечером проходят собрания сотрудников (ковокеров) деревни. Это те люди, которые живут в Центре постоянно, практически отвечают за всю его жизнь. На этом собрании говорят о текущей жизни, а также о селянах. В этом разговоре главный интерес вызывают те селяне, у которых появились проблемы, или эти проблемы могут возникнуть в ближайшее время. Каждый сотрудник говорит о данном селянине все, что он может сказать за прошедшие дни, так как селяне работают в течение дня в разных местах и с разными людьми, поэтому если каждый сообщит свои наблюдения, то в итоге получится целостная картина. Это можно назвать социально-психологическим портретом данного селянина. Затем ищут пути коррекции негативных явлений.

На собрании ковокеров обсуждаются также финансовые вопросы. Никто в деревне не получает зарплату. Живут одной большой семьей, деньги — общие. Каждый сотрудник на этом собрании говорит о своих нуждах на следующий месяц. Однако исходят из той суммы денег, которая имеется в данное время.

У каждого человека в деревне есть свои функции, то есть он отвечает за определенную работу. Поэтому, если кто-нибудь уезжает из деревни на любой срок, другой должен выполнять за него его работу до его возвращения.

Во *вторник* вечером проводится общее собрание деревни. В нем участвуют все ее жители. Выбирается председатель собрания и секретарь, который записывает в специальную книгу все выступления. Каждое собрание начинается с того, что секретарь зачитывает текст протокола предыдущего собрания.

На этих собраниях принимаются разные решения. Нужна ли корзина мастерская? Или ее закрыть, потому что кукольная требует расширения? Насколько вообще это плетение корзин важно для деревни? Дискуссия в разгаре. Многие просят слова и в конце концов решают, что мастерская может обойтись меньшим помещением. И временно все должно оставаться по-прежнему — и по социальным причинам, и из-за экономических реалий. На корзины есть спрос. Они нужны, так как могут заменить изделия, сделанные из пластика. Это почти вымерший промысел. Кто-то из селян может выйти перед всеми и рассказать запомнившийся эпизод из его жизни на прошедшей неделе:

например, как он катался со всеми на лошади в воскресенье. Другой рассказывает о поездке в Петербургскую филармонию. Он выходит и говорит, что первый

341

раз слышал настоящий орган. Другой крестьянин рассказывает о своей поездке к маме, и что там было интересного.

На общем собрании может обсуждаться и то, как проводить ближайший праздник; как делать хороший домашний вечер; мастерские показывают свою продукцию, говорят о своей работе; и т. д.

По *средам* вечером — время для учебы сотрудников.

По *пятницам* в каждом доме собираются семейным кругом все, кто в нем живет. Поют песни, рассказывают разные забавные истории. Все это проходит за чашкой чая. Желаящие могут играть в настольные игры или просто разговаривать. Все это дает возможность расслабиться в конце рабочей недели и острее почувствовать, что все вместе — действительно семья.

По *субботам* утром — генеральная уборка жилых домов. Каждый принимает участие в уборке своего дома. А потом — русская баня.

Суббота в деревне — особый день. Каждый субботний вечер в домах собираются семьями для чтения Евангелия. Заранее все знают, какое место из Евангелия будет читаться, и имеют возможность подумать об этом отрывке. Перед чтением за два часа стараются создать в доме тишину. Все об этом знают. Непосредственно перед чтением — легкая трапеза. Во время нее разговаривают об интересных событиях прошедшей недели. После этого один человек читает текст Евангелия, и потом все говорят о нем.

В *воскресенье* выходной день. Одни идут в гости в соседнюю деревню, другие отправляются в церковь, третьи хотят просто погулять по лесу. Все отдыхают. Правда, коров надо доить и по воскресеньям, а также готовить для всех еду. Поэтому кто-нибудь из селян выполняет эти виды работы.

Резюмируя некоторые результаты реабилитации молодых людей с умственной отсталостью (селян) в Центре, следует отметить, что селяне выполняют работу не ради терапии и занятости трудом, а потому, что она является значимой для них и для окружающих. Это настоящая и нужная людям работа. И это должно быть понятно селянам. Если они выполняют только часть работы, то обязательно должны видеть конечный продукт их совместной деятельности с другими. Например, изготовление куклы. Каждый принимающий в этом участие выполняет конкретную операцию (в итоге он может научиться делать все операции), но он видит, что в результате их совместного труда получилась законченное изделие. Он знает, что потом его будут продавать в магазине, а когда эту куклу купит кто-то из взрослых для своего ребенка, то она принесет малышу много радости. Здесь можно видеть более опосредованную социальную связь селянина с внешним миром через ребенка, который будет играть в эту конкретную куклу.

Во время масленицы были выставлены изделия деревенских мастерских. Незамысловато изготовленная кукла вызвала большой интерес у местных детей. Сотрудниками деревни было обращено внимание селян на этот факт, как на позитивный в формировании положительной оценки их собственного труда.

Еще пример. Кто-то из селян помогает печь хлеб. Затем селяне едят этот хлеб вместе с другими людьми и те говорят им «спасибо».

Селяне работают все лето вместе со здоровыми людьми в огороде. Селяне испытывают большую гордость и радость, когда на столе видят выращенные огурцы, помидоры, морковь, перец, капусту. Они начинают осознавать, что в

342

этом и их заслуга. В зимнее время, когда едят овощные заготовки, селяне нередко вспоминают разные эпизоды работы в огороде.

Селяне постепенно понимают, что они нужны людям. Через общение с людьми и совместную деятельность они возвращаются к полноценной жизни, так что могут сказать себе «Я живу», и начинают больше проявлять свои внутренние способности. Социальная среда деревни, в которой они живут, начинает служить для них защитой от так называемых «норм внешнего мира», носящих зачастую агрессивный характер.

Социальная значимость селян еще больше усиливается тем, что они принимают участие в публичных обсуждениях некоторых аспектов общей жизни деревни. Самооценка труда селян повышается потому, что они видят, как результат их труда используется другими людьми.

Положительное психотерапевтическое воздействие на селян оказывает доброжелательная социальная среда деревни, обеспечивая их защищенность и здоровый ритм жизни.

10.5. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЦЕНТРЕ «ДЕРЕВНЯ СВЕТЛАНА»

Исследование селян проведено методами наблюдения, беседы, изучения продуктов деятельности, анкетирования родителей. Использование этих методов осуществлено в естественных условиях жизни 12 молодых людей в возрасте от 19 до 30 лет с умственной отсталостью в сочетании с другими нарушениями (8 лиц мужского пола и 4 — женского). Из них 4 человека — из полной, 7 — из неполной семей и 1 молодой человек — сирота. Возраст родителей селян — от 39 до 67 лет.

Основными аспектами наблюдения за селянами являлись их коммуникативные, трудовые навыки и социально-культурная деятельность.

Результаты исследования продемонстрируем на нескольких наиболее интересных примерах. В каждом из них приведем данные анализа наблюдений, беседы с молодым человеком и беседы с его родителями.

ПРИМЕР 17

Оксана Г., 19 лет

Диагноз. Умственная отсталость в умеренной степени.

Родилась в 6,5 месяцев, вес — 1400 г. При рождении девочки матери было 19 лет, период беременности провела в больнице в Санкт-Петербурге в связи с заболеванием сердца. В течение 2 мес. Оксана оставалась в больнице (первое время — в специальной

343

камере), мать была вынуждена ежедневно приезжать в больницу для ухода за ребенком. В 2 мес. девочка весила 2,1 кг. Перенесла тяжелую форму пневмонии. Случались фебрильные судороги, которые продолжались в течение 2 лет.

Психомоторное развитие: начала ходить в 1 3 месяцев. Развитие речи: начала говорить отдельные слова в 2 года, в 5 лет — простые фразы, но с нечеткой артикуляцией. Училась в общеобразовательной школе в течение 2 лет (с 9 до 10 лет), затем была признана необучаемой. Читает по слогам, пишет плохо, не умеет считать, не умеет пользоваться деньгами. Плохо развита кратковременная память. Внимание: избирательность невысокая, объем маленький, устойчивость низкая, произвольное внимание развито плохо. Нарушена общая координация движений, недостаточно развита мелкая моторика. Объем активного словаря небольшой, речь быстрая, нечеткая, говорит простыми предложениями. Обращенную речь понимает. С 1 6 до 1 8 лет посещала детский реабилитационный центр «Филиппок» в г. Волхове, где имела возможность общаться с детьми только младшего возраста.

Дома могла ходить за покупками, помогать по хозяйству, заботиться о младшем брате. Любит животных (в доме — 5 кошек).

Была большая тяга к общению со сверстниками, с другими людьми, но практически не было такой возможности. Оксана осознавала свою непохожесть на других (присутствовала адекватная самооценка). При встрече с трудностями происходили срывы («Зачем ты меня родила, такую!»). Семья (разведенные родители, Оксана и ее младший брат) вынуждена жить в маленькой однокомнатной квартире.

Прибыла в Центр «Деревня Светлана» в 1 8 лет.

Сначала хотела вернуться домой, была скована, закрыта (последствия гиперопеки со стороны матери, сильной привязанности их друг к другу), стеснительна. При разговоре отводила глаза. Боялась оставаться в одиночестве (не может спать одна в комнате).

Очень эмоциональна, импульсивна, подвижна.

В деревне начала работать: на кухне, на ферме, в швейной мастерской. Моет и вытирает посуду, помогает готовить, накрывает на стол, моет полы; научилась доить, ухаживать за животными, готовить корм.

Появилась возможность развития творческой активности. Оксана участвует в спектаклях, была на концерте в Санкт-Петербурге, на экскурсии в Новгороде.

В деревне стала спокойнее, уменьшилось эмоциональное напряжение. Научилась лучше слушать, наблюдать за другими, думать. Стала увереннее, почувствовала свою значимость, нужность другим людям, в том числе необходимость своего труда. Расширился спектр общения: со сверстниками, взрослыми, незнакомыми (гостями, зрителями спектаклей).

Беседа психолога с Оксаной. Расскажи о своей жизни до приезда в деревню. Стирала, посуду мыла, в магазин ходила, полы мыла, брата в школу провожала, и все. Она говорит: «Купи целый хлеб, и один батон, и бутылку масла подсолнечного...», потом пошла в ларек и купила шоколадку для мамы к чаю, потом мы пошли опять с мамой, теперь вдвоем по магазинам. (Страшно было оставаться одной дома.) Как ты узнала о «Деревне Светлана»? Я говорю: «Мама, я познакомилась с дядей Мишей, и он приглашал пожить в «деревню Светлану». Мама: «Давай, Оксана, мы подумаем, попробуем пожить, а потом домой приедешь и скажешь». Когда я вернулась домой, я сказала маме: «Звони дяде Славе, я хочу в «Светлану».

Тяжело было в первый раз?

Тяжело.

В чем были трудности?

344

Я говорила маме: «А что если мне там не понравится?» Мама: «Что ты, поехали, тебе понравится». Я: «Мама, куда я попала? Может быть, поедем домой». Мама: «Нет, ты приехала в «деревню Светлана». Говорю маме: «Позвони в «деревню Светлана» — пусть меня встречают в деревне, я хочу туда». *Первый раз без мамы, как тебе было?* Хорошо.

Хотелось обратно к маме? Нет.

А что тебе здесь нравится?

Здесь хорошо. Работаю в мастерской, готовлю обед, посуду мою, гуляем с Юлей и тетей Людой. Лестницу мою. А с кем ты живешь? " С Юлей.

Как ты проводишь день?

Очень хорошо, тут мне очень нравится. Встаю, иду на завтрак, убираю со стола со всеми, мою посуду, мою лестницу в подвал и наверх, потом готовлю обед. Сама? Кто-то готовит, а я помогаю. Кто живет в доме?

Дядя Миша, тетя Люда, Дима, Регина, Миня, Алеша, Майя, младший Миша, Михаэль. Живем с Юлей.

Что ты научилась здесь делать?

Сама я сделала перстень из бисера, а маме сделала бусы из бисера и браслет. Я потом с Машей пошла дрова убирать. Потом дрова пилили с Юлей. В коровнике доила, корм делала, брюкву колотила (есть такой ломик — как лопата). А доить ты умеешь? Ага, меня Юля научила. *Каждый день ходишь в коровник?*

Вымя мыла, доила, сделала корм для коров, намыла ведро и пошла в дом Нансена (*норвежский дом*). Ты часто бываешь дома? На Новый Год и на выходные 1 раз в месяц.

За все время разговора Оксана вела себя очень нервно. Ее руки и ноги были в постоянном движении. Иногда она успокаивалась и не двигалась. Это были мгновения ее наибольшей концентрации на каком-либо вопросе. Приходилось поддерживать живую атмосферу общения, чтобы она могла немного разрядиться, посмеяться. Оксана начинает стесняться, когда на нее смотрят и говорят о ней. Она старается отвернуться в сторону, ее голова немного запрокидывается назад, и все тело как бы начинает следовать за головой. Такое впечатление, что она вся хочет уйти от создавшейся ситуации. Сейчас Оксана стала более открыта, стала активно говорить (быстро, эмоционально). Появляются моменты, когда Оксана может спокойно сидеть, без навязчивых движений, и при этом она внимательно слушает, наблюдает за другими.

Рассказ мамы Оксаны Г.

Оксане 19 лет. Эмоциональна, впечатлительна и очень-очень добрая. Все свои годы она провела в кругу своей семьи, окруженная заботой, теплом и любовью. Пока она была в дошкольном учреждении, очень надеялись, что беда обойдет стороной. Период школы принес ей слезы. Учение не пошло, стала проявляться разница между ней и другими детьми. Оксана стала чувствовать это. С отсутствием обучения в школе можно было смириться, но остаться в четырех стенах дома — вот это было бедой. Оксана очень общительна, ей нужны люди и обязательно надо что-то делать. Пробовали обучать ее в специальном интернате. Первые две-три недели плакали обе, так как хоть и ненадолго,

345

но расставались впервые. Но потом, видимо, повлияло то, что каждый выходной день она была дома, и то, что ее хорошо приняли: Оксана освоилась. Обучалась в интернате 2 года.

Когда Оксане исполнилось 13 лет, внешне она ничем не отличалась от своих сверстниц, была очень заботлива к брату. Но все чаще и чаще, если что-то не так или в порыве чего-либо, плакала и кричала: «Зачем ты меня родила, такую?!» От беспомощности я тоже плакала, пробовала объяснить, что все произошло уже потом, что это последствия болезни, но Оксана не воспринимала мои слова. Видеть ее страдания, знать, что у нее не получится в жизни того, что даже и надо бы ей иметь, и при всем этом — не знать, как помочь дочери. Это горе для меня и еще больше горе для нее.

Когда Оксане исполнилось 18 лет, мы узнали от знакомого о существовании «Деревни Светлана», о ее делах и целях, как раз направленных для помощи таким людям. Не сразу, но решили посмотреть. По приезду в «Деревню Светлана» мне многое понравилось. Это прежде всего семейный образ жизни. Расселены для проживания (не по больничному или по общежитию), а кому как удобней: кто-то один, кто-то вдвоем — люди все взрослые. Это хорошо, по-моему.

Конечно, начинали со слез. Адаптировалась Оксана нелегко. Несколько раз уезжала обратно домой. В «Светлане» рвалась домой, а дома — хотела туда. Но она нашла себе столько друзей, новых знакомых, что со временем все спокойней и спокойней привыкала. Она больше не чувствовала себя ущемленной, ненужной. Наоборот, Оксана ожила. Она научилась трудиться, именно трудиться, ведь я ее в чем-то ограждала именно от работы.

Приезжая домой, она много рассказывает теперь уже о своей «Деревне Светлана». Конечно, ей тяжело, вижу, что устает, ведь приходится во многом перестраиваться. Но Оксану окружают люди, ставшие ей близкими, она подружилась со всеми. Да, она стала совсем взрослой, серьезной. Сразу видно, что ей пошло на пользу пребывание в деревне. Слов нет, она скучает по дому, но теперь у нее есть место, по которому она тоже скучает. Я так хотела всегда ей помочь, и когда вижу, что Оксана хоть на какое-то время чувствует себя в жизни на месте, мне тоже становится спокойней. Сейчас ей по душе в «Деревне Светлана» и мне хотелось бы, чтобы у нее осталось чувство своей причастности к жизни, своей нужности. Считать, что ее жизнь и ее дела, поступки просто необходимы. Независимо — болен человек или нет. Это так важно.

ПРИМЕР 18

Миша К., 30 лет

Диагноз. Синдром Дауна. Поздний ребенок, с 3 лет рос без отца. Психомоторное развитие: начал садиться в 6 мес, ходить в 1 год. Развитие речи: сказал первое слово в возрасте 1 года. В 3 года перенес плеврит, была сделана операция. Заболевание ног (весной и осенью в городе болели ступни и колени, распухали, Миша испытывал сложности в передвижении). Страдал избыточным весом. С 8 до 14 лет учился в специальной школе. Может читать по слогам, писать, не умеет считать, не понимает значения денег. Хорошо развита механическая память. Внимание: переключаемость низкая. Дома мыл пол, накрывал на стол, мог ухаживать за собой. Смотрел телевизор, слушал радио.

По словам матери, стремился к общению. Однако в школе не было создано доброжелательной психологической среды. Известны случаи унижительного отношения к Мише со стороны старших ребят: с него сдергивали в туалете трусы, смеялись; это привело к психологическому срыву, к тому, что Миша перестал ходить в туалет в школе, что способствовало перенапряжению психики. На улицу один не выходил, боялся мальчишек,

346

которые смеялись, придирались к нему (причем мать не могла обеспечить ему физическую и психологическую защиту). Зимой и в дождливую погоду не хотел бывать на улице, так как было тяжело ходить (заболевание ног). Благодаря этому развивались страх перед людьми, внешней средой, неуверенность в себе. Приехал в Центр «Деревня Светлана» в 29 лет.

Вначале испытывал страх перед незнакомой средой, трудностями в передвижении (по холмистой местности, по скользкой дороге зимой). В деревне похудел, физически окреп (практически перестали болеть ноги). Огромное положительное влияние на его физическое и психическое здоровье оказывает труд, забота о животных: работает на ферме, в коровнике, на пастбище, в огороде, в швейной мастерской (с шерстью), помогает на кухне, чистит овощи, накрывает на стол, моет посуду, убирает в доме, делает кукол. Работа развила в нем чувство ответственности.

Для Миши очень важным оказался ритм, которым живет деревня, причем он самостоятельно следит за временем (с перерыва уходит точно в срок, не ждет приглашения; описывает свой распорядок дня точно по часам).

В деревне у Миши появилась реальная возможность освободиться от гиперопеки матери. Стал исчезать страх, развилась самостоятельность (теперь не боится зимой и в дождливую погоду самостоятельно пойти в коровник, нести ведра). Благоприятная эмоциональная среда, дружеская атмосфера помогли ему стать спокойнее, раскрепощеннее. Появилась возможность развития творчества: возникла потребность писать (письма, деловые бумаги), выступать самостоятельно на общих собраниях, евангельских вечерах, высказываться на общественно значимые, даже политические темы (о смене правительства). Миша участвует в спектаклях (в рождественской пьесе играл роль пастуха), может выучить текст (по словам матери, дома не любил учить стихи), любит танцевать, петь, принимать на себя различные роли («что бы я сделал, если бы стал президентом, премьер-министром», «я — пастух»). Повысилась самооценка, появилось осознание собственной значимости, нужности (без него не будет накрыт стол на завтрак, некому погасить свечу на столе, звонить в колокол). В деревне он испытывает уважение со стороны сверстников и взрослых, к его мнению, суждениям, оценкам прислушиваются, с ним соглашаются, что также способствует развитию уверенности в себе, повышению самооценки.

Развилась эмоциональная сфера: он любит дружить, жалеет, недолюбливает. Может чувствовать ответственность за других (например, за Лешу, у которого психика более неустойчива), опекать, утешать, удерживать от плохих действий. Миша осознал и почувствовал любовь других к себе (с теплотой вспоминает свой день рождения, который праздновали в деревне).

Беседа психолога с Мишей.

Как ты живешь в «Деревне Светлана»?

Убираю навоз, уважаю коров (кормлю их сеном, чищу их щетками). Кормлю сеном овец. Мне помогают Марк и Ульяна. Накрываю на стол каждый день перед завтраком, обедом и ужином. На завтрак я накрываю вечером накануне. Ева дает шерсть каждый день. Я работаю с Евой в мастерской по шерсти и [изготовлению] кукол. Вначале я расчесываю шерсть, которой потом набивают кукол.

Я встаю в 7.30, умываюсь, чищу зубы, потом завтрак в 8.00. После завтрака — уборка: подметаю коридор в доме, где живу, а потом мою его мокрой тряпкой. В 9.00 иду работать в коровник. Там я убираю навоз от коров с Алешей до 11.00, затем перерыв 30 минут. На перерыве мы пьем чай, кто черный, кто зеленый — с сушками, яблоками. В 13.00 — обед, после обеда мою посуду с Димой, потом иду на тихий час. В 15.00 встаю после тихого часа и иду в другой дом слушать рассказ Льва Николаевича Толстого «Как жизнь молодая», Потом в мастерскую по изготовлению кукол. Ева дает мне шерсть, и я ее расчесываю на (специальном круге). Здесь я работаю до 17.00. Мы с Региной готовим ужин с 17.00.

Что ты делаешь?

347

Накрываю на стол, звоню в колокол.

Для чего ты звонишь в колокол?

Чтобы пришли покушать.

После ужина Юля и Алеша моют посуду, я вытираю.

Во сколько ты ложишься спать?

В девять часов.

Ты что-нибудь делаешь перед сном?

Накрываю на стол для завтрака. Думаю сам себе, не разговариваю, молча.

Что бывает вечером в субботу?

Евангельский вечер.

Расскажи о нем.

Пьем сок, булочки едим. Говорим, как Иисус говорил своей матери, чтобы солнце было,

чистое небо и земля, и рука у каждого человека, чтобы не болеть. Чтобы к нашей жизни

обходимо, и тепло согреть тело.

Какие вечера вы устраиваете?

Дни рождения. 17 июля 1967 года родился Миня. При помощи моего большого друга Яна сделал вкусенький торт. Только слюни текут. Хишти, мама, Анна (Ирина дочка), сама Ира, Гриша, Михаил Владимирович, Хишти как королева, Миня как король придумали какие-то танцы, и песни были у Питера. Я долго спал, когда он приехал летом, и ждал его полчаса. Мой любимый бывший ученик. Сильный мужчина, крепкий, и помню что он как дядя. Есть его племянник, которого он показывал мне фотокарточку, и к фото

была жена — это «Деревня Светлана». Все.

Это ты что рассказывал? О чем?

О нашей жизни.

Когда ты жил с мамой в городе, чем ты занимался?

Невидимки женские складывал. Потом носки штопаешь.

Опиши людей в «Деревне Светлана»?

Люди хорошие, добрые, друзья.

Кто тебе больше всех нравится?

Регина, Юля.

Где тебе лучше жить, у мамы или в «Деревне Светлана»?

Здесь хорошо, и жду Питера.

Рассказ мамы Миши К.

Проживает в «Деревне Светлана» постоянно уже почти год. Ему очень нравится жить в деревне и выполнять любую работу, он к любой работе относится серьезно. В основном любит коров: убирает в коровнике, летом выгоняет на пастбище (это его любимое занятие). Миня научился помогать и на кухне: чистит овощи в большом количестве. Дома он чистил картошку, накрывал на стол, иногда мыл посуду (кроме кастрюль); но у нас семья из 3 человек, а в деревне — от 10 до 15 человек.

Он компанейский парень. В деревне народу много, и он умеет ладить со всеми. Дома он на улицу не ходил один: боялся мальчишек, которые к нему старались придраться, даже иногда в моем присутствии. В деревне он себя чувствует свободно, и собак не боится, ходит по всей деревне. Не любит зиму, потому что скользко ходить, да в дождливую погоду тоже плохо ему ходить. Но он это как-то старается преодолеть: медленно, но пойдет; а дома — «я не пойду» — и все. Приходилось силой. Или я говорила: «Мне нельзя носить тяжести. Пойдем в магазин», — тогда он шел. В деревне он знает, что надо идти в коровник, и идет. Он чувствует себя при «важном» деле, которое без него никто не сделает.

348

В городе у него весной и осенью болели колени и ступни ног. Они распухали, становились горячими, он не мог ходить. Лечили как могли: компрессы, таблетки. К врачам ходили, но они не любят таких детей лечить и говорят, что нарушен обмен. В деревне весной у него болели ноги, но так, что он мог передвигаться. Помазали мазью один день. Осень прошла без осложнений.

Сейчас он очень похудел: ремень убавили на 15 см, брюки уже не убавить — надо новые. Нет опрелостей, даже летом, что его мучило в городе.

Если он приезжает домой на неделю, то все только и говорит о деревне: что там сейчас делают, считает дни, когда вернется. Приезжает — первый вопрос, как себя чувствуют коровы.

Стихотворения не любил учить. А в деревне играл пастуха, выучил текст, стал «артистом».

Приведенные примеры показывают, что в условиях Центра — «Деревни Светлана» создаются условия для успешной социально-психологической реабилитации людей с проблемами психического развития.

У селян развивается чувство защищенности, чему способствует доброжелательное отношение жителей деревни, жизнь в семье, совместные трапезы. Снижается эмоциональная напряженность.

Развивается уверенность в себе: меня слушают, мне доверяют, я выполняю важную работу, я нужный человек. За счет этого улучшаются личностные особенности. Изменяются в положительную сторону межличностные отношения. Селяне общаются с другими селянами (в том числе со своими сверстниками), со взрослыми, с незнакомыми людьми. Улучшается общение,

снимаются коммуникативные барьеры, чему способствуют выступления на общих собраниях, театральные представления (сам процесс их подготовки, репетиций).

Большое значение для реабилитации имеет трудотерапия (ферма, огород, мастерские): работа руками, физический труд, приобретение бытовых навыков. Трудотерапия способствует развитию эмоционально-волевой сферы.

Контакт с животными (во время работы на ферме, игра и забота о домашних кошках, собаках) также важен для развития эмоциональной сферы.

Развиваются творческие способности молодых людей с умственной отсталостью (приобщение к искусству, пение, театральные постановки, музыкальные концерты, рисование).

Четкий ритм жизни создает баланс в развитии личности, что помогает селянам научиться жить в таком же ритме и вне общины.

В стадии начальной адаптации частая ломка стереотипов в форме и ритме жизни (связанная с гиперопекой со стороны родителей) замедляет, мешает развитию, вызывает кризисы в состоянии умственно отсталых людей. Со временем, в условиях деревни, формируются защитные механизмы и самостоятельное умение ими пользоваться.

Общие итоги по реабилитации молодых людей с использованием Кемпхильских принципов показали позитивную динамику (табл. 31), что может говорить о положительной тенденции в их социально-психологическом реабилитационном процессе. Особенно это касается межличностных отношений, которые улучшились со сверстниками (в 83,3%) и с незнакомыми людьми (в 58,3%).

349

Таблица 31

Результаты социально-психологической реабилитации молодых людей с нарушением интеллекта в условиях сельской общины Кемпхильская «Деревня Светлана», %

п/п	Исследуемые показатели	Улучшение	Ухудшение	Без изменений
	Общение с людьми	8,3	33,3	58,4
	Общение со сверстниками	83,3	-	16,7
	Общение с незнакомыми людьми	58,3	-	41,7
	Трудовая деятельность	100,0	-	-
	Культурно-бытовые навыки	91,6	-	8,3

У 33,3% селян, ухудшились отношения с родителями, что может говорить о стремлении селян вырваться из-под родительской гиперопеки, что тоже является позитивным моментом.

Трудовая деятельность улучшилась у всех молодых людей, что демонстрирует их резервные возможности в плане реабилитации. Кроме того, у 91,6% улучшилась социально-культурная реабилитация.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в условиях Кемпхильского реабилитационного центра у людей с проблемами психического развития отмечается: формирование новых коммуникативных навыков, расширение межличностных отношений, развитие эмоциональной сферы, улучшение общей моторики, формирование трудовых навыков, обогащение культурной жизни, раскрытие резервов формирования личности.

Совместное проживание вместе со здоровыми людьми по принципу семейных домов, в атмосфере взаимоуважения, понимания, любви и братства создает положительный эмоциональный фон для проживающих в общине. Здоровый образ жизни в деревне, активное участие в коллективном труде активно вовлекает их в реальную повседневную жизнь социума, в которой они чувствуют себя нужными людьми, выявляет скрытые возможности и резервы личности, что способствует включению в социальную жизнь общества в целом.

Следовательно, социально-реабилитационные центры, работающие по принципу Кемпхильского движения, и в России могут создавать благоприятные условия социализации и интеграции умственно отсталых лиц старше 18 лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инвалиды с умственной отсталостью в нашей стране уже несколько лет являются объектом пристального внимания со стороны государства, системы образования, медицины, общественных фондов и организаций. Внимание в основном уделяется вопросам совершенствования дошкольных и школьных учреждений, призванных дать воспитание и образование таким инвалидам в рамках утвержденных программ. Даже тот объем информации об инвалидах и их проблемах, который попадает в средства массовой информации, не дает представления о людях с психическими нарушениями. Развитие тяжелой промышленности, атомной энергетики, наносящее вред окружающей среде, появление космических излучений из-за нарушения озонового слоя, употребление наркотиков и алкоголя, неполноценное питание и медицинские ошибки — все это часто становится причиной умственной отсталости. Никто не застрахован оказаться в одном доме, одной квартире, одной семье с умственно отсталым человеком.

Для успешной интеграции в общество людей с умственной отсталостью необходима информированность и повышение сознательности общества в отношении таких людей. Необходимо знать, что они обладают правами, что у них есть определенные потребности и возможности. В настоящее время, с развитием гуманизации общества, проблема социальной интеграции умственно отсталых людей стала еще более актуальной, но сама собой не может решиться. Для ее преодоления необходима помощь государства, общественных организаций и самого общества.

Для решения этой проблемы в мире осуществляются различные программы и создаются специальные учреждения и общественные организации. Например, в России в Санкт-Петербурге существуют такие общественные организации, как Городская ассоциация родителей детей-инвалидов (ГАООРДИ), Санкт-Петербургская Лига жизненной помощи людям с проблемами в развитии, в Рязани — Рязанская организация помощи умственно отсталым детям, и многие другие. Деятельность этих организаций направлена не только на оказание материальной помощи инвалидам, но и на поиски путей интеграции умственно отсталых людей в общество. Активность самых заинтересованных людей — родителей детей-инвалидов, их живое участие в поисках решения проблем интеграции собственных детей дает ощутимые результаты в этой области.

Но решение проблемы людей с умственной отсталостью нужно искать не только в создании разных учреждений, занимающихся образованием людей с

351

нарушением интеллекта, и развитии общественных организаций, но и в создании широкой сети послешкольных учреждений для молодых умственно отсталых людей, главной задачей которых является социально-бытовая адаптация и сохранение знаний и умений, привитых детям в образовательных учреждениях. Такие учреждения должны давать своим воспитанникам возможность применять полученные ими знания и умения на практике в общественно полезном труде, в условиях самостоятельного проживания.

Создание центров социальной реабилитации, где могут общаться, получать консультации и помощь молодые люди с умственной отсталостью и их родители, необходимо для преодоления их сегрегации. Они способствуют качественным изменениям в уровне самостоятельности, пространственной ориентации, социальной зрелости и межличностном общении этих людей.

Данная модель, решающая задачу социальной интеграции умственно отсталых людей, достаточно эффективна: после пребывания в центре молодые люди могут многое делать совершенно самостоятельно либо под частичным наблюдением специалистов. Следовательно, желательно создавать подобные центры реабилитации и дома совместного проживания, где под наблюдением специалистов и частичной помощи окружающих могли бы проживать, работать, проводить досуг люди с нарушением интеллекта.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что даже при наличии определенной правовой базы проблема социальной интеграции детей, подростков и молодых людей с умственной отсталостью в стране не решена. Многие зависит не только от государства и специальных служб, но и от родителей и общества в целом. Для решения необходимы различные формы работы и структуры (например, центры дневного пребывания, дома самостоятельного проживания и др.). Также нужно изменять подходы к этой проблеме в уже имеющихся учреждениях для умственно отсталых людей. Они должны там жить в соответствии с социальными правами и гарантиями, а не существовать в социальной зависимости от врачей, медсестер, воспитателей. Для этого нужна помощь от государства, в том числе и финансовая, а также поддержка самого общества. Необходима помощь в организации рабочих мест, расширение областей применения труда, навыков и умений

умственно отсталых людей. Реализация всего этого позволит сделать серьезный шаг в направлении более полного включения умственно отсталых людей в жизнь общества и сделать их и родителей более счастливыми.

Ребенок с проблемами в развитии, «особый» ребенок, «необучаемый» ребенок... Рождение особого ребенка делает и семью «особой». Семья ребенка с нарушением интеллекта имеет много своих особенностей, так как ее жизненная ситуация совершенно иная, она находится в совершенно ином положении в обществе и по отношению к нему, чем семья здорового ребенка. Это, в свою очередь, накладывает свой отпечаток и на типы воспитания в этой семье, и на психологические проблемы родителей.

От успешности решения возникающих проблем в семье зависит гармоничность взаимоотношений, а главное — наличие необходимой комфортной микросреды для жизни и развития ребенка. Характер взаимоотношений в семье определяет комфортность психического состояния ребенка, оказывает влия-

352

ние на формирование его личности, может быть причиной дезадаптации.

Общность семьи нарушается из-за того, что родители в большинстве случаев основное внимание и силы направляют на «особого» ребенка, общаясь с ним как с малышом, без учета его потенциальных возможностей, которые зачастую остаются невостребованными. Родители, часто из-за большой любви к детям, которая не подкрепляется знанием основных закономерностей их психического развития, допускают грубые ошибки в воспитании, травмирующие детей, деформирующие их психику.

Родители детей с умственной отсталостью нуждаются в оказании им психологической и социально-педагогической помощи, дающей возможность приобрести знания и опыт по воспитанию и развитию ребенка, сформировать уверенность в дальнейшей жизни, реализовать потребности в общественном признании, общественной оценке, общественной самореализации.

Социально-педагогическая подготовленность, осознание преимуществ активной жизненной позиции помогут актуализировать потенциальные возможности матери ребенка с нарушением интеллекта, стимулируя более продуктивное взаимодействие и активное участие в социальной жизни.

Семья обладает определяющим воздействием на интеграцию детей в социум и поэтому роль ее огромна. Только решая проблемы родителей, можно обеспечить полноценную социализацию их детей. Эффективность реабилитации ребенка с нарушением интеллекта обусловлена степенью интегрированности в общество всей семьи в целом. При этом родителям необходимо поверить в себя, в свои цели, в своего ребенка, не замыкаться в своих проблемах, а решать их сообща, всем «миром».

353

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДИКИ

Приложение 1

1.1. Методика «Карта наблюдений»

В основе методики «Карта наблюдений» лежит принцип *семантического дифференциала*, предложенного Ч. Осгудом (1972). Эксперту предлагается поставить оценку в интервале от 0 до 10 по нижеследующим шкалам и подшкалам:

П Сенсорно-перцептивная сфера.

- Восприятие цвета.
- Восприятие формы и величины.
- Ориентация в пространстве.

□ Внимание.

□ Память.

□ Мышление. П Речь.

- Понимание обращенной речи.
- Внятность речи.
- Лексический строй речи.

□ Представление о себе. Творческие проявления. П Эмоционально-волевая сфера.

- Импульсивность — рефлексивность.
- Тревожность — спокойствие.
- Агрессивность — миролюбие.

- Положительная мотивация учебной деятельности.
- Положительная мотивация трудовой деятельности.
- Тенденция к самостоятельности.
- Тенденция к ответственности.
- Тенденция к целенаправленным действиям.

□ Психомоторное развитие.

- Мелкая моторика рук.
- Общая координация движений.
- Мимика.

П Социально-бытовая ориентация.

- Сформированность навыков самообслуживания.
- Социально-бытовое ориентирование.

□ Учебные навыки.

□ Трудовые умения и навыки. О Коммуникативность.

354

Уровни оценки по шкалам

От 0 до 2 — низкий уровень состояния и развития функции.

От 3 до 5 — средний уровень состояния и развития функции.

От 6 до 8 — высокий уровень состояния и развития функции.

От 9 до 10 — очень высокий уровень состояния и развития функции.

Критерии оценки по шкалам 1, Сенсорно-перцептивная сфера

Наблюдается и оценивается способность ребенка воспринимать, узнавать и соотносить различные сенсорные эталоны (цвет, форму, величину, направления в пространстве и пр.), их свойства и отношения.

Низкий уровень (0-2). Оценка в пределах этого уровня ставится, если ребенок не владеет сенсорными эталонами цвета, формы и величины и совершенно не ориентируется в пространстве. Не соотносит и не использует в деятельности различные сенсорные эталоны.

Средний уровень (3-5). Оценка в пределах этого уровня ставится в том случае, если ребенок может узнавать, называть и соотносить один или несколько сенсорных эталонов. Применяет в деятельности различные сенсорные эталоны.

Высокий уровень (6-8). Оценку в пределах этого уровня можно поставить ребенку, совершившему большой качественный скачок в сенсорно-перцептивном развитии, который может узнавать, выделять, соотносить и называть сенсорные эталоны достаточно свободно. Когда он глубоко усвоил обобщающее понятие сенсорного эталона.

Очень высокий уровень (9-10). Очень высокие оценки по этой шкале отмечают особую чувствительность (сенситивность) к цвету — полутонам и оттенкам, форме — гармоничность формы, к людям и окружающему миру вообще.

В общую шкалу ставится средняя или более сложная оценка по шкалам. В раздел программы «Комментарий» заносится качественный анализ состояния сенсорно-перцептивной системы, а также информация о состоянии слуховой, вкусовой и обонятельной чувствительности.

Восприятие цвета

Оценка:

«0» — полностью выключенная сенсорная система.

«1» — ребенок воспринимает мир в цвете.

«2» — ребенок понимает разницу между цветами.

«3» — ребенок узнает и различает 4 основных цвета — красный-желтый-синий-зеленый, может назвать правильно хотя бы один из цветов (для качественного анализа важно, какой это цвет).

«4» — ребенок, кроме того, может: а) назвать хотя бы 2 цвета, б) соотнести выбранный цвет с цветами других предметов, в) правильно выбрать заданный цвет из 3-цветного ряда.

355

«5» — ребенок, кроме того, соотносит и дифференцирует 4 цвета, узнает и даже может назвать некоторые дополнительные цвета. Может выделить заданный цвет из множества цветов.

«6» — ребенок называет несколько дополнительных цветов, например оранжевый, коричневый, голубой, может назвать объекты окружающего мира, имеющие постоянный цветовой признак.

«7» — ребенок умеет достаточно свободно различать и называть 6 цветов и оттенки — оранжевый, фиолетовый, коричневый, розовый, голубой и др.

«8» — понятие о цвете сформировано и используется в деятельности.

«9—10» — не актуально для «особого» ребенка.

Восприятие формы и величины

Оценка:

«0» — полностью выключенная сенсорная система.

«1» — ребенок не понимает различие предметов по форме и величине.

«2» — ребенок понимает различие предметов по форме и величине, но не может их правильно соотнести с соответствующими эталонами, адекватно применить их в деятельности.

«3» — ребенок различает, узнает и сопоставляет предметы округлой и многоугольной формы при мануально-зрительном обследовании. Может назвать хотя бы одну форму наглядных предметов простой конфигурации (овощи, фрукты, предметы обихода), может узнать, соотнести и назвать элементарную величину.

«4» — ребенок может узнавать, соотносить и называть форму простых предметов. Различает понятия «большой», «маленький», «одинаковые», может сравнивать предметы по форме и величине.

«5» — ребенок может зрительно узнавать и называть форму предметов (круг, квадрат, треугольник) в силуэтном и контурном изображении. Может узнавать и различать круг, овал, квадрат и прямоугольник. Может выделить заданную форму из небольшого множества других форм. Сравнивает предметы по величине, может выделить ряд предметов (3-4) по увеличению или уменьшению величины. Может выбрать из множества предметов разной величины одинаковые по величине.

«6» — ребенок понимает понятие «форма». Различает предметы по высоте и длине.

«7» — ребенок может различать и называть сложные формы — овал, многоугольник. Знает объемные формы — цилиндр, шар, куб. Может анализировать сложную геометрическую фигуру, выделяя в ней простые составные части. Может показать, из каких фигур состоит сложный предмет окружающей обстановки. Легко соотносит предметы по величине.

«8» — соответствует глубоко усвоенному и используемому в деятельности понятию о форме и величине.

«9—10» — не актуально для «особого» ребенка.

Ориентация в пространстве

Оценка:

«0» — полностью выключенная сенсорная система.

356

«1» — ребенок не может самостоятельно ориентироваться в пространстве (боится самостоятельно сделать даже один шаг).

«2» — ребенок способен ориентироваться в пространстве, но не может правильно назвать или указать пространственные направления относительно себя (спереди-сзади, справа-слева), не использует эти понятия в своей деятельности.

«3» — ребенок знает какое-либо одно пространственное направление.

«4» — ребенок понимает пространственное расположение предметов и может назвать некоторые направления.

«5» — ребенок может показать направление относительно себя и, при условии развитой моторики, двигаться в этом направлении.

«6» — ребенок может правильно обозначить словами пространственное положение объектов окружающего мира относительно себя (впереди меня доска, позади — шкаф, справа — окно, слева — дверь).

«7» — ребенок может зрительно оценивать расстояния, понимает и использует в практике понятия «дальше», «ближе», «между» и др. Легко и спокойно ориентируется в пространстве.

«8» — соответствует свободному ориентированию в пространстве.

«9—10» — не актуально для «особого» ребенка.

2. Внимание

По данной шкале оценивается способность ребенка распределять внимание между различными видами деятельности, удерживать его на каком-либо виде деятельности, переключать внимание с одного вида деятельности на другой, не отвлекаться на посторонние раздражители.

Прежде чем выставлять общую оценку по шкале, необходимо отдельно оценить каждый параметр внимания.

Каждая подшкала имеет 10-балльный оценочный континуум. Крайние отрицательные оценки будут свидетельствовать о том, что данная характеристика внимания у ребенка практически отсутствует. Поэтому лучше избегать крайних оценок, даже если ребенок очень невнимательный. Крайние правые оценки (9—10) также лучше не использовать, так как они отражают чрезмерную выраженность характеристики. Например, очень высокая оценка по подшкале «Переключаемость внимания» свидетельствует о том, что ребенок слишком быстро переключает внимание с одного задания на другое, не концентрируя его ни на одном виде деятельности. Таким образом, крайние оценки задают лишь систему отсчета.

Концентрация внимания — способность ребенка концентрировать внимание на задании, не отклоняться от цели. Оценки 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9—10.

Устойчивость внимания — отвлечение ребенка на посторонние раздражители в ходе выполнения задания. Оценки 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10.

Переключаемость внимания — переключение с одного вида деятельности на другой. Оценки 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10.

3. Память

В данном разделе по 10-балльной шкале количественно оценивается способность ребенка к произвольному запоминанию. Степень развития механической

357

памяти при запоминании стихов, текстов и пр. Скорость и прочность запоминания социальных умений и навыков и т. д. В разделе программы «Комментарий» по шкале «Память» помещается информация о ведущих способах запоминания (если таковые наблюдаются); о наличии редких форм запоминания (эйдетическое, например); об особенностях памяти; о наличии смысловой памяти.

4. Мышление

По 10-балльной шкале количественно оцениваются мыслительные способности ребенка. Как правило, мышление у детей с проблемами — конкретное. Однако они способны устанавливать элементарные причинно-следственные связи в бытовой обстановке. В раздел программы «Комментарий» по шкале «Мышление» заносится информация об особенностях мышления ребенка.

5. Речь

Поданной шкале оценивается способность ребенка к пониманию обращенной к нему и контекстуальной речи, внятность речи (четкость и правильность звукопроизношения), лексическая сторона речи, умение рассказывать и пересказывать.

Примечание. Оценка по подшкалам «Внятность речи», «Лексика», «Способность к пересказу и рассказыванию» не проводится, если у ребенка есть существенные нарушения речевого аппарата. В этом случае оценка производится только по подшкале «Понимание речи». В разделе программы «Комментарий» по шкале «Речь» отмечаются особенности речи ребенка (например, экспрессивность речи, использование сленговых выражений и пр.).

Понимание речи

Оценки 0-1 отражают полное непонимание обращенной и контекстуальной речи. Оценки 9—10 свидетельствуют о том, что ребенок понимает еще не произнесенную речь. Оценки до 5 баллов отражают среднее понимание (понимает, но не всегда). Оценки после 5 баллов отражают достаточно хорошее понимание речи.

Внятность речи

Оценки 0—1 отражают полную «кашу» во рту или немоту. Оценки 9—10 можно поставить, если у ребенка речь более чистая и внятная, чем у диктора телевидения. Оценки до 5 баллов отражают речь недостаточно чистую и внятную наличие логопедических проблем и слишком быстрый или слишком замедленный темп речи. Оценки после 5 баллов отражают достаточно внятную соразмерную речь, с правильным звукопроизношением.

Лексика

Оценки 0—1 отражают ситуацию, когда ребенок имеет словарный запас, состоящий из одного слова или звукосочетания. Оценки 9—10 показывают словарный запас (и отражение его в вербальной речи) лучших толковых словарей,

358

а также речь не менее красочную, чем у классиков русской литературы. Оценки до 5 баллов отражают речь довольно скудную (односложные фразы), ошибочное применение слов, затруднения

в изменении слов по падежам, ошибки в лицах и временах, не всегда правильное соотнесение слов с предметами и действиями. Оценки после 5 отражают речь достаточно развитую (употребление сложных предложений и фраз от 5 слов) и грамматически правильную.

Способность к пересказу и рассказыванию

Оценки 0—1 показывают полную неспособность ребенка пересказывать или рассказывать. Оценки 9—10 показывают прекрасное артистическое мастерство рассказчика. Оценки до-5 баллов отражают рассказывание с многочисленными подсказками и наводящими вопросами, потерей сюжетной линии, эффектом «заблудившегося рассказчика». Оценка после 5 баллов ставится, если ребенок может довольно связно рассказывать, держать сюжетную линию и тему, расставлять смысловые акценты и пр.

6. Представления о себе. Творческие проявления

В данном разделе исследуется отношение ребенка к самому себе: к своей внешности, возможностям, способностям, а также проявление творческих возможностей (рисунки, лепка, музыкальные способности, способность к счету и пр.). По 10-балльной шкале количественно оценивается отношение ребенка к самому себе (наличие — отсутствие чувства неполноценности, любовь к себе и пр.). В разделе программы «Комментарий» поданной шкале отражается информация о том, что ребенок любит делать больше всего, что у него лучше всего получается, есть ли у него особые творческие проявления.

7. Эмоционально-волевая сфера

В данном разделе исследуются особенности эмоционально-волевой сферы ребенка: уравновешенность, сбалансированность эмоциональных процессов; тенденции к самостоятельности, ответственности, целенаправленности действий и др. Количественная оценка производится по подшкалам (в пределах 10 баллов). В общую шкалу выносятся средняя или более сложная оценка по подшкалам. В раздел программы «Комментарий» по шкале «Эмоционально-волевая сфера» помещается информация о характерных особенностях эмоциональных и волевых процессов ребенка. Например, таких как: преобладающие эмоциональные состояния в школе, дома, на улице, эмоциональное отношение к успеху и неудаче; наличие (отсутствие) неадекватных эмоциональных проявлений (аффекты, депрессии, истерики); отношение к трудностям; упрямство; уровень эмпатии (сопереживания); ригидность — гибкость ребенка (умение менять свое поведение в зависимости от ситуации).

Импульсивность — рефлексивность

Оценки «0—1» соответствуют крайней импульсивности: внимание ребенка рассеянно, он не удерживает в памяти ни одного элемента задания, мгновенно

359

«3—5» — средний уровень самостоятельности ребенка, выполнение заданий при наличии поддержки и подсказки, опасается самостоятельно исследовать что-то новое, на улице старается держаться поближе к взрослому или к тому, кто может его защитить. Пробует выполнять задания самостоятельно при поддержке педагога.

«6—8» — высокий уровень самостоятельности ребенка, желание независимо действовать, тенденция взять на себя «шефство» над более слабыми, помогать тем, кто не способен справиться с ситуацией. Предложение своих творческих решений.

«9—10» — гиперсамостоятельность на грани нигилизма: может отрицать способы действий и мнение других, неприятие каких-либо советов или помощи.

Тенденция к ответственности

Подшкала характеризует уровень ответственности, личностной зрелости ребенка. В данном аспекте рассматривается ответственность за себя (за свой внешний вид, состояние здоровья, чувства и поступки), ответственность за других (тех, кто находится в прямой эмоциональной и социальной зависимости от ребенка), за их чувства и действия, ответственность за порученное дело, ответственность за тот кусочек внешнего мира, который его окружает: люди на улице, животные, растения, обстановка и пр.

Оценки «0—1» — полная безответственность и моральная опущенность, безразличие к себе и другим, отсутствие значимых других и пр.

«2» — низкий уровень ответственности: ребенку ничего нельзя поручить, он небрежен и неаккуратен, создает ситуации, в которых окружающие чувствуют себя крайне дискомфортно, безразличны к общему делу, ему ни до чего нет дела.

«3—5» — средний уровень ответственности. Ребенок старается быть аккуратным, не совершать деструктивных поступков, помнит о том, что ему поручено, и пр.

«6—8» — высокий уровень ответственности у ребенка, он показывает определенную личностную зрелость, ответственность за себя и общее дело, за самочувствие значимых других, сформированность у ребенка понятий о чести и порядочности, осознание того, что судьба ребенка зависит от его собственных действий и поступков.

«9—10» — характеризуют гиперответственность, ощущение, что он, как атлант, держит на себе весь мир, острое чувство вины, если что-то не получается невращения, завышенные требования к себе.

Тенденция к целенаправленным действиям

По данной подшкале оценивается степень желания ребенка доводить дела и задания до конца; наличие внутренней тяги к завершенности какого-либо процесса.

Оценки «0—1» — полное отсутствие целенаправленных действий, беспорядочность действий, «скользящее внимание».

«2» — беспорядочные, часто бесполезные действия, не соответствующие характеру и цели задания.

362

«3—5» — средний уровень целенаправленности действий. Действия ребенка соответствуют цели задания только тогда, когда он очень заинтересован. В этом случае он даже может довести дело до конца.

«6—8» — ребенок умеет доводить дело до конца, получает удовлетворение от проделанной работы и результата. Может выбирать оптимальную стратегию действий и поведения, не переключается с одной работы на другую, не закончив дела.

«9—10» — крайняя целенаправленность, «заикленность», навязчивость.

8. Психомоторное развитие

В этом разделе исследуются индивидуальные особенности и состояние психомоторной сферы. Количественная оценка производится в пределах 10 баллов по трем подшкалам: «Мелкая моторика рук»; «Общая координация движений»; «Мимика». В разделе программы «Комментарий» по шкале «Психомоторное развитие» отмечаются особенности психомоторного развития.

Мелкая моторика рук

Объект наблюдения — движение пальцев и кистей рук.

Оценки «0—1» — практически полностью парализованы кисти рук и пальцы.

«2» — ребенок может только шевелить пальцами, но не может делать пальцами захват предметов, не может удержать даже достаточно легкий немелкий предмет.

«3—5» — средний уровень развития мелкой моторики: ребенок может захватывать крупные предметы, начинает рвать и вырезать, может сжимать и разжимать резиновые предметы (от мягкого резинового мяча до эспандера) и пр.

«6—8» — хорошее состояние мелкой моторики: ребенок может писать, рисовать, вырезать и плести, и пр.

«9—10» — мелкая моторика фокусника: необычайная гибкость и ловкость пальцев и суставов.

Общая координация движений

По данной подшкале наблюдается общее состояние двигательных возможностей, представление о «схеме тела», координация движений.

Оценки «0—1» соответствуют возможностям практически парализованного тела.

«2» — ребенок самостоятельно не передвигается, полный инвалид.

«3—5» — среднее состояние двигательных возможностей. Ребенок может передвигаться с помощью взрослого и самостоятельно. Может сохранять равновесие при ходьбе, немного бегаёт, может подниматься и спускаться по лестнице самостоятельно или с помощью. Может играть с мячом, подпрыгивать, выполнять элементарные гимнастические упражнения (поднять и развести руки, присесть, отвести ногу назад, наклонить голову и пр.). Может пройти на цыпочках.

«6—8» — хорошее состояние двигательных возможностей и координации движений. Ребенок легко передвигается, бегаёт, прыгает, катаётся на велосипеде, занимается спортом и пр.

363

«9—10» — координация движений и двигательные возможности спортсменов и акробатов.

Мимика

По данной шкале наблюдается и оценивается способность ребенка выражать адекватную мимическую реакцию, пластичность мышц лица.

Оценки «0—1» соответствуют «каменному» лицу.

«2» — чрезвычайно малая подвижность мышц лица. Ребенок может только совершать движения глазами и ртом. Не улыбается.

«3_5» — средняя подвижность лица. Ребенок может улыбаться, вращать глазами, поднимать брови, поджимать губы.

«6—8» — хорошо развитая мимика, умение выразить адекватную эмоциональную реакцию на лице. Оттенки улыбки. Может мимически выражать основные эмоциональные состояния (радость, печаль, удивление, испуг, горе, замешательство, восторг, пренебрежение, сомнение и др.).

«9-Ю» — артистическая мимика. Ребенок может без слов все выразить мимикой.

В разделе «Комментарий» можно отразить наличие индивидуальных мимических особенностей (характерная гримаса). Наличие негативных моторных явлений (покачивание, ковыряние в носу, сосание пальцев, карандашей, тики и пр.). Если ребенок недавно начал улыбаться или выполнять какие-либо новые движения, важно отметить, когда и при каких обстоятельствах это произошло.

9. Социально-бытовая адаптация

В данном разделе исследуется актуальное состояние и динамика развития у ребенка социальных умений и навыков, уровень его приспособленности к условиям окружающей действительности. Для количественной оценки предлагаются две подшкалы: «Навыки самообслуживания» и «Социально-бытовое ориентирование». Оценка производится в пределах 10 баллов, средняя оценка выносится в общую шкалу. В раздел программы «Комментарии» по шкале «Социально-бытовая адаптация» заносится информация о достижениях и трудностях ребенка, о формировании новых навыков и пр.

Навыки самообслуживания

Критерии наблюдения за развитием навыков самообслуживания:

- личная гигиена;
- одевание и раздевание;
- прием пищи.

1-й уровень (0—2): делает только при помощи взрослого, не может справиться самостоятельно;

2-й уровень (3—5): может во многом справиться самостоятельно, но требуется помощь или поддержка.

3-й уровень (6-8): справляется самостоятельно.

364

4-й уровень (9—10): справляется самостоятельно, помогает и учит других, активно ухаживает за менее способными.

Социально-бытовое ориентирование

Критерии наблюдения за развитием навыков социально-бытового ориентирования:

- знание и определение частей тела человека;
- знание своего адреса и членов семьи; II знание частей помещения;
- знание условий своего быта и умение в них ориентироваться;
- ориентация на улице;
- знание элементов и особенностей флоры и фауны — ориентация во времени (дни недели — времена года — часы);

усвоение социальных норм и правил поведения и пр.

1-й уровень (0—2): не знает частей тела, не ориентируется на улице и дома, не ориентируется в других областях. Знает только места приема пищи.

2-й уровень (3-5): знает части тела, может их показать на себе или кукле. Ориентируется в составе семьи, знает назначение отдельных бытовых предметов, различает день и ночь, знает название и назначение отдельных частей помещения. Может самостоятельно выполнить некоторые бытовые задания (накрыть на стол, убрать посуду, вытереть пыль и пр.). Может назвать свой адрес. Ориентируется на улице: различает тротуар и проезжую часть, знает их назначение. Может назвать некоторые профессии, некоторые дорожные знаки и пр. Знает и часто соблюдает правила поведения на улице и в общественных местах. Знает некоторые растения и животных. При посещении культурных мероприятий может понимать смысл происходящего.

3-й уровень (6—8): пользуется дома бытовыми приборами, звонит по телефону, знает, что и где находится (необходимое для его жизни и жизни близких: поликлиника, почта и пр.). Может обратиться за помощью к представителям социальных служб, достаточно свободно ориентируется и действует в знакомом пространстве и ситуации. Переносит освоенные умения и навыки в не-

знакомую ситуацию. Знает социальные нормы поведения и старается их выполнять, может самостоятельно ухаживать за животными и растениями. Осознает то, что происходит вокруг него, и может справиться с неожиданными ситуациями; может самостоятельно перемещаться по городу, может выполнять различные поручения, делать покупки. Может как-либо обозначить свое имя на бумаге, документе.

4-й уровень (9-10): социально-бытовое ориентирование на уровне взрослого дееспособного человека.

10. Учебные навыки

В данном разделе оценивается уровень учебных достижений ребенка по чтению, письму и счету. Каждый пункт (чтение, письмо, счет) оценивается по отдельной 10-балльной подшкале. Общая шкала содержит среднюю оценку по

365

подшкалам. В разделе «Комментарий» по шкале «Учебные навыки» можно поместить подробную информацию о том, какими учебными навыками ребенок владеет.

11. Трудовые умения и навыки

В данном разделе количественно по 10-балльной шкале оценивается уровень сформированности трудовых умений и навыков. В разделе программы «Комментарий» по шкале «Трудовые навыки» помещается информация о том, что ребенок умеет и любит делать.

1-й уровень (0—2): ребенок ничего не умеет делать.

2-й уровень (3-5): ребенок может выполнять элементарные трудовые операции: убирать игрушки, вытирать доску, накрывать на стол, мыть посуду, поливать цветы, убирать на место после работы предметы труда, стирать и гладить кукольное белье, подметать пол, делать влажную уборку (самостоятельно и с помощью).

3-й уровень (4-5): умеет работать с ножницами, клеем, может раскатать тесто.

4-й уровень (6-8): ребенок обладает специфическими трудовыми навыками по домоводству (приготовление пищи, шитье, вышивание), может что-либо полезное мастерить своими руками, собирать что-либо из отдельных комплектующих и пр.

5-й уровень (9-10): индивидуальная специализация по наиболее предпочтительному виду деятельности.

12. Коммуникативность

В данном разделе исследуется общительность ребенка. Количественная оценка производится по критерию *замкнутость — общительность* в пределах 10 баллов.

0-2 — явная интровертированность, замкнутость, аутичность;

3 — тенденция к интровертированности, крайняя избирательность в контактах;

4-6 — биверт, тянется к общению, достаточно избирателен в контактах;

7-8 — экстраверт, любит общаться как со знакомыми, так и незнакомыми; легко вступает в контакт, знакомится с незнакомыми людьми и пр.;

9-10 — крайняя экстраверсия.

В разделе программы «Комментарий» по шкале «Коммуникативность» помещается информация об особенностях общения ребенка, таких как:

О характере общения с незнакомыми и знакомыми людьми, сверстниками младшими и старшими;

О способы установления контакта с данным ребенком;

□ стратегия поведения ребенка в процессе общения и пр.

366

1.2. Методика «Социограмма». Педагогический анализ социального развития людей с множественными нарушениями (форма PAC-S/P). На основе третьего издания по Х. С. Гюнцбургу

Цели:

1. Выявление уровня развития ребенка с глубокой и тяжелой умственной отсталостью (с множественными нарушениями).

2. Оценка развития навыков ребенка в динамике с глубокой и тяжелой умственной отсталостью (с множественными нарушениями).

Оборудование. Бланк карты наблюдений — форма PAC-S/P, анкета теста, синий и красный карандаши.

Инструкция для специалиста. Бланк карты наблюдений заполняется следующим образом: если навык, соответствующий определенному вопросу, сформирован, то ячейка с номером вопроса

заштриховывается полностью синим карандашом. Если навык освоен частично, то соответствующая ячейка заштриховывается частично. Если навык не сформирован, то поле остается пустым.

Рекомендации для специалиста. Оценку целесообразно проводить раз в полгода, что позволяет выявлять новые сформировавшиеся навыки, которые отмечаются на бланке наблюдений красным цветом.

Социограмму заполняют те люди, которые наибольшее время находятся с конкретными детьми, так как они наиболее полно могут ответить на вопросы анкеты.

Благодаря чрезвычайно удобной радиальной форме представления можно наглядно видеть уровень развития навыков.

Использование методики дает информацию о темпе развития ребенка, выявляет области наиболее активного развития, позволяет установить сензитив-ные периоды, в которые работа по адаптации ребенка может вестись более интенсивно.

367

**Карта наблюдений
«СОЦИОГРАММА»
(форма РАС-S/P)**

Фамилия _____
Возраст _____
Группа _____

Заполнил _____
Дата заполнения _____

368

**Анкета методики «СОЦИОГРАММА»
(форма РАС-S/P)**

САМООБСЛУЖИВАНИЕ

Еда

1. Проглатывает жидкую пищу.
2. Хорошо принимает пищу через соску.
3. Берет кашу губами с ложки (когда его/ее кормят).
4. Проглатывает кашеобразную пищу.
5. Кладет ложку сам в рот, если его/ее руку с ложкой подвели ко рту.
6. Во время еды руку подводят ко рту, хотя ложку держит крепко сам/сама.
7. Жует (кексы, печенье, сухари и т. д.). 8 Откусывает (хлеб, батон, кекс).
9. Подносит наполненную ложку ко рту (часть пищи роняет, пачкается).
10. Пьет из чашки с помощью кого-либо.
11. Жует без труда любую пищу.
- 12 Берет кусочки хлеба и кладет их в рот.
13. Самостоятельно наполняет ложку, подносит ко рту, но пачкается при этом.
14. Держит наполненную наполовину ложку самостоятельно.
15. Ест ложкой без посторонней помощи.
16. Берет свой хлеб в руку и откусывает. 17 Ест вилок разрезанную пищу.

18. В состоянии что-либо налить себе, попить без посторонней помощи (из маленькой бутылки, графина, чайника).

19. Самостоятельно зачерпывает пищу ложкой. 20. Использует нож, чтобы намазать что-либо.

21. Может самостоятельно принести, налить и пить напитки, воду из кружки, кувшина, крана и др.

Туалет и умывание

22. Сидит на горшке (унитазе).

23. Ходит в горшок (унитаз), когда сидит на нем.

24. Ходит достаточно регулярно в горшок (унитаз), если чаще усаживать на него.

25. Привык ходить в туалет регулярно в определенное время.

26. На протяжении дня сухой ребенок, но нужно часто водить в туалет.

27. На протяжении дня сухой и чистый ребенок, но нужно регулярно во-

28. **Показывает** или говорит, что хочет в туалет (нужна помощь при раздевании или одевании).

29. Самостоятельно ходит в туалет, но нужна помощь при подтирании.

30. Держит руки под текущей водой, трет руки друг о друга (без мыла);

31. Вытирает руки полотенцем.

369

Одевание и раздевание

32. Делает первые попытки помощи при раздевании.

33. Делает первые попытки помощи при одевании.

34. Держит руки и ноги, если его/ее раздевают.

35. Делает попытки самостоятельно раздеваться и одеваться.

36. Надевает по указанию отдельные предметы одежды (не застегивая).

37. Может надеть широкие брюки или простой пуловер (нужно немного помочь).

38. Может по указанию расстегивать простые застёжки (большие пуговицы, молнию).

39. Надевает самостоятельно простые предметы одежды (не обязательно правильно).

ВОСПРИЯТИЕ И РЕЧЬ

Восприятие и обследование окружающего мира

40. Реагирует на яркий свет.

41. Смотрит на источник света и медленно передвигающиеся предметы.

42. Реагирует на громкий шум.

43. Реагирует на легкий шум (погремушка).

44. Различает вкусовые свойства.

45. Поворачивает голову на шум, возникающий вне поля зрения, но рядом с ухом.

46. Осматривает предмет, который держит в руке.

47. Смотрит на различные предметы в помещении.

48. Ищет потерянный из виду предмет.

49. Прислушивается к шагам, разговору или музыке.

50. Прислушивается к легким шумам (тикают часы).

51. Исследует различные предметы, облизывая их.

52. Исследует предметы, ощупывая их.

53. Тянет игрушку за ленту (завязку).

54. Ищет пропавший из поля зрения предмет.

55. Смотрит на ноги, если поднимается на препятствия (шина, палка, канат, поребрик).

56. Следит глазами за действиями своих рук.

57. Узнает голоса знакомых лиц, не видя их.

58. Реагирует на сильные запахи.

59. Выбирает какое-то из различных блюд.

60. Ставит предмет к предмету.

61. Показывает 2 части тела на себе и других (где нос?).

62. Различает один и множество предметов.

63. Различает съедобное и несъедобное (на вид).

64. Узнает и показывает предметы на картинках.

65. Двигается, если слышит музыку.

66. Различает, ощупывая два предмета (плюшевый мишка, ложка).

67. Выбирает из двух одинаково любимых блюд (например, варенье — колбаса).

370

Активная речь

68. Громко и монотонно кричит.

69. Издаёт звуки, по которым можно понять, что ребенок чувствует себя хорошо.

70. Издаёт гласные звуки (а, э, ээ).

71. Издаёт согласные звуки (mmm...).

72. Издаёт сочетание звуков по цепочке (та-та-та-та).

73. Говорит двойные слоги (та-та, ма-ма).

74. Повторяет известные ему звуки и слоги вслед за кем-либо.

75. Произносит слоги с определенным смыслом («жжж» — машина, «ам-ам» — есть).

76. Первые детские слова со смыслом («ау-ау», «ав-ав» — лай собаки).

77. Может по указанию подражать звукам, слогам, движению рта.

78. Отчетливо говорит 3—4 слова.

79. Сопоставляет слова с ситуациями или предметами.

80. Изъявляет желания в однословных предложениях («мама!» — мама, подойди!).

81. Просит определенными словами, отчасти самим придуманными, пить или кушать.

82. Использует двухсловные комбинации со смыслом («мама пай»).

83. Употребляет не только главные слова, но и слова, называющие действия или признаки.

84. Называет свое имя, если спросят.

85. Начинает задавать вопросы («что это?»).

86. Обозначает себя: «я».

87. Использует вопрос «почему?».

88. Если спросят, называет свое полное имя.

Пассивная речь (понимание речи)

89. Реагирует на свое имя.

90. Реагирует на «нет», «нельзя» (быстро выполняет запрет).

91. Понимает простые указания жестом (протянутые руки = иди ко мне).

92. Показывает по просьбе любимые игрушки или людей (самое малое — 2).

93. Отвечает на определенные слова жестами, передающими соответствующий смысл («пока, пока!» — машет рукой).

94. Знает названия окружающих его / ее предметов (может показать не меньше 5 предметов, когда спрашивают «где?»...).

95. Понимает простые распоряжения без жеста («иди сюда», «принеси мне»).

96. Выполняет простые задания («закрой дверь», «принеси кружку»).

97. Любит слушать стихи, рифмы, ритмичное говорение.

98. Проявляет интерес к простым историям в картинках.

99. Понимает самое малое 20 слов.

100. Показывает из 6 представленных на выбор предметов 2 названных.

101. Прослушивает простые короткие рассказы.

102. Выполняет команды, даже если они сформулированы по-разному («запри дверь», «прикрой дверь», «закрой дверь»).

371

103. Понимает приказания, в которых встречаются предлоги: на, в, под, за это, на это, под это.

104. Ребенок имеет количественное понятие «два». Например, он / она может по просьбе подать сначала один, затем два из четырех положенных перед ним предметов.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРИСПОСОБЛЕННОСТЬ (АКТИВНОСТЬ)

105. Успокаивается при прикосновении или изменении положения.

106. Реагирует на обращенную речь.

107. Реагирует на выражение лица, например: улыбается в ответ (устанавливает на несколько секунд зрительный контакт).

108. Отличает серьезный тон от ласкового.

109. Показывает радостное возбуждение, если с ним играют.

110. Играет в игру «ку-ку» (стягивает платок с головы) или в другие первые игры-общения.

111. Ведет себя по-разному со знакомыми и незнакомыми людьми.

112. Наблюдает за взрослыми, когда те чем-либо занимаются.

113. Делает попытки подражать в играх «ладушки-ладушки», «полетели-полетели, на головку сели».

114. Повторяет вещи, за которые был похвален.

115. Повторяет простые жесты (машет ручкой — «до свидания»),

116. Может обратить на себя внимание с помощью издаваемого шума, жестов, звуков.

117. Хватает за протянутую ему руку.

118. Начинает реагировать на игру, например: прокатить мяч.

119. Подходит к другим детям и хватает их.

120. Выражает симпатию и антипатию (гладит «пай-пай» или отталкивает).

121. Интересуется своим зеркальным отражением.

122. Узнает какие-то из своих предметов.

123. Прижимает и гладит куклу или плюшевых зверей.

124. Любит, когда показывают книги с картинками.

125. Играет рядом с другими, но не вместе.

126. Подражает повседневной деятельности (помогает подметать, накрывать на стол, варить).

127. Проявляет первые попытки совместной игры с другими детьми.

128. Подчиняется простым игровым правилам.

МОТОРИКА

Двигательная способность (общая моторика)

129. Лежа на спине, может поворачивать голову.

130. Может держать свою голову в наклонном положении несколько секунд.

131. Лежа на животе, может удерживать свою голову в течение 30 секунд.

132. Дает себя поднимать за руки из лежачего положения на спине, поднимает при этом голову.

133. Лежа на животе, поддерживает себя на вытянутых вперед руках.

134. Перекачивается из положения лежа на животе на спину.

372

135. Сидит поддержкой.

136. Поднимается в сидячее положение.

137. Недолго сидит без поддержки с относительно прямой спиной.

138. Передвигается ползая, карабкаясь или скользя со своего места.

139. Поднимается в положение стоя.

140. Стоит, если крепко держится.

141. Может ходить с поддержкой.

142. Держится за мебель при ходьбе.

143. Может свободно стоять.

144. Может свободно ходить.

145. Поднимает что-либо наклоняясь.

146. Толкает и тянет крупные предметы, как бы играя.

147. Может подниматься по лестнице вверх, ставя обе ноги на ступеньку (держится за перила).

148. Спускается по лестнице, ставя обе ноги на ступеньку (держится за перила).

149. Может бегать (пробегает несколько шагов).

150. Открывает двери.

151. Забирается на стул.

152. Ходит спиной вперед.

153. Толкает мяч ногой, не теряя при этом равновесия.

154. Ловит большой мяч руками.

155. Использует детское средство передвижения (самокат, машину с педалями, велосипед).

156. Может подпрыгивать на двух ногах.

Ловкость пальцев и рук (мелкая моторика)

157. Складывает пальцы в кулак при малейшем нажатии на ладонь.

158. Зажимает предметы в кулаке и держит крепко, если предмет был положен в руку.

159. Ощупывает предметы, с которыми соприкасается.

160. Двигает, перемещает данные ему в руку предметы, может брать в рот.

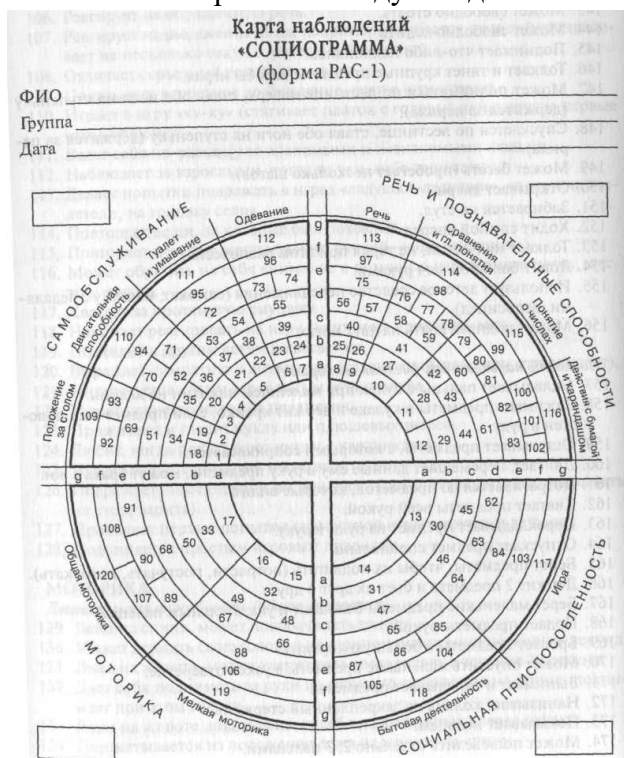
161. Дотрагивается до предметов, которые видит.

162. Хватает предметы всей рукой.

163. Перекладывает предмет из руки в руку.
164. Отпускает предмет специально.
165. Берет предметы, чтобы их подвигать (потрясти, постучать, потолкать).
166. Держит 2 предмета и бьет их друг о друга.
167. Берет маленькие предметы большим и указательным пальцем.
168. Подает предметы рукой.
169. Бросает предметы в большую корзину.
170. Может опустить маленькие предметы в узкое отверстие.
171. Вынимает и складывает предметы.
172. Нанизывает кольца на закрепленный стержень.
173. Показывает пальцем.
174. Может пошевелить отдельно 2, 3 пальцами.

373

175. Разворачивает завернутые конфеты.
176. Листает толстые страницы книги с картинками.
177. Нанизывает большие бусины на нитку.
178. Ставит 3-4 предмета друг на друга.
179. Чиркает мелом и толстым карандашом.
180. Отвинчивает крышки бутылочек, баночек.
181. Может переливать воду из одной чашки в другую.



374

Анкета методики «СОЦИОГРАММА»
(форма РАС-1)

САМООБСЛУЖИВАНИЕ

Поведение за столом

1. Ест ложкой и не нуждается при этом в помощи.
2. Пьет не проливая, держит стакан одной рукой.
18. Легко пользуется вилок за едой.
19. В состоянии принести себе что-либо попить.
34. Обслуживает за столом себя сам и ест, не требуя особой помощи.
51. Пользуется ножом при намазывании варенья или масла и т. д.
69. Использует без больших трудностей нож, чтобы что-либо разрезать. 92. Без труда правильно пользуется ложкой и вилок.
109. Пользуется ножом, чтобы очищать фрукты.

Двигательная способность

3. Поднимается по лестнице вверх, ставит обе ноги на каждую ступеньку.

4. Спускается по лестнице, ставит обе ноги на каждую ступеньку.

20. Использует какое-либо детское средство передвижения (например, трехколесный велосипед, при этом не обязательно использует педали).

35. Поднимается по лестнице, причем старается ставить одну ногу на каждую ступеньку, не держась при этом руками.

36. Спускается по лестнице, старается ставить одну ногу на каждую ступеньку, не держась при этом руками.

52. Ходит в гости к соседям и выходит во двор.

70. Не нуждается во время игры вне дома в особом присмотре, когда час или несколько находится во дворе.

71. Гуляет во дворе, не нуждаясь в особом присмотре.

94. Бегает без присмотра в окрестностях, но не перебегает улицу.

110. Гуляет в окрестностях без присмотра, пересекая при этом улицу.

Туалет и умывание

5. В общем, ребенок чистый, только иногда что-то происходит.

21. Говорит, что хочет в туалет, или ходит самостоятельно.

22. Вытирает руки аккуратно, не нуждаясь при этом в большой помощи.

37. Самостоятельно ходит в туалет и подтирает себя.

38. Тщательно моет руки с мылом.

53. Моет лицо достаточно хорошо (не обязательно за ушами).

54. Чистит зубы.

72. Как правило, приводит волосы в порядок.

95. Моется полностью и основательно без особого присмотра.

111. Приготавливает все для мытья.

375

Одевание (раздевание)

6. Снимает чулки, колготки.

7. Помогает, когда его одевают.

23. Снимает и надевает самостоятельно отдельные части одежды.

24. Застегивается, если есть пуговицы.

39. Складывает одежду и приводит ее в порядок.

55. Раздевается вечером самостоятельно, и при этом нет необходимости в постоянном контроле.

73. Одевается утром сам в заранее приготовленную одежду, и при этом нет необходимости в постоянном контроле.

74. Достает (из шкафа, с вешалки) и самостоятельно надевает наиболее часто используемые предметы одежды.

96. Зашнуровывает обувь.

112. Застегивает ремень, завязывает пояс.

РЕЧЬ И ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ

Речь

8. Следует простым указаниям (правильно реагирует минимум на четыре простых указания, например: «закрой дверь», «дай мне руку», «покажи нос», «закрой глаза», «подними кубик», «брось мяч» и т. д.).

9. Понимает команды, в которых употреблены предлоги места, направления, то есть на, в, за, под, над, перед. (Правильно реагирует минимум на пять указаний, не сопровождаемых жестом, например: «поставь тарелку на стол», «положи книгу в ящик», «встань за доску», «залезай под стол», «подними мяч над головой»).

25. Рассказывает связно и достаточно понятно для всех о переживаемых событиях.

26. Предложения содержат множественное число, формы прошедшего времени, «я» и сравнительные слова.

40. Понимает простые вопросы и дает правильные по смыслу ответы.

56. Может раскрыть значение простых слов (например: «что такое стул?» — ответ: «чтобы сидеть»).

57. Употребляет главные и придаточные предложения с союзами: потому что, однако, но, если, несмотря на, потом, во время (минимум три слова употребляет спонтанно).

75. Понимает «тройные команды», например: «Сделай это..., потом..., затем...» (Все три действия ребенок выполняет в указанной последовательности и без помощи словом, жестом или взглядом).

97. Понимает пространственные ориентиры: вверх, слева, вниз, справа и т. д. (например: «положи книгу на верхнюю полку слева»).

113. Без труда повторяет рассказ (например: пересказать ранее не знакомую сказку из 10—12 коротких предложений, без подсказки. Допустима помощь: «А что было потом?»).

Сравнение и элементарные понятия

10. Различает по родам: мужчина — женщина, мальчик — девочка.

376

27. Может устанавливать соответствия в цвете: такой — не такой. (Например: раскладывает отрезки цветной бумаги в соответствии с цветом — красный с красным, синий с синим и т. д.).

41. Различает понятия: короткий, длинный, маленький, большой, толстый, тонкий.

58. Различает и называет безошибочно 4 и более цветов.

59. Безошибочно различает дообеденное время и послеобеденное.

76. Показывает право и лево на себе.

77. Называет механически дни недели и «узнает» некоторые дни. (Например, среда — едем в бассейн).

98. Определяет точное время по четвертям часа.

114. Определяет время и связывает время с различными действиями и событиями.

Понятие числа (количество)

11. Может безошибочно различить «много» и «один».

28. Понимает различие между двумя и множеством предметов.

42. Может механически сосчитать до 10 предметов.

43. Может обходиться с числовыми операциями до 4.

60. Может разложить предметы по величине от маленького до большого.

79. Может механически сосчитать 30 и более предметов.

80. Может обходиться с числовыми операциями до 13 и более.

81. Может назвать монеты (1, 5, 10, 20, 50, 100 рублей).

99. Может сложить различные монеты до суммы в 100 рублей. 115. Может дать сдачу до 100 рублей.

Действия с бумагой и карандашом

12. Держит карандаш и может написать за учителем косые полосы и крючки.

29. Может рисовать окружности за учителем.

44. Рисует «человечка», у которого есть хотя бы голова и ноги.

61. Рисует узнаваемые «дома» и «людей».

82. Пишет свое имя печатными буквами или узнает его среди других имен или печатных слов.

83. Может различать 40 и более слов, написанных печатно.

100. Пишет свое имя (нормальным шрифтом).

101. Читает простые заголовки, обращения (например: не курить!). Не меньше 10.

102. Адресует конверт в приемлемом виде. 116. «Читает» простые печатные тексты.

СОЦИАЛЬНАЯ ПРИСПОСОБЛЕННОСТЬ

Игра

13. Играет в присутствии других, но, однако, это не совместная игра. 30. Ждет своей очереди, может уступить другому.

45. Играет в совместные игры с другими.

46. Охотно разговаривает с другими.

377

62. Принимает участие в соревновательных играх.

63. Рассказывает, изображает историю так, как он слышал.

64. Поет и танцует под музыку, может поставить пластинку.

84. Принимает участие в простых настольных играх (лото, домино и т. д.).

103. Принимает участие в играх с мячом.

117. Принимает участие в командных играх.

Бытовая деятельность

14. По просьбе приносит или относит предметы.

31. Помогает дома, когда просят.

47. Выполняет простые поручения вне дома.
65. По поручению взрослого может один зайти в магазин, найти хотя бы один предмет (продукт), заплатить за него и с покупкой и сдачей выйти из магазина, где его ждет взрослый.
85. Выполняя поручения, правильно обращается с деньгами.
86. Ходит в магазин и покупает определенные вещи.
87. Берет на себя маленькие обязанности.
104. Помогает дома, ходит в разные магазины.
105. Выполняет небольшие работы без присмотра.
118. Выполняет 3 простых поручения самостоятельно.

Мелкая моторика

15. Может нанизывать большие бусы.
16. Может практически применять поворотные движения.
32. Может ножницами резать бумагу.
48. Может конструктивно обходиться с пластилином и деревянным конструктором.
49. Может вырезать картинки, хотя не очень ровно.
66. Может наматывать нитку на шпульку.
67. Может из соответствующего материала строить сложные конструкции.
88. Может разрезать материал ножницами.
106. Может складывать в стопку бумагу, игральные карты.
119. Может аккуратно отрезать бумагу по начерченным линиям.

Подвижность (общая моторика)

17. Может пинать мяч ногами, не падая при этом.
33. Может прыгать, скакать на двух ногах.
50. Может 10 секунд стоять на носочках.
68. Может скакать на скакалке.
89. Умеет обращаться с молотком или шить.
90. Может попасть мячом (30х30 см) в цель на расстоянии 1,5 м.
91. Может играть с надувными мячами (шарами) довольно уверенно.
107. Использует инструменты, кухонные и садовые «машины».
108. Может стоять на носочках и держать равновесие при наклоне вперед.
120. Может держать равновесие, стоя на носочках на корточках.

378

1.3. Опросник для родителей:

Шкала навыков, необходимых для социальной адаптации (по D. Norris and P. Williams, 1975)

Навыки личного обслуживания

1. Пользование ванной.
2. Умение мыться.
3. Забота о волосах, ногтях, зубах.
4. Вытирание полотенцем.
5. Использование общественного туалета.
6. Надевание одежды и обуви и уход за ними.
7. Употребление основной кухонной утвари.
8. Умение пользоваться газовыми и электрическими плитами.
9. Использование шкал и мер.
10. Приготовление простых блюд.
11. Выполнение основных домашних поручений.
12. Простая стирка и глажение.
13. Пользование телефоном и умение сделать срочный вызов (врача, пожарных).
14. Самостоятельное пользование общественным транспортом и знание правил пешехода.
15. Езда на велосипеде.
16. Владение основными предосторожностями против возникновения пожара.
17. Умение обратиться за помощью в необходимых случаях.
18. Распознавание цвета.
19. Понимание показаний часов с латинскими и арабскими цифрами на циферблате.
20. Пользование будильником.
21. Счет наизусть.

22. Совершение простых счетных операций.
23. Знание денежных купюр и монет.
24. Использование денег при покупках.
25. Простое письмо, значение и написание имени и адреса.
26. Чтение социально значимых слов.
27. Умение правильно стоять, сидеть и ходить.
28. Прием лекарств по назначению, оказание элементарной первой помощи.

Социальные навыки

1. Установление и поддержание отношений с окружающими, умение получать удовлетворение от этих отношений.

2. Умение правильно переносить замечания.
3. Проявление нормальной реакции на доброту и любовь.

379

4. Овладение основными речевыми навыками.
5. Умение начинать разговор.
6. Пользование формулами вежливости: «пожалуйста», «спасибо» и др.
7. Умение получить совет.
8. Пользование столовой.
9. Умение назначить встречу и быть вовремя при приглашении.
10. Осознание опасности чрезмерного курения и выпивки.
11. Осознание моральных норм, относящихся к сексуальному поведению.
12. Знание функции таких государственных учреждений, как милиция, больницы.
13. Умение пригласить и развлечь дома гостей.

Трудовые навыки

1. Способность использовать простые инструкции.
2. Употребление простейших механических устройств.
3. Выполнение обычных домашних обязанностей.
4. Способность переносить усталость.
5. Принятие указаний и руководства.
6. Принятие ответственности.
7. Принятие роли подчиненного.
8. Пунктуальность. ■
9. Умение устанавливать отношения в процессе работы.

Отдых и развлечения

1. Умение организовать свободное время.
2. Установление дружеских отношений.
3. Участие в клубных занятиях и кружках.
4. Увлечения чем-либо (хобби).
5. Посещение библиотек и музеев.
6. Понимание в доступных пределах музыки и искусства.
7. Способность танцевать.
8. Умение «пользоваться» кинотеатрами и местами развлечений.

1.4. Анкета для определения социально-бытовых навыков

1. Умеет ли Ваш ребенок самостоятельно пользоваться умывальным принадлежностями?
2. Требуется ли Вашему ребенку помощь, когда он чистит зубы?
3. Обладает ли Ваш ребенок необходимыми навыками и умениями для самостоятельного принятия ванны?
4. Требуется ли Вашему ребенку помощь при посещении туалета?

380

5. Самостоятельно ли одевается Ваш ребенок?
6. Может ли Ваш ребенок самостоятельно выбирать себе одежду, в зависимости от ситуации?
7. Переодевается ли Ваш ребенок без напоминания, когда это необходимо?
8. Умеет ли Ваш ребенок застегивать пуговицы?
9. Обладает ли Ваш ребенок навыком обращения с молнией, кнопками?
10. Умеет ли Ваш ребенок завязывать шнурки?
11. Можете ли Вы оставить своего ребенка на некоторое время дома одного?

12. Умеет ли он пользоваться бытовыми электрическими, электроосветительными приборами?

13. Доверяете ли Вы своему ребенку пользование телефоном?

14. Умеет ли Ваш ребенок пользоваться плитой и другими нагревательными приборами?

15. Может ли он подогреть себе пищу?

16. Может ли он приготовить бутерброды?

17. Самостоятельно ли ест Ваш ребенок?

18. Пользуется ли он вилок?

19. Доверяете ли Вы ему нож?

20. Учили ли Вы его пользоваться телефоном?

21. Может ли он в необходимом случае связаться с пожарной охраной (другими службами)?

22. Знает ли Ваш ребенок функции таких учреждений, как милиция, больница и т. д.?

23. Умеет ли Ваш ребенок читать?

24. Узнает ли Ваш ребенок социально значимые слова?

25. Приходилось ли ребенку сопровождать Вас в магазин?

26. Может ли он сходить в магазин самостоятельно?

27. Ориентируется ли в деньгах?

28. Умеет ли считать наизусть?

29. Может ли написать свое имя и адрес?

30. Умеет ли организовать свое время?

31. Проявляет ли к чему-нибудь повышенный интерес?

32. Слушает ли музыку?

33. Танцует ли Ваш ребенок?

34. Обладает ли умением начинать разговор?

35. Пользуется ли в разговоре вежливыми формулами речи?

36. Есть ли у него друзья?

37. Принимает ли Ваш ребенок участие в занятиях какого-либо кружка?

38. Научен ли Ваш ребенок стирать себе некоторые предметы своей одежды?

39. Пользовался ли он утюгом?

40. Выполняют ли Ваш ребенок дома определенные домашние обязанности?

41. Устанавливает ли для жизни четкий распорядок дня?

42. Ориентируется ли во времени с помощью часов?

43. Нужна ли Вашему ребенку помощь во время прогулки?

44. Гуляет ли он самостоятельно?

45. Посещаете ли Вы с ребенком места развлечений и т. д.?

381

Ключ

1.	+	16.	+	31.	+
2.	-	17.	+	32.	+
3.	+	18.	+	33.	+
4.	-	19.	+	34.	+
5.	+	20.	+	35.	+
6.	+	21.	+	36.	+
7.	+	22.	+	37.	+
8.	+	23.	+	38.	+
9.	4-	24.	+	39.	+
10.	+	25.	+	40.	+
11.	+	26.	+	41.	+
12.	+	27.	+	42.	+
13.	+	28.	+	43.	-
14.	+	29.	+	44.	+
15.	+	30.	+	45.	+

1.5. Анкета для определения эмоционально-поведенческих особенностей

1. Часто ли бывает у Вашего ребенка радостное настроение?

2. Испытывает ли Ваш ребенок беспокойство перед посещением врача?

3. Боится ли Ваш ребенок оставаться один в темноте?

4. Боится ли он грозы, молнии?
5. Пугается ли он собак или каких-либо животных?
6. Часто ли Ваш ребенок бывает настолько возбужден, что не может заснуть?
7. Часто ли Ваш ребенок бывает чем-то встревожен?
8. Ему трудно сосредоточиться на чем-либо одном?
9. Часто ли Ваш ребенок приходит в замешательство?
10. Ваш ребенок очень застенчив?
11. У него беспокойный и прерывистый сон?
12. Ваш ребенок настороженно относится к незнакомым людям?
13. Он уверенно чувствует себя в незнакомом месте?
14. Ваш ребенок обычно спокоен?
15. Он легко расстраивается?
16. У Вашего ребенка преобладает ровное настроение?
17. Часто ли Ваш ребенок приходит в возбужденное или беспокойное состояние?
18. Быстро ли устает Ваш ребенок?
19. Легко ли он может заплакать?
20. Ваш ребенок отличается упрямством?
21. Быстро ли он успокаивается после раздражения?

382

22. Часто ли меняется настроение у Вашего ребенка?
23. Возникает ли у Вашего ребенка эмоциональное возбуждение, когда нарушается привычный распорядок дня?
24. Может ли он обидеться на Вас за то, что Вы сделали что-либо не так, как он хотел?
25. Если Ваш ребенок разозлится, то может кого-либо ударить?
26. Проявляются ли у него вспышки гнева?
27. Ваш ребенок спокойно реагирует на замечания, указания?
28. Бывает ли ему стыдно за совершенные поступки?
29. Может ли он скрыть плохое отношение к кому-либо?
30. Ругается ли Ваш ребенок?
31. Когда Ваш ребенок раздражен, может ли он причинить себе вред?
32. Вступает ли он в спор с Вами на повышенных тонах?
33. Бывают ли у Вашего ребенка вспышки гнева без видимой причины?
34. Имеет ли Ваш ребенок склонность к стереотипным действиям?
35. Любопытен ли Ваш ребенок?
36. Долго ли помнит обиды Ваш ребенок?
37. Заботится ли он о других?
38. Часто ли у него бывают спады и подъемы настроения?
39. Ваш ребенок раздражителен?
40. Он часто чувствует себя усталым без какой-либо причины?
41. Его сильно нервирует ожидание?
42. Он работает (выполняет какое-либо задание) с большим напряжением?
43. Уходил ли Ваш ребенок от Вас надолго без разрешения?
44. Ваш ребенок намеренно говорит что-нибудь неприятное или обидное для человека?
45. Ему нравится общаться со сверстниками?

Ключ

1.	+	16.	+	31.	-
2.	—	17.	-	32.	—
3.	—	18.	-	33.	—
4.	—	19.	-	34.	—
5.	-	20.	—	35.	+
6.	—	21.	+	36.	—
7.	-	22.	-	37.	+
8.	—	23.	-	38.	—
9.	—	24.	-	39.	—
10.	-	25.	—	40.	—
11.	—	26.	-	41.	—

12.	-	27.	+	42.	—
13.	+	28.	+	43.	—
14.	+	29.	+	44.	—
15.	—	30.	-	45.	+

383

1.6. Схема исследования речи молодых людей с нарушением интеллекта

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ.

1.1. ФИО.

1.2. Возраст.

1.3. Диагноз.

1.4. Речевой анамнез.

2. СВЕДЕНИЯ ОБ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (указать тип учреждения, сроки и результаты).

2.1. Пребывание в массовых образовательных учреждениях.

2.2. Пребывание в специальных образовательных учреждениях.

2.3. Получение логопедической помощи в специальных образовательных учреждениях.

2.4. Получение логопедической помощи в медицинских учреждениях.

2.5. Оказание частной логопедической помощи.

3. СОСТОЯНИЕ ИМПРЕССИВНОЙ РЕЧИ.

3.1. Наличие ситуативного понимания речи.

3.2. Потребность в жестовом сопровождении ситуативной речи.

3.3. Наличие внеситуативного понимания речи.

4. СОСТОЯНИЕ ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ.

4.1. Наличие экспрессивной речи.

4.2. Общая характеристика экспрессивной речи (однословная, фразовая, развернутая).

4.3. Использование экспрессивной речи в коммуникации (постоянное, ограниченное, не использует).

4.4. Использование мимики и жестов в коммуникации (не использует, сопровождает речь, заменяет речь).

4.5. Специфические особенности речи (речевой негативизм, логоррея, эхо-лалия, аутичная речь, вербализм, резонерство).

4.6. Способы выражения желаний (мимика, жесты, крики, показ, речь).

5. ПРОИЗНОСИТЕЛЬНЫЕ СПОСОБНОСТИ.

5.1. Строение и функционирование органов произношения.

5.1.1. Состояние дыхательной функции.

5.1.2. Состояние голосовой функции.

5.1.3. Состояние органов артикуляции.

5.2. Характеристика произношения.

5.2.1. Темп.

5.2.2. Ритм.

5.2.3. Внятность.

5.2.4. Звукопроизношение.

5.2.5. Звукослоговая структура слов.

384

6. СПОСОБНОСТЬ К РЕЧЕВОМУ ПОДРАЖАНИЮ.

6.1. Повторение звуков (гласных, согласных).

6.2. Повторение слогов (прямых, обратных, со стечением согласных).

6.3. Повторение серии слогов (одинаковых, разных).

6.4. Повторение слов разной звукослоговой структуры.

6.5. Повторение серии слов.

6.6. Повторение фраз.

7. ОТНОШЕНИЕ И СПОСОБНОСТЬ К ПЕНИЮ.

7.1. Восприятие песен. -

7.2. Наличие любимых песен.

7.3. Воспроизведение песен.

8. СОСТОЯНИЕ ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКОГО СТРОЯ РЕЧИ.

8.1. Понимание категорий рода, числа, падежа существительных.

8.2. Наличие аграмматизмов в экспрессивной речи.

9. НАЛИЧИЕ И ХАРАКТЕР ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ.

9.1. Чтение.

9.2. Письмо.

10. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

10.1. Возможность использования имеющейся речи для коммуникации.

10.2. Логопедический диагноз.

10.3. Рекомендации по развитию и совершенствованию речи.

1.7. Тест-опросник родительского отношения к детям (А. Л. Варга, В. В. Столин)

Уважаемые родители!

Предлагаемый вам опросник содержит некоторые утверждения о воспитании детей. Все они пронумерованы. Такие же номера вы видите в «Бланке для ответов». Читайте по порядку утверждения опросника. Если вы в целом согласны с каким-то конкретным утверждением, то на «Бланке для ответов» обведите кружком номер этого утверждения. Если не согласны — зачеркните этот номер. Если вам трудно сформулировать свое отношение, то возле номера вопроса на «Бланке» поставьте вопросительный знак.

В этом опроснике нет «правильных» или «неправильных» утверждений. Поэтому отвечайте так, как вы сами думаете. Тем самым вы поможете себе и психологу. Не спешите. Желаем успеха.

385

Текст опросника

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, что думает мой ребенок.
3. Я уважаю своего ребенка.
4. Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.
5. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
6. Я испытываю к своему ребенку чувство расположения.
7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.
8. Мой ребенок часто неприятен мне.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
10. Бывают случаи, когда издевательское отношение к ребенку приносит ему большую пользу.
11. Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку.
12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
13. Мне кажется, что дети потешаются над моим ребенком.
14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят.
15. Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый.
16. Мой ребенок ведет себя плохо специально, чтобы досадить мне.
17. Мой ребенок выпитывает все дурное, как губка.
18. Моего ребенка трудно научить хорошим манерам.
19. Ребенка следует держать в жестких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек.
20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.
21. Я принимаю участие в своем ребенке.
22. К моему ребенку липнет все дурное.
23. Мой ребенок не добьется успеха в жизни.
24. Когда в компании знакомых говорят о детях, мне немного стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как мне бы хотелось.
25. Я жалею своего ребенка.
26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям.
27. Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким.
29. Я часто ловлю себя на враждебном отношении к ребенку.

30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего того, что мне нравится и кажется необходимым.

31. Родители должны приспосабливаться к ребенку, а не только требовать этого от него.

32. Я стараюсь выполнять все просьбы моего ребенка.

386

33. При принятии семейных решений следует учитывать мнение ребенка.

34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.

35. В конфликте с ребенком я часто могу признать, что он по-своему прав.

36. Дети рано узнают, что родители могут ошибаться.

37. Я всегда считаюсь с ребенком.

38. Я испытываю к ребенку дружеские чувства.

39. Основные причины капризов моего ребенка — эгоизм, упрямство и лень.

40. Невозможно нормально отдохнуть, если проводить отпуск с ребенком.

41. Самое главное — чтобы у ребенка было спокойное и беззаботное детство, все остальное .приложится.

42. Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.

43. Я разделяю увлечения своего ребенка.

44. Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.

45. Я понимаю огорчения своего ребенка.

46. Мой ребенок часто раздражает меня.

47. Воспитание ребенка — сплошная нервотрепка.

48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.

49. Я не доверяю своему ребенку.

50. За строгое воспитание дети потом благодарят.

51. Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.

52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.

53. Я разделяю интересы своего ребенка.

54. Мой ребенок не в состоянии сделать что-либо самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.

55. Мой ребенок вырастет неприспособленным к жизни.

56. Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.

57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.

58. Нередко я восхищаюсь своим ребенком.

59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.

60. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.

61. Очень желательно, чтобы ребенок дружил с теми детьми, которые нравятся его родителям.

Для оценки результатов опросника используют 5 шкал. **I. «Принятие — отвержение»:** интегральное эмоциональное отношение к ребенку.

II. «Кооперация»: социально-желательный образ родительского отношения.

III. «Симбиоз»: межличностная дистанция в общении с ребенком.

IV. «Авторитарная гиперсоциализация»: форма и направление контроля над поведением ребенка.

V. «Маленький неудачник»: особенности восприятия и понимания ребенка родителем.

387

Бланк для регистрации ответов родителей

1	11	21	31	41	51
2	12	22	32	42	52
3	13	23	33	43	53
4	14	24	34	44	54
5	15	25	35	45	55
6	16	26	36	46	56
7	17	27	37	47	57
8	18	28	38	48	58
9	19	29	39	49	59
10	20	30	40	50	60

Ваши фамилия, имя, отчество Фамилия и имя вашего ребенка Возраст ребенка _____

Кто заполнял: отец, мать или воспитатель (подчеркнуть).

1.8. Психологическая автобиография

Инструкция. Перечислите наиболее важные события, которые произошли в Вашей жизни, а также те, которые Вы ожидаете в будущем. Каждое событие, как состоявшееся, так и ожидаемое, было (будет) радостным или грустным. Попробуйте выразить свое отношение к указанным Вами событиям, оценив радостные от +1 до +5, а грустные — от —1 до —5. Отметьте на бланке примерные даты событий.

Бланк обследования

	п/п	Событие	Оценка события	дата	Примечание
Прошедшие события					
Будущие события					

388

В соответствии с полученными показателями можно охарактеризовать следующие параметры: продуктивность воспроизведения образов жизненного пути, оценку событий испытуемым (значимость для него тех или иных жизненных событий, их желательность — нежелательность, степень их влияния, среднее время антиципации и ретроспекции), а также дать содержательную характеристику событий (тип и вид значимых событий, их частоту встречаемости) («оригинальность» — «популярность» и «силу» — «слабость»). Рассмотрим каждый из параметров.

Продуктивность воспроизведения образов жизненного пути.

Определяется по количеству названных событий.

Оценка событий.

А. Значимость жизненных событий. Определяется по «весу», которым наделяет испытуемый то или иное событие.

Б. Желательность — нежелательность событий. Во многих исследованиях утверждается о неспецифичности влияния событий на здоровье, то есть их стрессогенности вне зависимости от желательности событий. Если при анализе событий акцентировать внимание на степени их значимости, то, возможно, подобная дифференциация событий не становится особенно необходимой: если событие называется, ясно, что оно значимо. С другой стороны может возникнуть следующий вопрос: какие события более значимы — негативные (грустные, нежелательные) или позитивные (радостные, желательные)?

В. Степень влияния событий. Данный показатель конкретизирует предыдущие. При обработке результатов, полученных в результате применения «Психологической автобиографии», предлагается выделять по степени влияния на испытуемого события, оказывающие значительное влияние (4-5 баллов), умеренное (3 балла), малое (1—2 балла).

Содержание событий

Тип и вид значимых событий. Существует множество попыток классификации событий по содержанию. В данной методике предлагается классификация Х. Риза и М. Смайера в модифицированном виде.

Типы событий

I. Биологический (например, травма, рождение ребенка).

II. Личностно-психологический (например, выбор жизненного пути, события, связанные с использованием свободного времени).

III. Тип событий, относящихся к изменениям физической среды (например, землетрясение, полет).

IV. Тип событий, относящийся к изменениям социальной среды (например, вступление в брак, продвижение по службе).

По виду события могут быть отнесены к следующим жизненным сферам:

1. Родительская семья.
 2. Брак. 3. Дети.
- 389
4. Место жительства.
 5. Здоровье.
 6. «Я».
 7. Общество.
 8. Межличностные отношения.
 9. Материальное положение.
 10. Учеба, повышение квалификации.
 11. Работа.
 12. Природа.

1.9. Методика «Шкала самооценки» (по Ч. Д. Спилбергеру, Ю. Л. Ханину)

Цель. Исследование уровня тревожности в данный момент (ситуативная тревожность) и уровня тревожности как устойчивой характеристики (личностная тревожность). Тест может применяться для лиц в возрасте от 16 лет.

Порядок исследования. Тест методики зачитывается экспериментатором или предъявляется испытуемому списком на заранее подготовленных бланках. Тест состоит из двух шкал, по 20 утверждений в каждой, отдельно оценивающих ситуативную, личностную тревожность.

Испытуемые, отвечая на утверждения первой части опросника (№ 1, 20), выбирают один из четырех вариантов ответов: 1) нет; 2) скорее нет; 3) скорее да; 4) да. Напротив номера утверждения записывают число, соответствующее выбранному ответу. Для второй части опросника (утверждения № 21, 40) варианты ответов иные: 1) почти никогда; 2) иногда; 3) часто; 4) почти всегда.

Инструкция. «Вам будет зачитан ряд утверждений. Внимательно прослушав каждое из них, выберите из четырех возможных ответов один наиболее подходящий, по вашему мнению. Напротив номера утверждения запишите число, соответствующее выбранному вами ответу. Для утверждений с 1 по 20 варианты ответов таковы: 1) нет; 2) скорее нет; 3) скорее да; 4) да. Вопросы есть? Начинаем».

После того как будут зачитаны все предложения первой части, предлагаются новые варианты ответов:

«Для следующих 20 утверждений, которые будут вам предложены, варианты ответов другие: 1) почти никогда; 2) иногда; 3) часто; 4) почти всегда. Вы также выбираете самый подходящий ответ и записываете соответствующее ему число.

Возможно, что некоторые суждения вам покажутся чрезмерно личными, отвечайте на них искренне. Для правильности оценки вашего состояния нужны достоверные ответы. Вы можете быть уверены, что обработка материала выполняется только психологом, и результаты не разглашаются окружающим».

Обработка данных анкеты. Результаты обрабатываются по двум различным формулам. При обработке учитываются прямые и обратные суждения.

В 1-й шкале прямые суждения 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18.

390

Во 2-й шкале 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40.

Обратные суждения — все остальные.

Подсчитывается сумма чисел, записанных при ответе на прямые утверждения: № 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 (\sum_1), затем сумма обратных утверждений то есть № 1, 2, 5, 10, 11, 15, 16, 19, 20 - (\sum_2). Потом высчитываете* показатель уровня реактивной или актуальной тревожности:

$$PT = \sum_1 - \sum_2 + 50.$$

Аналогичным образом подсчитывается уровень личностной тревожности:

$$LT = \sum_1 - \sum_2 + 35.$$

где \sum_1 — сумма цифр ответов на прямые утверждения № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; \sum_2 — сумма остальных цифр по обратным утверждениям № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Нормы и средние значения: 0-30 — низкий уровень тревоги и тревожности; ³¹⁻⁴⁵ — средний уровень тревоги и тревожности; 46 и более — высокий уровень тревоги и тревожности.

Текст опросника

1. Я спокоен.

2. Мне ничего не угрожает.

3. Я нахожусь в напряжении.
 4. Я испытываю сожаление.
 5. Я чувствую себя свободно.
 6. Я расстроен.
 7. Меня волнуют возможные неудачи.
 8. Я чувствую себя отдохнувшим.
 9. Я встревожен.
 10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения.
 11. Я уверен в себе.
 12. Я нервничаю.
 13. Я не нахожу себе места.
 14. Я взвинчен.
 15. Я не чувствую скованности. 16. Я доволен.
 17. Я озабочен.
 18. Я слишком возбужден, и мне не по себе.
 19. Мне радостно.
 20. Мне приятно.
 21. Я испытываю удовольствие.
 22. Я очень быстро устаю.
 23. Я легко могу заплакать.
 24. Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.
- 391
25. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения.
 26. Обычно я чувствую себя бодрым.
 27. Я спокоен, хладнокровен и собран.
 28. Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня.
 29. Я слишком переживаю из-за пустяков.
 30. Я вполне счастлив.
 31. Я принимаю все слишком близко к сердцу.
 32. Мне не хватает уверенности в себе.
 33. Обычно я чувствую себя в безопасности.
 34. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей.
 35. У меня бывает хандра. 36. Я доволен.
 37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня.
 38. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть.
 39. Я уравновешенный человек.
 40. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах.

1.10. Методика «Семантический дифференциал»

Набор шкал данной методики использует средние определители, чередование положительных и отрицательных полюсов шкал, минимизирующее ошибку за счет скоса ответов на горизонтальных шкалах влево, а также чередование шкал трёх основных факторов — оценки (О), силы (С) и активности (А). Се-

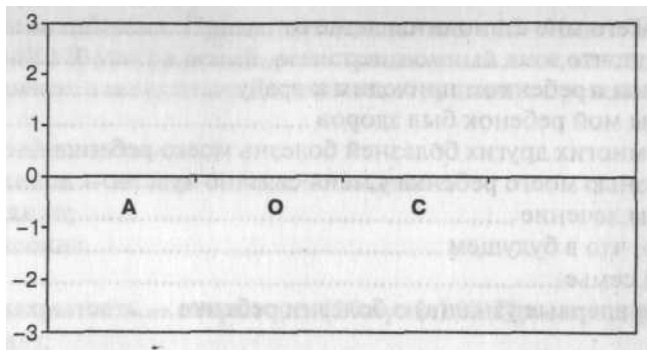
Таблица 1

Семантические определители, используемые при проведении исследований по методу «Семантический дифференциал»

И ндекс факто ра	По лярност ь	Левы й полюс ые шкалы	Допустим ые значения шкал	Прав ый полюс ые шкалы	По лярност ь
О	+	Гладко е	32 10123	Шерш авое	
С	-	Женст венное	32 10123	Муже ственное	+
А	+	Горяче е	32 10 123	Холод ное	
О	-	Смутн	32 10 123	Ясное	+

		ое			
С	+	Сильн ое	32 10 123	Слабо е	
А	-	Тихое	32 10 123	Громк ое	+
О	+	Хорош ее	3210123	Плохо е	
С	-	Мален ькое	3210123	Больш ое	+
А	+	Остро е	32 10123	Тупое	
О	-	Кисло е	32 10 123	Сладк ое	+
С	+	Сложн ое	32 10 123	Прост ое	-
А	-	Пасси вное	32 10123	Актив ное	-

392



мантические определители шкал и их возможные значения, используемые в данной методике исследования, приведены в таблице. В качестве оцениваемых понятий были выбраны эмоционально значимые понятия «Мой сын / дочь», «Будущее моего сына /дочери», «Болезнь моего сына/дочери» и «Я сам». С помощью этой методики исследовали уровень эмоциональной напряженности матерей по отношению к означенным выше понятиям, их смысловую сферу.

1.11. Методика «Незаконченные предложения»

В соответствии с техникой методики «Незаконченные предложения» испытуемому предлагается закончить предъявляемые ему предложения, составленные таким образом, что допускается практически неограниченное разнообразие возможностей их завершения. Полученные фразы рассматриваются как отражение значимых, актуальных для личности переживаний.

Ф.И.О.....

1. Здоровье моего ребенка было бы хорошим, если бы.....
2. Он заболел, потому что.....
3. Когда я думаю о его болезни.....
4. Чтобы лечиться, нам нужно.....
5. Я хочу, чтобы когда-нибудь.....
6. Когда стало известно о болезни моего ребенка, моя семья.....
7. Когда мой ребенок видит врачей.....
8. Его здоровье зависит, прежде всего, от.....
9. Самое неприятное в его болезни.....
10. Я думаю, что лечение его болезни.....
11. Будущее кажется мне.....
12. Мои близкие думают, что я.....
13. Я хотел бы, чтобы врачи.....
14. Другим я посоветовал бы.....
15. С такой болезнью, как у моего ребенка,.....
16. Если бы все знали, какая боюсь.....

393

17. Чаще всего мне становится легче от.....
18. Все ждут, что я.....
19. Когда мы с ребенком приходим к врачу.....
20. Если бы мой ребенок был здоров.....
21. Среди многих других болезней болезнь моего ребенка
22. С болезнью моего ребенка у меня связано чувство.....
23. Если бы лечение.....
24. Я верю, что в будущем.....
25. В моей семье.....
26. Когда я впервые узнал(а) о болезни ребенка.....

1.12. Методика исследования самооотношения (по С. Р. Пантелееву)

В исследованиях С. Р. Пантелеева была выявлена структура самооотношения, включающая три составляющие: самоуважение, аутосимпатию и самоуничижение.

Таблица 2

Схема строения самооотношения (по результатам факторного анализа групповых данных)

Факторы модальности	Самоуважение	Аутосимпатия	Самоуничижение
Шкалы (аспекты)	Саморуководство Самоуверенность Отраженное самооотношение Социальная желательность «Я»	Самопривязанность Самоценность Самопринятие	Внутренняя конфликтность Самообвинение

Указанная структура была выявлена при статистическом анализе пунктов опросника самооотношений, сконструированного С. Р. Пантелеевым. Данный опросник включал 9 субшкал.

Назначение. Для выявления особенностей самооотношения личности.

Предполагает выявление следующих характеристик:

П закрытости,

- самоуверенности,
- саморуководства,
- отраженного самооотношения,
- самоценности,
- самопринятия,
- самопривязанности,

О внутренней конфликтности, О самообвинения.

394

Возрастная валидность. Применяется, начиная с 15—16 лет. Текстопросника, содержащий 110 утверждений, регистрационный лист, ключи, шкала перевода сырых оценок в шкальные. Допускается групповое проведение и индивидуальное.

Нормы и средние значения:

- от 1 до 3 стенов — низкие значения по шкале;
- 4-7 — средние;
- 8—10 — высокие.

Шкала 1: закрытость — открытость (14 пунктов). Примеры пунктов, входящих в эту шкалу:

- Иногда я пытаюсь выдавать себя не за того, кто я есть.
- Мне случалось совершать поступки, которым вряд ли можно найти оправдание.
- О Я никогда не раздражаюсь и не злюсь без особых на то причин.
- Я никогда не выдаю понравившиеся мне чужие мысли за свои.

Таким образом, шкала оценивается как глубокое или поверхностное проникновение в себя, открытое или закрытое (защитное) отношение к себе.

Шкала 2: самоуверенность (14 пунктов). Примеры пунктов:

- О Уверен, что на меня можно положиться в самых ответственных делах.
- Я человек надежный.

Я вполне могу сказать, что уважаю сам себя.

Мне кажется, что мало кто уважает меня по-настоящему. О Мое мнение имеет достаточный вес в глазах окружающих.

Отмеченный фактор заденет отношение к себе как уверенному, самостоятельному, волевому и надежному человеку, которому есть за что себя уважать.

Шкала 3: саморукводство (12 пунктов). Примеры пунктов:

Если я и спорю с собой, то всегда уверен, что найду единственно правильное решение.

Мнение других обо мне вполне совпадает с моим собственным.

Я сам создал себя таким, каков я есть.

П Ко мне относятся так, как я того заслужил.

Мне очень просто убедить себя не расстраиваться по пустякам.

То, что со мной случается, — это дело моих собственных рук.

Данный фактор может быть интерпретирован как отражающий представление о том, что основным источником активности и достижений, касающихся как деятельности, так и личности субъекта, является он сам.

Шкала 4: отраженное самоотношение (11 пунктов). Примеры пунктов:

Думаю, что все мои знакомые относятся ко мне с симпатией.

Вряд ли найдутся люди, которым я не по душе.

395

О Сомневаюсь, что вызываю симпатию у большинства окружающих.

В моей личности есть, наверное, что-то такое, что способно вызывать у других острую неприязнь.

Содержание данного фактора отражает представление субъекта о том, что его личность и деятельность способны вызывать у других уважение, симпатию, одобрение, понимание и т. д. или противоположные им чувства. Речь идет о предвосхищаемом, отраженном отношении других людей, то есть о самоотношении самого субъекта.

Шкала 5: самооценочность (14 пунктов). Примеры пунктов:

Именно богатство и глубина моего внутреннего мира и определяют мою ценность как личности.

П Мое собственное «Я» не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.

П Иногда я сомневаюсь, можно ли полюбить меня по-настоящему.

П Мне кажется, что если бы таких людей, как я, было больше, то жизнь бы изменилась в лучшую сторону.

Положительный полюс данной шкалы характеризует ощущение ценности личности и предполагаемую ценность своего «Я» для других. Шкала отражает эмоциональную оценку себя, своего «Я» по внутренним критериям духовности, богатства внутреннего мира, способности вызывать в других глубокие чувства.

Шкала 6: самопринятие (12 пунктов). Примеры пунктов:

Можно сказать, что я себе нравлюсь.

Мне кажется, что я все-таки не умею злиться на себя по-настоящему.

Мое отношение к самому себе можно назвать дружеским.

П Во мне вполне мирно уживаются как мои достоинства, так и мои недостатки.

П Мой внутренний голос редко подсказывает мне то, с чем бы я в конце концов не согласился.

Согласно содержанию пунктов, в основе фактора лежит чувство симпатии к себе, принятия себя таким, какой ты есть, пусть даже с некоторыми недостатками. Снижение симпатии не обязательно должно вести к повышению самообвинения.

Шкала 7: самопривязанность (11 пунктов). Примеры пунктов:

Я хотел бы оставаться таким, какой я есть.

П Мой характер, каким бы он ни был, вполне меня устраивает.

Мне бы очень хотелось во многом себя переделать.

Мне еще не хватает, чтобы с уверенностью сказать себе: «Да, я вполне созрел как личность».

396

Утверждения, относящиеся к данному фактору, по-видимому, отражают некоторую ригидность «Я-концепции», нежелание изменяться по отношению к наличному состоянию. Противоположный полюс характерен для людей с сильным желанием изменений, неудовлетворенностью собой, тягой к соответствию с идеальным представлением о себе.

Шкала 8: внутренняя конфликтность (15 пунктов). Примеры пунктов: О Порой мне кажется, что я какой-то странный. О Я часто чувствую, что мало влияю на то, что со мной происходит. D Порой мне бывает мучительно больно общаться с самим собой. О У меня нередко возникает сомнение, а таков ли я на самом деле, каким себе представляюсь.

Нередко мои споры с самим собой обрываются мыслью, что все равно выйдет не так, как я решил.

Что-то мешает мне понять себя по-настоящему.

Содержание данных пунктов связано с наличием внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой. Они отражают тенденцию к чрезмерному самокопанию и рефлексии, протекающих на общем негативном эмоциональном фоне отношения к себе. Данный аспект самоотношения можно обозначить как чувство конфликтности собственного «Я». Такое чувство может сопровождаться тревожно-депрессивными состояниями, низкой самооценкой, недовольством наличной ситуацией, подчеркиванием трудностей, самоуглублением и наличием ригидных аффективных комплексов.

Шкала 9: самообвинение (10 пунктов). Примеры пунктов:

II Когда я пытаюсь оценить себя, я прежде всего вижу свои недостатки.

Если я и отношусь к кому-нибудь с укоризной, то, прежде всего, к самому себе.

Во мне есть немало такого, что вряд ли вызывает симпатию.

Где-то в глубине души я считаю себя слабаком.

Мои мысли о себе по большей части сводятся к обвинениям в собственный адрес.

Содержание данного фактора связано с интрапунитивностью, самообвинением, отрицательными эмоциями в адрес «Я». Индивид, соглашающийся с этими утверждениями, готов поставить себе в вину свои промахи и неудачи, собственные недостатки. Данный фактор не включает утверждения, связанные с положительным отношением к себе. Это однополюсной фактор, обладающий самостоятельным значением в системе самоотношения.

1.13. Методика «Самоактуализация» (по А. Маслоу)

Самоактуализация — одно из концептуальных понятий гуманистической психологии. По взглядам А. Маслоу, самоактуализация — это желание стать

397

всем, чем возможно, это потребность в самосовершенствовании, в реализации своего потенциала. Человек, вышедший на путь самоактуализации, не отягощен завистью, злобой, цинизмом, дурным вкусом, он не склонен к депрессии и пессимизму, эгоизму и т. д.

Для К. Роджерса самоактуализация — сила, которая заставляет человека развиваться на самых различных уровнях. Человек имеет врожденную тенденцию жить, расти, развиваться. Все потребности подчинены этой тенденции, они должны быть удовлетворены в целях позитивного развития. Человек должен знать, что он любим, независимо от того, что он делает, тогда потребность в положительном отношении не будет в противоречии с потребностью в самоактуализации.

Тест «Самоактуализация» в адаптации Н. Ф. Калиной состоит из 100 пар утверждений, в каждом из которых испытуемый должен выбрать одно, более всего подходящее к нему.

1. а) Придет время, когда я заживу по-настоящему, не так, как сейчас, б) Я уверен, что живу по-настоящему уже сейчас.

2. а) Я очень увлечен своим профессиональным делом.

б) Не могу сказать, что мне нравится моя работа и то, чем я занимаюсь.

3. а) Если незнакомый человек окажет мне услугу, я чувствую себя ему обязанным.

б) Принимая услугу незнакомого человека, я не чувствую себя обязанным ему.

4. а) Мне бывает трудно разобраться в своих чувствах, б) Я всегда могу разобраться в собственных чувствах.

5. а) Я часто задумываюсь над тем, правильно ли я вел себя в той или иной ситуации, б) Я редко задумываюсь над тем, насколько правильно мое поведение.

6. а) Я внутренне смущаюсь, когда мне говорят комплименты, б) Я редко смущаюсь, когда мне говорят комплименты.

7. а) Способность к творчеству — природное свойство человека, б) Далеко не все люди одарены способностью к творчеству.

8. а) У меня не всегда хватает времени на то, чтобы следить за новостями литературы и искусства.

- б) Я прилагаю силы, стараясь следить за новостями литературы и искусств.
9. а) Я часто принимаю рискованные решения.
- б) Мне трудно принимать рискованные решения.
10. а) Иногда я могу дать собеседнику понять, что он кажется мне глупым и неинтересным.
- б) Я считаю недопустимым дать понять человеку, что он мне кажется глупым и неинтересным.
11. а) Я люблю оставлять приятное «на потом», б) Я не оставляю приятное «на потом».
- 398
12. а) Я считаю невежливым прерывать разговор, если он интересен только моему собеседнику.
- б) Я могу быстро и непринужденно прервать разговор, интересный только одной стороне.
13. а) Я стремлюсь к достижению внутренней гармонии.
- б) Состояние внутренней гармонии, скорее всего, недостижимо.
14. а) Не могу сказать, что я себе нравлюсь, б) Я себе нравлюсь.
15. а) Я думаю, что большинству людей можно доверять.
- б) Думаю, что без крайней необходимости людям доверять не стоит.
16. а) Плохо оплачиваемая работа не может приносить удовлетворения, б) Интересное, творческое содержание работы — само по себе награда.
17. а) Довольно часто мне скучно.
- б) Мне никогда не бывает скучно.
18. а) Я не стану отступать от своих принципов даже ради полезных дел, которые могли бы рассчитывать на людскую благодарность, б) Я бы предпочел отступить от своих принципов ради дел, за которые люди были бы мне благодарны.
19. а) Иногда мне трудно быть искренним, б) Мне всегда удается быть искренним.
20. а) Когда я нравлюсь себе, мне кажется, что я нравлюсь и окружающим, б) Даже когда я себе нравлюсь, я понимаю, что есть люди, которым я неприятен.
21. а) Я доверяю своим внезапно возникшим желаниям.
- б) Свои внезапные желания я всегда стараюсь обдумать.
22. а) Я должен добиваться совершенства во всем, что я делаю, б) Я не слишком расстраиваюсь, если мне этого не удается.
23. а) Эгоизм — естественное свойство любого человека, б) Большинству людей эгоизм не свойственен.
24. а) Если я не сразу нахожу ответ на вопрос, то могу отложить его на неопределенное время.
- б) Я буду искать ответ на интересующий меня вопрос, не считаясь с затратами времени.
25. а) Я люблю перечитывать понравившиеся мне книги.
- б) Лучше прочесть новую книгу, чем возвращаться к уже прочитанной.
26. а) Я стараюсь поступать так, как ожидают окружающие.
- б) Я не склонен задумываться о том, чего ждут от меня окружающие.
27. а) Прошлое, настоящее и будущее представляются мне единым целым, б) Думаю, мое настоящее не очень-то связано с прошлым или будущим.
28. а) Большая часть того, что я делаю, доставляет мне удовольствие, б) Лишь немногие из моих занятий по-настоящему меня радуют.
- 399
29. а) Стремясь разобраться в характере и чувствах окружающих, люди часто бывают бестактны.
- б) Стремление разобраться в окружающих людях вполне естественно и оправдывает некоторую бестактность.
30. а) Я хорошо знаю, какие чувства я способен испытывать, а какие нет. б) Я еще не понял до конца, какие чувства я способен испытывать.
31. а) Я чувствую угрызения совести, если сержусь на тех, кого люблю.
- б) Я не чувствую угрызений совести, когда сержусь на тех, кого люблю.
32. а) Человек должен спокойно относиться к тому, что он может услышать о себе от других, б) Вполне естественно обидеться, услышав неприятное мнение о себе.
33. а) Усилия, которых требует познание истины, стоят того, ибо приносят

пользу.

б) Усилия, которых требует познание истины, стоят того, ибо доставляют удовольствие.

34. а) В сложных ситуациях надо действовать испытанными способами — это гарантирует успех, б) В сложных ситуациях надо находить принципиально новые решения.

35. а) Люди редко раздражают меня, б) Люди часто меня раздражают.

36. а) Если бы была возможность вернуть прошлое, я бы там многое изменил, б) Я доволен своим прошлым и не хочу в нем ничего менять.

37. а) Главное в жизни — приносить пользу и нравиться людям, б) Главное в жизни — делать добро и служить истине.

38. а) Иногда я боюсь показаться слишком нежным.

б) Я никогда не боюсь показаться слишком нежным.

39. а) Я считаю, что выразить свои чувства обычно важнее, чем обдумывать ситуацию, б) Не стоит необдуманно выражать свои чувства, не взвесив ситуацию.

40. а) Я верю в себя, когда чувствую, что способен справиться с задачами, стоящими передо мной.

б) Я верю в себя даже тогда, когда неспособен справиться со своими проблемами.

41. а) Совершая поступки, люди руководствуются взаимными интересами, б) По своей природе люди склонны заботиться лишь о собственных интересах.

42. а) Меня интересуют все новшества в моей профессиональной сфере, б) Я скептически отношусь к большинству нововведений в своей профессиональной области.

43. а) Я думаю, что творчество должно приносить пользу людям.

б) Я полагаю, что творчество должно приносить человеку удовольствие.

400

44. а) У меня всегда есть собственная точка зрения по важным вопросам, б) Формируя свою точку зрения, я склонен прислушиваться к мнениям уважаемых и авторитетных людей.

45. а) Секс без любви не является ценностью.

б) Даже без любви секс — очень значимая ценность.

46. а) Я чувствую себя ответственным за настроение собеседника, б) Я не чувствую себя ответственным за это.

47. а) Я легко мирюсь со своими слабостями.

б) Смириться со своими слабостями мне нелегко.

48. а) Успех в общении зависит от того, насколько человек способен раскрыть себя другому.

б) Успех в общении зависит от умения подчеркнуть свои достоинства и скрыть недостатки.

49. а) Мое чувство самоуважения зависит от того, чего я достиг, б) Мое самоуважение не зависит от моих достижений.

50. а) Большинство людей привыкли действовать «по линии наименьшего сопротивления», б) Думаю, что большинство людей к этому не склонны.

51. а) Узкая специализация необходима для настоящего ученого.

б) Углубление в узкую специализацию делает человека ограниченным.

52. а) Очень важно, есть ли у человека в жизни радость познания и творчества, б) В жизни очень важно приносить пользу людям.

53. а) Мне нравится участвовать в жарких спорах, б) Я не люблю споров.

54. а) Я интересуюсь предсказаниями, гороскопами, астрологическими прогнозами, б) Подобные вещи меня не интересуют.

55. а) Человек должен трудиться ради удовлетворения своих потребностей и блага своей семьи.

б) Человек должен трудиться, чтобы реализовать свои способности и желания.

56. а) В решении личных проблем я руководствуюсь общепринятыми представлениями, б) Свои проблемы я решаю так, как считаю нужным.

57. а) Воля нужна для того, чтобы сдерживать желания и контролировать чувства.

б) Главное назначение воли — подхлестывать усилия и увеличивать энергию человека.

58. а) Я не стесняюсь своих слабостей перед друзьями.

б) Мне нелегко обнаруживать свои слабости даже перед друзьями.

59. а) Человеку свойственно стремиться к новому.

б) Люди стремятся к новому лишь по необходимости.

401

60. а) Я думаю, что неверно выражение «Век живи — век учись», б) Выражение «Век живи — век учись» я считаю правильным.

61. а) Я думаю, что смысл жизни заключается в творчестве, б) Вряд ли в творчестве можно найти смысл жизни.

62. а) Мне бывает непросто познакомиться с человеком, который мне симпатичен, б) Я не испытываю трудностей, знакомясь с людьми.

63. а) Меня огорчает, что значительная часть жизни проходит впустую, б) Не могу сказать, что какая-то часть моей жизни проходит впустую.

64. а) Одаренному человеку непростительно пренебрегать своим даром, б) Талант и способности значат больше, чем долг.

65. а) Мне хорошо удается манипулировать людьми.

б) Я полагаю, что манипулировать людьми неэтично.

66. а) Я стараюсь избегать огорчений.

б) Я делаю то, что полагаю нужным, не считаясь с возможными огорчениями.

67. а) В большинстве ситуаций я не могу позволить себе дурачиться.

б) Существует множество ситуаций, где я могу позволить себе дурачиться.

68. а) Критика в мой адрес снижает мою самооценку.

б) Критика практически не влияет на мою самооценку.

69. а) Зависть свойственна только неудачникам, которые считают, что их обошли, б) Большинство людей завистливы, хотя и пытаются это скрыть.

70. а) Выбирая для себя занятие, человек должен учитывать его общественную значимость, б) Человек должен заниматься прежде всего тем, что ему интересно.

71. а) Я думаю, что для творчества необходимы знания в избранной области, б) Я думаю, что знания для этого совсем не обязательны.

72. а) Пожалуй, я могу сказать, что живу с ощущением счастья, б) Я не могу сказать, что живу с ощущением счастья.

73. а) Я думаю, что люди должны анализировать себя и свою жизнь, б) Я считаю, что самоанализ приносит больше вреда, чем пользы.

74. а) Я пытаюсь найти основания даже для тех своих поступков, которые совершаю просто потому, что мне этого хочется, б) Я не ищу оснований для своих действий и поступков.

75. а) Я уверен, что любой может прожить свою жизнь так, как ему хочется, б) Я думаю, что у человека мало шансов прожить свою жизнь, как хотелось бы.

76. а) О человеке никогда нельзя сказать с уверенностью, добрый он или злой, б) Обычно оценить человека очень легко.

77. а) Для творчества нужно очень много свободного времени.

б) Мне кажется, что в жизни всегда можно найти время для творчества.

402

78. а) Обычно мне легко убедить собеседника в своей правоте.

б) В споре я пытаюсь понять точку зрения собеседника, а не переубедить его.

79. а) Если я делаю что-либо исключительно для себя, мне бывает неловко, б) Я не испытываю неловкости в такой ситуации.

80. а) Я считаю себя творцом своего будущего.

б) Вряд ли я сильно влияю на собственное будущее.

81. а) Выражение «Добро должно быть с кулаками» я считаю правильным, б) Вряд ли верно выражение «Добро должно быть с кулаками».

82. а) По-моему, недостатки людей гораздо заметнее, чем их достоинства, б) Достоинства человека увидеть гораздо легче, чем его недостатки.

83. а) Иногда я боюсь быть самим собой.

б) Я никогда не боюсь быть самим собой.

84. а) Я стараюсь не вспоминать о своих былых неприятностях.

б) Время от времени я склонен возвращаться к воспоминаниям о прошлых неудачах.

85. а) Я считаю, что целью жизни должно быть нечто значительное.

б) Я вовсе не считаю, что целью жизни непременно должно быть что-то значительное.

86. а) Люди стремятся к тому, чтобы понимать и доверять друг другу.
 б) Замыкаясь в кругу собственных интересов, люди не понимают окружающих.
87. а) Я стараюсь не быть «белой вороной», б) Я позволяю себе быть «белой вороной».
88. а) В доверительной беседе люди обычно искренни.
 б) Даже в доверительной беседе человеку трудно быть искренним.
89. а) Бывает, что я стыжусь проявлять свои чувства, б) Я никогда этого не стыжусь.
90. а) Я могу делать что-либо для других, не требуя, чтобы они это оценили, б) Я вправе ожидать от людей, что они оценят то, что я для них делаю.
91. а) Я проявляю свое расположение к человеку независимо от того, взаимно ли оно.
 б) Я редко проявляю свое расположение к людям, не будучи уверенным, что оно взаимно.
92. а) Я думаю, что в общении нужно открыто проявлять свое недовольство другими.
 б) Мне кажется, что в общении люди должны скрывать взаимное недовольство.
93. а) Я мирюсь с противоречиями в самом себе.
 б) Внутренние противоречия снижают мою самооценку.
94. а) Я стремлюсь открыто выражать свои чувства.
 б) Думаю, что в открытом выражении чувств всегда есть элемент несдержанности.
- 403
95. а) Я уверен в себе.
 б) Не могу сказать, что я уверен в себе.
96. а) Достижение счастья не может быть главной целью человеческих отношений, б) Достижение счастья — главная цель человеческих отношений.
97. а) Меня любят, потому что я этого заслуживаю.
 б) Меня любят, потому что я сам способен любить.
98. а) Неразделенная любовь способна сделать жизнь невыносимой, б) Жизнь без любви хуже, чем неразделенная любовь в жизни.
99. а) Если разговор не удался, я пробую выстроить его по-иному.
 б) Обычно в том, что разговор не сложился, виновна невнимательность собеседника.
100. а) Я стараюсь производить на людей хорошее впечатление, б) Люди видят меня таким, каков я на самом деле.

Ключ к опроснику

Стремление к самоактуализации выражается следующими пунктами теста:

	1	266	516	7
6				6а
	2	27а	52а	7
а				76
	3	20а	53а	7
6				86
	4	296	546	7
6				96
	5	30а	556	8
6				0а
	6	316	566	8
6				16
	7	32а	576	8
а				26
	8	336	50а	8
6				36
	9	346	59а	8
а				4а
	1	35а	606	8
0а				5а
	П	366	61а	8
а				6а
	1	376	626	8
26				76

	1	386	636	8
3a				8a
	1	39a	646	8
46				96
	1	406	656	9
5a				0a
	1	41a	666	9
66				1a
	1	42a	676	9
76				2a
	1	436	606	9
0a				3a
	1	44a	69a	9
96				4a
	2	45a	706	9
06				5a
	2	466	716	9
1a				66
	2	47a	72a	9
26				76
	2	48a	73a	9
36				06
	2	496	746	9
46				9a
	2	506	75a	1
5a				006

404

Отдельные шкалы опросника представлены следующими пунктами:

1. Ориентация во времени: 16, Па, 176, 246, 27a, 366, 546, 636, 73a, 80a.
2. Ценности: 2a, 166, 18a, 25a, 28a, 376, 45a, 556, 61a, 646, 72a, 816, 85a, 966, 986.
3. Взгляд на природу человека: 7a, 15a, 236, 41a, 506, 59a, 69a, 76a, 826, 86a.
4. Потребность в познании: 86, 246, 296, 336, 42a, 516, 53a, 546, 606, 706.
5. Креативность (стремление к творчеству): 9a, 13a, 106, 25a, 20a, 336, 346, 436, 52a, 556, 61a, 646, 706, 716, 776.
6. Автономность: 56, 9a, 10a, 266, 316, 32a, 376, 44a, 566, 666, 686, 746, 75a, 876, 92a.
7. Спонтанность: 56, 21a, 316, 386, 39a, 48a, 576, 676, 746, 836, 876, 896, 91a, 92a, 94a.
8. Самопонимание: 46, 13a, 206, 30a, 316, 386, 47a, 606, 796, 93a.
9. Аутосимпатия: 66, 146, 21a, 226, 32a, 406, 496, 58a, 676, 686, 796, 84a, 896, 95a, 976.
10. Контактность: 10a, 296, 35a, 466, 48a, 53a, 626, 786, 90a, 92a.
11. Гибкость в общении: 36, 10a, 126, 196, 296, 32a, 466, 48a, 656, 99a.

Примечание. Шкалы № 1, 3, 4, 8, 10 и 11 содержат по 10 пунктов, в то время как остальные — по 15. Для получения сопоставимых результатов количество баллов по указанным шкалам следует умножить на 1,5.

Можно получить результаты в процентах, решив следующую пропорцию: 15 баллов (максимум по каждой шкале) составляют 100%, а число набранных баллов составляет $x\%$.

1.14. Анкета 1. «Информированность об инвалидах с психическими нарушениями»

Сведения об анкетирваемом		
Возраст		
Пол	<input type="checkbox"/> муж	<input type="checkbox"/> жен
Образование и его профиль	<input type="checkbox"/> среднее <input type="checkbox"/> среднее техническое <input type="checkbox"/> н/высшее <input type="checkbox"/> высшее	<input type="checkbox"/> техническое <input type="checkbox"/> культура, <input type="checkbox"/> искусство <input type="checkbox"/> гуманитарное <input type="checkbox"/> естественные науки

2. Из каких источников Вы узнаете о проблемах инвалидов с психическими нарушениями?

Телевидение

Радио

Газеты, журналы

Популярная литература

Научная литература

Педагоги, воспитатели

Ваш вариант источника

3. Имеются ли, по Вашему мнению, в России законы, защищающие права инвалидов?

Да

Нет

Не знаю

4. Имеются ли в Санкт-Петербурге службы и организации, оказывающие помощь инвалидам с психическими нарушениями?

	Да	Нет	Не знаю
Взрослым	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Детям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Их родителям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Если знаете, перечислите службы и организации, оказывающие помощь инвалидам с психическими нарушениями.

2. Какие положительные черты личности Вы можете отметить у инвалидов с психическими нарушениями?

Доброжелательность

Упорство в достижении цели

Работоспособность

Терпение

Ваш вариант источника

3. Какие отрицательные черты личности Вы можете отметить у инвалидов с психическими нарушениями?

Завистливость

Недоверие к окружающим

Недостаток инициативы

Чрезмерное чувство жалости к себе

Ваш вариант источника

4. Как Вы отнеслись бы к тому, если инвалид с психическими нарушениями оказался:

	Положительно	Отрицательно	Равнодушно
Соседом по дому	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Соседом по квартире	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Родственником	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Коллегой по работе (учебе)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подчиненным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сочуликом Вашего ребенка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. В какой школе лучше всего было бы учиться детям-инвалидам с психическими нарушениями?

Специальной школе

Специальном классе массовой школы

Школе индивидуального обучения

На дому

6. Могут ли инвалиды с психическими нарушениями иметь какие-либо дарования?

Да

Нет

Не знаю

7. Какие чувства у Вас вызывают инвалиды с психическими нарушениями, посещающие музеи, театры, концерты или занимающиеся самостоятельным творчеством?

Особое уважение

Большое уважение

Некоторое уважение

Никаких чувств

1.15. Анкета 2. «Отношение к инвалидам с психическими нарушениями»

Сведения об анкетиремом		
Возраст		
Пол	<input type="checkbox"/> муж	<input type="checkbox"/> жен
Образование и его профиль	<input type="checkbox"/> среднее	<input type="checkbox"/> техническое
	<input type="checkbox"/> среднее техническое	<input type="checkbox"/> культура, искусство
	<input type="checkbox"/> н/высшее	<input type="checkbox"/> гуманитарное
	<input type="checkbox"/> высшее	<input type="checkbox"/> естественные науки

1. Как Вы относитесь к инвалидам с психическими нарушениями?

Положительно Отрицательно Равнодушно

1. Достаточно ли, на Ваш взгляд, освещаются проблемы инвалидов с психическими нарушениями в средствах массовой информации?

	Да	Нет	Не знаю
Взрослых	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Детей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Инвалидов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Какие чувства у Вас вызывают инвалиды с психическими нарушениями, активно участвующие в ведении домашнего хозяйства и умеющие себя обслуживать?

Особое уважение

Большое уважение

Некоторое уважение

Никаких чувств

9. Представьте, что Вы занимаетесь самостоятельным художественным творчеством и Вам предложили принять участие в концерте вместе с инвалидами с психическими нарушениями. Как бы Вы поступили?

Конечно, согласился бы

Наверное, согласился бы

Пожалуй, отказался бы

Категорически отказался бы

10. Нужны ли инвалидам с психическими нарушениями льготы?

	Да	Нет	Не знаю
При приеме на работу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В транспорте	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Их родителям	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пенсия по инвалидности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Нужны ли государственная программа трудоустройства инвалидам с психическими нарушениями, создание для них рабочих мест?

Да

Нет

Не знаю

ПРИМЕРНЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ СЛУЖБ ПОДДЕРЖИВАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ

Приложение 2

2.1. ПОЛОЖЕНИЕ

о социально-трудовом реабилитационном отделении для инвалидов с ограниченными умственными возможностями

I. Общие положения

1.1. Социально-трудовое реабилитационное отделение для инвалидов с ограниченными умственными возможностями «Карлсон», далее отделение, является структурным подразделением Санкт-Петербургского государственного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения Адмиралтейского административного района», далее Центр, организованное в рамках российско-шведского пилотного проекта по созданию Центра социального обслуживания инвалидов с ограниченными умственными возможностями.

1.2. Отделение создается, реорганизуется, ликвидируется приказом директора Центра по согласованию с Территориальным управлением.

1.3. Отделение осуществляет свою деятельность и подчиняется непосредственно директору Центра.

1.4. Отделение возглавляет заведующая отделением, которая назначается на должность и освобождается от должности приказом директора Центра.

1.5. В своей деятельности сотрудники отделения руководствуются: II Конституцией Российской Федерации;

- Законом Российской Федерации № 181-ФЗ 24.11.95г. «О социальной защите инвалидов»;
- Законом Российской Федерации № 122-ФЗ 02.08.95г. «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»;

О Уставом Центра;

О Правилами внутреннего трудового распорядка;

О Планом российско-шведского пилотного проекта по открытию Центра для инвалидов с ограниченными умственными возможностями.

409

1.6. Отделение осуществляет следующие виды деятельности:

Для лиц, посещающих отделение абилитации;

О оказание социально-психологической поддержки;

II обеспечение работой и занятостью;

- оказание социальной помощи семьям;

оказание платных и бесплатных услуг по приготовлению пищи физическим и юридическим лицам;

распространение информации об отделении и обмен опытом.

И. Цели и задачи отделения

2.1. Задействовать ресурсы каждого инвалида с ограниченными умственными возможностями, обеспечить максимальное его развитие путем специального тренинга с сохранением тех способностей и навыков, которые уже имеются.

2.2. Формирование у каждого инвалида уверенности в себе, обретение им нового качества жизни, придание ей достойного наполнения.

2.3. Воздействие на общественное мнение с целью изменения отношения к умственно отсталым людям.

2.4. Содействовать интеграции инвалидов с ограниченными умственными возможностями в общество, предоставление им возможности трудоустройства.

2.5. Развитие взаимодействия и координация деятельности учреждениями и общественными организациями, осуществляющими работу с данной категорией инвалидов.

2.6. Высвобождение члена семьи инвалида от необходимости присмотра за ним с целью трудоустройства и получения полноценного отдыха и лечения.

2.7. Проведение оценки результатов деятельности отделения с учетом мнения инвалидов, посещающих отделение. Осуществление деятельности по обмену опытом и распространению информации.

III. Основные функции отделения

3.1. Отделение предназначено для инвалидов с ограниченными умственными возможностями, способных принимать участие в производственном процессе. Все инвалиды должны обладать необходимыми возможностями для активного участия в работе.

3.2. Содержание основной деятельности сотрудников отделения состоит в проведении мероприятий по адаптации инвалидов в процессе получения навыков по полному циклу профессиональных обязанностей, заключающихся в приготовлении пищи.

3.3. В отделении проводится тренинг инвалидов для развития навыков, необходимых в повседневной жизни, в быту.

Тренинг рабочих навыков:

умение следить за временем;

II умение исполнять производственные обязанности.

410

Тренинг навыков самостоятельного проживания:

II обучение самостоятельно удовлетворять ежедневные личные гигиенические потребности; O умение готовить пищу;

умение поддерживать в порядке одежду;

O умение произвести элементарную уборку помещения, постирать, заправить за собой постель и т. д.

Транспортный тренинг:

умение самостоятельно добираться на работу и с работы домой, а в дальнейшем умение пользоваться транспортом для поездок «туда-обратно» в различные места.

3.4. Отделение является рабочим местом, как для персонала, так и для инвалидов, которые являются полноправными участниками рабочего процесса и в дальнейшем именуется как «работники».

3.5. На отделении применяется метод совместного приема пищи для работников и персонала отделения. Это позволит снять у работников ощущения пребывания в специализированном учреждении и способствовать лучшему интегрированию работников в повседневную жизнь.

3.6. Специалистами отделения принимаются меры по трудоустройству инвалидов по решению социальной экспертной комиссии (СЭК) при наличии рекомендации медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК).

IV. Порядок работы отделения

4.1. Отделение создано для работы 25 инвалидов с ограниченными умственными возможностями, далее «работниками».

4.2. Отделение работает ежедневно с 9.00 до 18.00 (кроме выходных и праздничных дней).

Время с 9.00 до 15.00 является рабочим и обязательно для всех работников отделения. С 15.00 до 18.00 для работников отделения организуются абилита-ционные мероприятия профильными

специалистами (логопед, психолог, инструктор ЛФК и т. д.). Работа с инвалидами ведется по рекомендации СЭК и по социальным показаниям.

4.3. Из числа работников отделения создается бригада по приготовлению пищи с фондом заработной платы по ставкам, предусмотренным в пилотном проекте. В связи со спецификой отделения бригадиром назначается заведующая отделением.

Зачисление в бригаду производится на основании личного заявления работника, выплата заработной платы с учетом фактически отработанного времени с учетом того, что в соответствии с установленной организацией труда нагрузка на каждого работника является равной.

4.4. С целью организации летнего отдыха инвалидов и обеспечения непрерывности и полноценности рабочего процесса персоналу и работникам отделения предоставляется коллективный отпуск в летнее время в порядке, пре-

411

дусмотренном трудовым законодательством. Время предоставления отпуска определяется директором Центра с учетом мнения персонала отделения.

4.5. Последний рабочий день месяца для отделения является санитарным, по производственной необходимости возможен перенос по согласованию с директором Центра. Для персонала этот день является рабочим, для работников отделения — нерабочим. Питание в этот день не предусматривается.

4.6. Решение о приеме инвалида в отделение принимает директор Центра с учетом рекомендаций СЭК.

Прием производится только с согласия инвалида или его опекуна, при этом обязательно учитывается желание инвалида. Для приема в отделение необходимо:

- заявление инвалида или его опекуна;
- социальная карта;
- копия справки МСЭК;
- решение-рекомендация СЭК;
- санитарная книжка.

4.7. Право на зачисление в отделение имеют неработающие инвалиды с ограниченными умственными возможностями от 16 до 50 лет без криминального прошлого, не имеющие противопоказаний для работы в учреждениях общественного питания. Преимущественное право из их числа имеют:

- инвалиды из неполных и многодетных семей;
- инвалиды, родители которых являются пенсионерами или инвалидами;
- одиноко проживающие инвалиды.

4.8. Противопоказанием для пребывания в отделении является наличие заболеваний, препятствующих посещению данного учреждения:

- острые психотические состояния;
- наличие инфекционных заболеваний; *II* устойчивая агрессивная тенденция;
- суицидальные наклонности;
- устойчивые поведенческие нарушения, не поддающиеся коррекции.

4.9. Решение об отчислении из отделения принимает директор Центра с учетом рекомендаций СЭК по причине:

- личная просьба работника или его опекуна;
- состояние здоровья, препятствующее работе на отделении;
- злостное несоблюдение правил личной гигиены;
- совершение противоправных действий;
- полное нежелание трудиться и нарушение рабочего процесса других работников;
- нецелесообразность пребывания в отделении по заключению СЭК.

4.10. На период отсутствия работников в отделении более 2 недель по уважительной причине возможно зачисление другого инвалида на временное пребывание-практику из числа лиц в порядке, предусмотренном пунктом 4.6.

412

2.2. ПОЛОЖЕНИЕ

о социальной гостинице для молодых людей с ограниченными умственными возможностями

здоровья

I. Общие положения

1.1. Социальная гостиница для молодых людей с ограниченными умственными возможностями, именуемая в дальнейшем «Социальная гостиница», может являться:

□ самостоятельной структурной единицей Отдела социальной защиты населения административного района;

П отделением в структуре:

• территориального центра социального обслуживания населения в системе отдела социальной защиты населения административного района;

• специальной (коррекционной) школы в системе образования;

• детского дома-интерната для детей с ограниченными возможностями здоровья.

1.2. Социальная гостиница создается для молодых людей, нуждающихся в социально-бытовой, социально-трудовой реабилитации и социально-средовой адаптации, в возрасте от 18 лет и старше.

1.3. Цель создания гостиницы — поддерживаемое проживание молодых инвалидов, подготовка молодых людей с ограниченными возможностями здоровья к независимой жизни в обществе.

1.4. Основными задачами учреждения являются:

□ изучение особенностей и личностных ресурсов воспитанников социальной гостиницы;

О организация комплексной коррекционно-реабилитационной индивидуальной работы с инвалидами;

О организация тренингов по развитию жизненно необходимых навыков в социально-бытовой сфере;

□ обучение предпрофессиональным и профессиональным навыкам в соответствии с индивидуальными особенностями и возможностями каждого воспитанника, его трудоустройство в системе поддерживающего трудоустройства или в специальных социально-реабилитационных учреждениях;

□ развитие творческого потенциала и организация культурного досуга;

П работа с родителями, высвобождение членов семьи от необходимости присмотра за молодым инвалидом и обеспечение их трудоустройства, получения полноценного отдыха и лечения;

О развитие взаимодействия и координации деятельности с учреждениями и общественными организациями, осуществляющими работу с молодыми инвалидами;

П информационно-просветительская деятельность о работе социальной гостиницы для молодых инвалидов.

413

1.5. Основные направления работы в социальной гостинице:

□ социально-средовая адаптация;

□ социально-бытовая адаптация; О творческая реабилитация;

О предпрофессиональная подготовка; CD адаптивное физическое воспитание.

Социальная гостиница осуществляет деятельность по комплексной социальной реабилитации молодых инвалидов, в рамках индивидуальных программ, для формирования позитивной мотивации к активной жизненной позиции, будущей трудовой деятельности.

1.6. Социальная гостиница несет в установленном законодательством РФ порядке ответственность перед органами государственной власти, органами местного самоуправления за соответствие применяемых форм, методов и средств организации коррекционно-реабилитационного процесса возрастным, психофизиологическим особенностям, способностям, интересам, требованиям охраны жизни и здоровья воспитанников учреждения.

1.7. В своей деятельности социальная гостиница руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов ребенка, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, решениями соответствующих органов управления образованием и социальной защиты, настоящим Положением и своим Уставом.

И. Организация деятельности социальной гостиницы

2.1. Учреждение создается учредителем (учредителями) и регистрируется в порядке, установленном законодательством РФ.

2.2. Учредителями государственного учреждения («Социальная гостиница») могут быть федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов федерации; учредителями муниципального учреждения являются органы местного самоуправления (комитет по

труду и социальной защите населения или образования, Правительство Санкт-Петербурга; отделы социальной защиты населения или образования административных районов Санкт-Петербурга).

2.3. Отношения между учредителем (учредителями) и учреждением «Социальная гостиница» определяются договором, заключенным между ними в соответствии с законодательством РФ.

2.3.1. Учреждение «Социальная гостиница» имеет права юридического лица в части ведения уставной финансово-хозяйственной деятельности; имеет закрепленное за ним имущество, расчетный и другие счета в банковских учреждениях, печать установленного образца, штамп и бланки со своими наименованиями.

«Социальная гостиница» имеет самостоятельный баланс, осуществляет бухгалтерский учет и представляет информацию о своей деятельности органам государственной статистики и налоговым органам; учредителю (учредителям) и иным лицам в соответствии с законодательством РФ и Уставом учреждения.

414

2.3.2. «Социальная гостиница» в структуре учреждений социальной защиты населения или образования не является юридическим лицом.

2.4. «Социальная гостиница» в соответствии с установленными целями и задачами может реализовывать дополнительные образовательные и реабилитационные программы и оказывать услуги населению (на договорной основе).

2.5. Молодые инвалиды, проживающие в социальной гостинице, обеспечиваются питанием по нормам, предусмотренным воспитанникам психоневрологических интернатов.

III. Реабилитационно-образовательный процесс

3.1. Реабилитационно-образовательный процесс определяется программами, разрабатываемыми и реализуемыми учреждением «Социальная гостиница» самостоятельно.

3.2. Организация реабилитационно-образовательного процесса регламентируется годовым планом работы, режимом дня и расписанием занятий.

3.3. Реабилитационно-образовательный процесс «Социальной гостиницы» направлен на:

П развитие личности молодых людей, проживающих в гостинице;

□ профессиональную подготовку;

□ подготовку к самостоятельной жизни.

3.4. Реабилитационно-образовательный процесс в учреждении «Социальная гостиница» осуществляется с использованием индивидуально-ориентированных программ по социально-бытовой, социально-трудовой адаптации к социально-средовой ориентации с использованием эффективных психолого-педагогических технологий.

3.5. Предпрофессиональная и профессиональная подготовка молодых людей, проживающих в гостинице, осуществляется исходя из региональных и местных условий, ориентированных на потребность в рабочих кадрах, с учетом индивидуальных особенностей их психофизического развития и интересов (их и их семей).

3.6. Предпрофессиональная и профессиональная подготовка молодых людей производится либо на базе производственных мастерских в структуре гостиницы, либо вне гостиницы (на договорной основе).

3.7. В учреждении «Социальная гостиница» могут создаваться различные клубы, секции, кружки, студии и другие объединения по интересам.

IV. Участники реабилитационно-образовательного процесса

4.1. Участниками реабилитационно-образовательного процесса являются молодые люди с проблемами в интеллектуальном развитии и ограничениями жизнедеятельности; их родители (законные представители); педагогические, психологические, медицинские, инженерно-педагогические работники, юристы.

4.2. В учреждение «Социальная гостиница» принимаются молодые люди, обратившиеся к администрации гостиницы самостоятельно, по инициативе

415

родителей; направленные специальной (коррекционной) школой, детским домом или отделом социальной защиты населения административного района Санкт-Петербурга.

4.3. Зачисление молодых людей для проживания в социальной гостинице производится на основе заключения и рекомендации психолого-педагогической медико-социальной комиссии о возможности и необходимости реабилитационно-образовательной работы в условиях автономного поддерживаемого проживания.

4.4. Родители имеют право защищать права и интересы молодых людей, проживающих в социальной гостинице, принимать участие в деятельности учреждения в соответствии с его уставом, знакомиться с материалами наблюдений, характером реабилитационных методов обучения и социализации.

4.5.1. В зависимости от содержания и основных направлений работы в социальной гостинице, в штате учреждения могут предусматриваться должности методиста, педагога-психолога; социального педагога, логопеда; дефекто-лога, мастеров производственного обучения, врачей-специалистов (на договорной основе), медицинской сестры, специалиста по ЛФК, воспитателя, ночного дежурного и др. Расчет штатных единиц социальной гостиницы производится в зависимости от количества проживающих в ней молодых людей в соответствии с нормативами учреждений социальной защиты населения или образовательных учреждений.

4.5.2. Должностные инструкции специалистов социальной гостиницы определяются в зависимости от ведомственной подчиненности учреждения. К работе в социальной гостинице привлекаются волонтеры (по собственной инициативе и активной пропагандистской позиции администрации).

4.6. На работу в социальную гостиницу принимаются специалисты, имеющие профессиональную квалификацию, соответствующую требованиям квалификационной характеристики их должности и полученной специальности, и подтвержденную документами об образовании.

4.7. Отношения между работниками и администрацией (руководителем) социальной гостиницы регулируются договором (контрактом), условия которого не могут противоречить законодательству РФ о труде.

V. Управление социальной гостиницей

5.1. Управление социальной гостиницей осуществляется в соответствии с законодательством РФ и уставом учреждения и строится на принципах единоначалия и самоуправления.

5.2. Управление социальной гостиницей осуществляется администрацией гостиницы. Непосредственное руководство осуществляет директор, прошедший соответствующую аттестацию (в случае, когда социальная гостиница является юридическим лицом), зам. директора образовательного учреждения или реабилитационного центра, в составе которого находится гостиница.

5.3. Директор социальной гостиницы несет ответственность за свою деятельность в соответствии с законодательством РФ.

416

VI. Имущество и средства социальной гостиницы

6.1. Учреждение «Социальная гостиница» пользуется, распоряжается закрепленным за ним имуществом в соответствии с назначением этого имущества, своими уставными целями и законодательством РФ.

6.2. Источниками формирования имущества и финансовых ресурсов социальной гостиницы являются:

- собственные средства учредителя (учредителей); *П* бюджетные и внебюджетные средства; *П* имущество, закрепленное за учреждением;
- кредиты банков и других кредиторов;
- средства спонсоров, добровольные пожертвования физических и юридических лиц;
- О* другие источники в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Учреждение «Социальная гостиница» вправе осуществлять предпринимательскую деятельность в соответствии с законодательством РФ.

6.4. При ликвидации социальной гостиницы денежные средства и иное имущество, за вычетом платежей на покрытие обязательств, используются в соответствии с законодательством РФ.

VII. Режим дня социальной гостиницы

7.1. Режим дня социальной гостиницы строится с учетом индивидуальной занятости проживающих воспитанников в сфере производства.

Для работающих воспитанников

Время утреннего подъема регламентируется началом работы.

Для неработающих воспитанников

Время утреннего подъема 8.00.

Приготовление завтрака, обеда и ужина осуществляется проживающими воспитанниками из продуктов, полученных на складе, в помещении кухни. Посуда после приготовления пищи должна

быть вымыта и расставлена по местам. Хранение продуктов должно быть в холодильниках, специально оборудованных для воспитанников социальной гостиницы.

Помещение спальни должно быть убрано, кровать застелена.

Все воспитанники социальной гостиницы участвуют в реабилитационных индивидуальных программах со специалистами, ежедневно планируют свой день, принимают участие в трудовых делах в учреждении, занимаются самообслуживанием.

С 18.00 до 20.00 свободное время, которое планируется с каждым воспитанником его куратором (воспитателем).

Уход воспитанников из учреждения возможен только после подачи заявления на имя куратора. Прием гостей и друзей осуществляется с разрешения куратора и оговаривается заранее.

Посетители принимаются только в отведенной для этого комнате, нахождение посетителей в спальнях комнатах запрещено.

417

Время отбоя 22.30. К этому времени проживающий в социальной гостинице должен закончить подготовку ко сну, принять душ и подготовиться к следующему дню.

После отбоя все воспитанники соблюдают тишину и порядок.

Для охраны жизни и здоровья в ночное время администрация социальной гостиницы выделяет дежурного воспитателя.

2.3. ПОЛОЖЕНИЕ

о реабилитационном центре государственного стационарного учреждения социального обслуживания «Дома-интерната для детей с отклонениями в умственном развитии»

1. Общие положения

1. Настоящее Положение регулирует деятельность реабилитационного центра (далее РЦ), созданного в соответствии с Федеральным Законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» для проведения мероприятий по комплексной многопрофильной реабилитации инвалидов Санкт-Петербургского государственного стационарного учреждения социального обслуживания Дома-интерната для детей с отклонениями в умственном развитии № 1 (далее ДДИ № 1) с целью интеграции инвалидов в общество и на основании Указания Министерства социального обеспечения РСФСР от 11.09.90 г. № 1-136-У, Постановления Министерства труда и социального развития Российской Федерации № 21/417/515 от 23.12.96 г.

2. Основными задачами РЦ являются:

- разработка и апробация современных социальных технологий обслуживания инвалидов;
- реализация индивидуальных программ реабилитации инвалидов, разрабатываемых учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы, авторских программ сотрудников ДДИ № 1;

- разработка планов и программ проведения реабилитации инвалидов, проживающих в учреждении;

- проведение медицинской реабилитации;

- осуществление профессиональной реабилитации инвалидов, включающей: профессиональную ориентацию, профессиональное обучение, производственную адаптацию;

- проведение социальной реабилитации инвалидов, включающей социаль-но-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию;

- динамический контроль за процессом реабилитации инвалидов;

- решение вопросов интеграции инвалидов в общество;

О оказание консультативно-методической помощи по вопросам реабилитации инвалидов общественным, государственным и иным организациям, а также отдельным гражданам;

418

- участие в научно-практической работе по решению проблем реабилитации инвалидов.

3. Реабилитационный центр в своей деятельности руководствуется федеральными законами, указами и распоряжениями Президента РФ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, постановлениями, распоряжениями и приказами Комитета по труду и социальной защите населения Администрации Санкт-Петербурга, иными нормативными правовыми актами, а также уставными документами ДДИ № 1.

4. Реабилитационный центр осуществляет свою деятельность во взаимодействии с Комитетом по труду и социальной защите и учреждениями государственной службы реабилитации инвалидов, учреждениями государственной службы медико-социальной экспертизы, а также общественными организациями инвалидов.

5. Реабилитационный центр не является юридическим лицом и входит в состав ДДИ № 1, который несет в установленном законодательством РФ порядке ответственность за выполнение возложенных на него задач.

2. Организация деятельности реабилитационного центра

6. Реабилитационный центр создается, реорганизуется и ликвидируется по решению Комитета по труду и социальной защите населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Штатное расписание РЦ разрабатывается по штатным нормативам, установленным Комитетом по труду и социальной защите населения Администрации Санкт-Петербурга.

7. Структура и режим деятельности разрабатываются учреждением в соответствии с возложенными на него задачами с учетом особенностей контингента инвалидов и регионов обслуживания.

К профессиональной деятельности РЦ допускаются лица, имеющие уровень профессиональной подготовки, соответствующий типу и виду РЦ.

8. Оплата труда работникам РЦ производится на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников бюджетных организаций.

Виды и размеры надбавок и дополнительных выплат учреждение определяет самостоятельно в пределах выделяемых средств на оплату труда.

9. В структуру РЦ входят подразделения, обеспечивающие решение задач по информации и консультированию по вопросам реабилитации, социально-бытовой адаптации и ориентации, включая обучение пользованию техническими средствами реабилитации, творческой реабилитации. Блок подразделений по профессиональной реабилитации обеспечивает проведение профессиональной реабилитации, включая профессиональное психофизиологическое тестирование, профконсультирование и профотбор. Кроме того, в состав РЦ входит учебно-воспитательный комплекс с подразделениями, обеспечивающими процесс общего и профессионального обучения, а также структуры профессионально-производственной адаптации и содействия трудоустройству инвалидов.

419

В состав РЦ входят производственные мастерские, культурно-досуговый, спортивно-оздоровительный комплексы, вспомогательные службы.

ДДИ № 1 вправе иметь специальные средства от лечебно-учебно-производственных (трудовых) мастерских, других доходов РЦ от предпринимательской деятельности, которые расходуются на улучшение культурно-бытового обслуживания и дополнительного питания проживающих, а также средства от благотворительной деятельности организаций, предприятий, учреждений и отдельных граждан, которые расходуются на нужды РЦ сверх бюджетных ассигнований, предусмотренных по смете расходов.

Лечебно-учебно-производственные (трудовые) мастерские, являясь одним из подразделений ДДИ № 1, осуществляют свою деятельность в соответствии с положением о них и Уставом ДДИ № 1.

В целях укрепления материально-технической базы лечебно-учебно-производственных (трудовых) мастерских при них могут создаваться на договорной основе цеха и производственные участки предприятий и организаций.

10. Срок пребывания в РЦ определяется индивидуальной программой реабилитации инвалидов, выдаваемой органами государственной службы медико-социальной экспертизы.

3. Имущество и средства реабилитационного центра

11. Реабилитационный центр должен быть обеспечен в соответствии с нормативами помещениями и оборудованием, отвечающими санитарно-гигиеническим, противопожарным требованиям и требованиям техники безопасности и располагать иными необходимыми объектами инфраструктуры. Все помещения должны обеспечивать свободный доступ к ним инвалидам и располагать необходимым транспортом и техническими средствами реабилитации инвалидов.

12. Источниками формирования имущества и финансовых ресурсов РЦ являются:

- бюджет Санкт-Петербурга и средства Федерального бюджета;
- средства государственных внебюджетных фондов, которые согласно положениям о них в соответствии с законодательством РФ принимают участие в финансировании реабилитационных мероприятий;
- доход, полученный от реализации продукции, работ, услуг и других видов хозяйственной деятельности;

- кредиты банков и других кредитных учреждений;
- благотворительные взносы, добровольные пожертвования юридических и физических лиц, а также другие поступления в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13. Реабилитационный центр вправе осуществлять хозяйственную деятельность, соответствующую целям их создания. ДДИ № 1 распоряжается доходами от этой деятельности согласно уставным документам, в соответствии с законодательством Российской Федерации. В первоочередном порядке финансируются мероприятия РЦ.

420

4. Условия приема и содержания в реабилитационном центре

14. Направление инвалидов в РЦ осуществляют органы и учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы, государственной службы реабилитации инвалидов через Комитет по труду и социальной защите населения.

15. Прием, содержание и выписка или выпуск инвалидов осуществляется в соответствии с Уставом ДДИ № 1 на основе заключения отборочной комиссии РЦ, председателем которой является директор учреждения.

16. Противопоказаниями к приему являются:

- острые и подострые стадии основного заболевания, требующие активного медицинского вмешательства;

- любые приступообразные и прогрессирующе текущие психические заболевания со склонностью к частым обострениям или рецидивам болезни с частыми декомпенсациями, требующими лечения в стационаре;

- злокачественные новообразования в активной фазе;

- кахексия любого происхождения;

- обширные трофические язвы, пролежни и гнойно-некротические заболевания;

- острые инфекционные и венерические заболевания до окончания срока изоляции.

17. Инвалидам, проходящим реабилитацию в РЦ, производится ежемесячная выплата пенсий, пособий и стипендий в порядке, установленном действующим законодательством, приказами и Уставом ДДИ № 1.

18. Сроки приема заявлений, порядок проведения и система оценок приемных (вступительных) испытаний, подача и рассмотрение апелляции, условия конкурсного отбора и зачисления определяются правилами приема, утверждаемыми директором учреждения.

5. Права и обязанности инвалидов

19. Инвалиды РЦ имеют право на:

- осуществление реабилитационных мероприятий в полном объеме в соответствии с программой реабилитации;

- отказ от того или иного вида, формы, объема, сроков проведения реабилитационных мероприятий, а также от реализации реабилитационной программы в целом. Отказ инвалида должен быть формально зарегистрирован;

□ обращение непосредственно к руководителю ДДИ № 1 по вопросам, связанным с их пребыванием в РЦ;

- обращение с заявлениями в органы представительной и исполнительной власти, суд, прокуратуру.

20. Инвалиды обязаны выполнять требования Положения о РЦ и соблюдать правила внутреннего распорядка, а также активно участвовать в осуществлении программ их реабилитации.

421

21. Выписка (отчисление) инвалидов из РЦ ранее установленного срока производится по их заявлению или по решению руководителей РЦ за систематическое нарушение ими правил внутреннего распорядка.

6. Управление реабилитационным центром

22. Управление РЦ осуществляется директором ДДИ № 1. Повседневное руководство осуществляет заместитель директора по РЦ. На должность заместителя директора РЦ назначается лицо, имеющее высшее образование по профилю деятельности РЦ и опыт работы в области реабилитации.

23. Заместитель директора организует работу РЦ и несет полную ответственность за его деятельность.

7. Штатные нормативы реабилитационного центра

Численность штатных должностей медицинского и педагогического персонала устанавливается из расчета, что структурной единицей является отделение на 100 коек на базе ДДИ № 1.

Руководство реабилитационного центра 1. Должность заместителя директора РЦ.

Штатные нормативы медицинского персонала

1. Должность заведующего отделением устанавливается из расчета 1 ставка на 100 коек.
2. Должность врача-психиатра устанавливается из расчета 1 ставка на 100 коек.
3. Должность врача-терапевта устанавливается из расчета 0,5 ставки на 50 коек.
4. Должность врача-стоматолога устанавливается из расчета 0,5 ставки на 200 коек.
5. Должность старшей сестры устанавливается из расчета 1 ставка на отделение.
6. Должность медицинской сестры устанавливается из расчета 1 круглосуточный пост на 100 коек (5 ставок).
7. Должность процедурной медсестры устанавливается из расчета 1 должность на отделение (0,75 ставки).
8. Должность дезинфектора устанавливается из расчета 0,5 ставки на 100 коек.
9. Должность медицинской сестры физиотерапевтического кабинета устанавливается из расчета 1 ставка на 100 коек.
10. Должность медицинской сестры кабинета лечебной физкультуры устанавливается из расчета 1 ставка на 75 человек.
11. Должность медицинской сестры по массажу устанавливается 1 ставка на 100 коек.
12. Должность сестры-хозяйки устанавливается 1 ставка на отделение.
13. Должность палатных санитарок устанавливается из расчета 4 ставки на одну реабилитационную группу.
14. Должность санитарки-ванщицы устанавливается из расчета 1 ставка на 75 коек.
15. Должность буфетчицы устанавливается из расчета 2 должности на отделение.
16. Должность санитарки-уборщицы устанавливается из расчета 1 ставка на 40 коек и дополнительно 1 ставка на 200 кв. м убираемой площади.

Штатные нормативы педагогического персонала

1. Должности учителей вводятся в соответствии с учебным планом, составленным на основании Программ обучения.
2. Должность вечернего воспитателя устанавливается из расчета 2 ставки на группу (до 12 коек) (с 14.00 до 22.00).
3. Должность педагога дополнительного образования в соответствии с учебным планом (по количеству секций и кружков).
4. Должность социального педагога устанавливается из расчета 1 ставка на 100 коек.
5. Должность специалиста по социальной работе устанавливается из расчета 1 ставка на 100 человек.
6. Должность педагога-психолога устанавливается из расчета 2 ставки на 100 человек.
7. Должность инструктора по труду устанавливается из расчета 5 ставок на 100 человек.

422

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СОЦИАЛИЗАЦИИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

(А. А. Хилько) Приложение 3

ПОНЯТИЕ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

Понятие «качество жизни» принято в большинстве стран мира как одна из характеристик, определяющих положение жителей страны в мировом сообществе.

Это понятие достаточно широко рассматривается в экономической и социально-педагогической литературе. В странах Европейского союза (ЕС) принято определение «качества жизни», данное в 1995 году Кумминсом (Cummins): «качество жизни» — это сложная система ряда факторов, каждый из которых можно рассматривать и с объективной, и с субъективной стороны. Этими основными факторами являются:

1. Здоровье.
2. Работа, творчество.
3. Отношения с близкими людьми.
4. Безопасность.
5. Непосредственная включенность в некоторое общество.
6. Эмоциональное здоровье.

Расширение круга знаний по каждому из перечисленных разделов, формирование умений и навыков в очерченном спектре вопросов, расширение круга общения и коммуникативных навыков, повышение самостоятельности каждого молодого человека в повседневной жизни несомненно влияют на качество его жизни и жизни семьи, что способствует его наиболее полной социализации и интеграции в общество.

Раскроем аспекты и содержание каждого из указанных факторов «качества жизни».

1. Здоровье

Общее физическое развитие. Забота о своем здоровье.

424

Двигательная и физическая активность.

Знания правил здорового образа жизни и их реализация.

2. Работа. Творчество

Отношение к труду как жизненно-смысловой доминанте (понимание значимости трудовой деятельности в жизни человека).

Осведомленность о мире труда, значимости различных профессий.

Практическая готовность к бытовому и производительному труду (физическая; мотивационная, практические и академические знания и умения).

Предпочтительные виды работы.

Хобби.

3. Отношения с близкими людьми

Знание имен, возраста, характера и места работы; родственных отношений. Характер отношений (частота и характер общения; добровольность и самостоятельность контактов) с: *П* родителями;

братьями и сестрами;

П бабушками и дедушками; *О* другими родственниками.

4. Безопасность

Знание и выполнение норм и правил безопасности:

дома;

на улице;

в транспорте;

в общественных местах;

на природе;

П в экстремальных ситуациях.

5. Включенность в общество (социальная роль и готовность к ее выполнению в общении и взаимодействии с разными группами людей)

Осознание своего «Я» (самооценка и самоуважение).

Способность к организации личной жизни и сосуществованию (отношениям и взаимодействию) с людьми социального окружения.

Владение вербальными (словесными) и невербальными (иллюстрации, символы, мимика, жесты, язык тела и др.) средствами установления коммуникативного контакта.

Владение техникой установления коммуникативного контакта и взаимопонимания.

Поведение, общение и взаимодействие:

в семье;

в группе общения (со значимыми взрослыми, с участниками группы); *О* с людьми в разных жизненных ситуациях и общественных местах;

Г с людьми разного пола и возраста.

425

6. Эмоциональное здоровье

Эмоционально-психическая организация личности.

Понимание своих чувств и адекватность их выражения вербальными и невербальными средствами.

Понимание эмоционального состояния других людей и учет этого знания в своем поведении (адекватность ответной реакции).

Настроение, предметы интереса, преобладающие эмоции в отношениях с людьми (родными, близкого окружения, незнакомыми).

Инициативность в поведении, общении, взаимодействии.

Самоконтроль и саморегуляция поведения.

Каждый из факторов понятия «качество жизни» можно рассматривать на разных уровнях: общество, социальная общность, личность. Основным в работе с умственно отсталыми лицами является разработка для *каждого участника* обучающей группы своего «Индивидуального плана», что и найдет отражение в предлагаемой нами модели.

Составление индивидуального плана улучшения качества жизни молодых людей с нарушением интеллектуального развития

Зачем нужен «Индивидуальный план»? Индивидуальный план улучшения качества жизни — это, прежде всего, программа совместных действий педагогов, молодых людей и их родителей; это дневник результативности работы по отношению к каждому из участников обучающей группы. Он позволяет наблюдать за продвижением и развитием молодого человека, анализировать результаты каждого этапа совместных усилий и намечать направление деятельности.

Каково содержание «Индивидуального плана»? Как с ним работать?

При создании модели «Индивидуального плана» мы исходили из ряда основных положений.

Личность есть устойчивая система индивидуальных социально значимых черт человека.

Индивидуальность — человек, характеризуемый со стороны своих социально значимых отличий от других людей; своеобразие психики и личности индивида, ее неповторимость.

Личность как устойчивую систему индивидуальных социально значимых черт человека можно рассматривать как совокупность врожденных качеств и свойств, приобретенных в результате общения и совместной деятельности в обществе.

Развитие и формирование личности может происходить по 4 основным направлениям, суть которых заключается в следующем:

□ выработка контроля за проявлением внутреннего эмоционального состояния (приобретение навыков);

□ адаптация индивидуальных психических свойств к требованиям и нормам поведения в социуме (формирование умений саморегуляции психического состояния);

426

□ приобретение опыта жизнедеятельности вообще и профессионально-деятельной в частности (формирование общих и профессиональных знаний, умений и навыков через обучение, понимаемое достаточно широко);

□ формирование мотивационной сферы как направленности личности (развитие как процесс и результат воздействий и влияний на человека со стороны различных социальных структур).

В основе работы с любым человеком и прогнозировании успеха в его продвижении должен лежать принцип, сформулированный лидером западной гуманистической психологии Карлом Роджерсом: «Принимать человека таким, каков он есть».

Индивидуальная работа и работа в группе должны удовлетворить природную потребность человека в любви и чувстве собственного достоинства (установка американского психолога, психотерапевта, педагога Уильяма Глоссера).

Это должно лежать в основе всей работы и выражаться в:

□ О доброжелательности;

□ сотрудничестве;

□ уважительном отношении со стороны значимого взрослого;

□ взаимопонимании и сопереживании (эмпатии).

«Качество жизни» — это интегральная содержательная характеристика образа жизни индивида. Она складывается из ряда более частных показателей, фиксирующих состояние различных аспектов, сторон и условий жизнедеятельности человека, и предусматривает достаточно высокий уровень знаний и умений по каждому из факторов «качества жизни».

Одним из путей улучшения качества жизни молодого человека с нарушением развития является повышение социальной адаптации, принятия ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе, что возможно при достаточном уровне знаний об этом обществе и сформированности умений достойной жизни в нем.

Следовательно, работа по улучшению качества жизни молодых людей с нарушением развития должна быть направлена, прежде всего, на *расширение их знаний о разных аспектах жизни и формирование жизненно важных умений и навыков.*

Работа по улучшению качества жизни молодого человека и составлению «индивидуального плана» для каждого члена группы общения строится в следующей последовательности:

□ Изучение начального (актуального) уровня жизненно важных знаний и умений по разным аспектам «качества жизни».

О Определение основных направлений работы педагога с молодым человеком и его родителями.

□ Составление программы согласованных действий педагога, молодого человека и родителей в обучающей группе и дома.

□ Контроль динамики и качества изменений знаний и умений по каждому из направлений работы.

□ Общая характеристика изменений по каждому направлению работы.

Раскроем особенности каждого из этапов работы.

427

Выяснение начального (актуального) уровня качества жизни молодого человека — это первый шаг в составлении «Индивидуального плана».

При составлении «Индивидуального плана» и его реализации исходим из принципа Карла Роджерса: каждую личность нужно принимать такой, какая она есть: со всеми ее положительными качествами и негативными проявлениями. Наша задача — опираясь на сохранные, положительно развитые стороны личности каждого молодого человека, разработать индивидуальный «маршрут» его жизни.

Движение всегда начинается с какой-то отправной точки, начального *уровня*, — разный для каждого индивида.

Источниками информации для определения начального уровня качества жизни молодого человека являются:

□ сам молодой человек;

□ его родители;

□ различные специалисты (врачи, психологи, логопеды, педагоги и др.).

Составление «Индивидуального плана» начинается со сбора информации («Общие сведения») о молодом человеке и его семье. Сведения вносятся в «Индивидуальный план» во время или после доброжелательной, доверительной беседы специалиста с родителями. В беседе необходимо объяснить родителям, что данные сведения важны в дальнейшей работе с молодым человеком как опора на его социальный опыт, семейно-родственные связи, социально-экономический и образовательный статус семьи, условия проживания молодого человека в семье. К ответам на некоторые вопросы 1-го раздела целесообразно привлечь и самого молодого человека, что даст возможность ведущему группы не только установить с ним (ней) доверительные отношения, но и проанализировать уровень его ориентированности в родственных связях и особенностях семьи.

Заполнение данного раздела плана родителями является сугубо добровольным.

Необходимо сообщить родителям о конфиденциальности всех данных, зафиксированных в «Индивидуальном плане», и согласовать с ними список лиц, для которых данные сведения могут быть открыты.

Беседа с молодым человеком может проводиться по отдельным фрагментам (вопросам), система (план-беседы) которых предложена в разделе «Начальный (актуальный) уровень здоровья» в подразделе «Оценки родителями и молодым человеком».

Получить информацию от родителей о начальном уровне качества жизни молодого человека можно в беседе и / или при помощи анкетирования по тому же плану.

Собранная в беседе (анкетировании) с молодым человеком и его родителями информация заносится в «Индивидуальный план». Ее точность и реальность родители подтверждают своей подписью.

При определении начального уровня качества жизни чаще всего беседы с родителями и молодым человеком оказывается недостаточно для выделения основных направлений работы с молодым человеком и его родителями.

428

Например, при *определении начального уровня здоровья и физического развития* целесообразно обследование молодых людей врачами-специалистами (перечень которых согласовывается с родителями).

В изучении актуального уровня знаний и умений молодых людей в разделе «Работа. Творчество» значительную помощь окажет педагог (изучение уровня сформированности академических знаний и навыков: чтение, письмо, счет); психолог (понимание задания; мотивация трудовой деятельности; работоспособность).

Начальный уровень включенности молодого человека в общество поможет определить логопед (возможности вербального и невербального общения) и психолог (осознание своего-«Я»; особенности поведения, общения и взаимодействия с разными группами людей).

Эмоциональное здоровье молодого человека может быть охарактеризовано с участием психолога (эмоционально-психическая организация личности; особенности самоконтроля и саморегуляции).

В случае необходимости (по желанию родителей) к определению начального уровня жизненно необходимых качеств личности молодого человека могут быть привлечены и другие специалисты.

Субъективная информация, полученная от молодого человека и его родителей; объективные данные, полученные специалистами, целесообразно обсудить на консилиуме специалистов, что поможет определить «Основные направления работы с молодым человеком и его родителями».

Основные направления работы с молодым человеком и его родителями

На основании информации о молодом человеке и его родителях, рекомендаций консилиума специалист определяет основные направления работы с ними.

При составлении плана работы с каждым молодым человеком выделяются первоочередные задачи. Для каждого участника группы они разные и зависят от уровня его социальной адаптации. Для одних молодых людей актуальным будет формирование навыков самообслуживания; для других — отказ от вредных привычек; для третьих — формирование трудовых навыков и посильное включение в трудовую деятельность.

Известно, чтобы изменить положение человека в социуме, необходимо:

- изменить социум (окружение), в котором находится человек;
- изменить отношение самого человека к социуму.

В данном руководстве речь идет не об изменении отношения социума к молодым людям с нарушением развития на уровне всего *общества*. Это задача систематической целенаправленной работы общественности, родителей и специалистов по формированию равноправного гуманного цивилизованного отношения к людям, которые требуют более высокого уровня общественного сознания и культурного развития.

Самым близким социумом молодого человека является семья. Многочисленные исследования показали, что в подавляющем большинстве семей, имеющих детей с проблемами в развитии, родители неадекватно оценивают воз-

429

можности своих детей (завышают или занижают), а отсюда и — завышенный или заниженный уровень ожидаемой от ребенка «успешности».

Для планирования работы с родителями важно, прежде всего, выяснить картину внутрисемейных отношений (в чем поможет психолог), адекватность оценки родителями возможностей своего ребенка. План работы с родителями должен в первую очередь быть ориентирован на адекватное отношение родителей к возможностям, самостоятельности, «взрослости» молодого человека. Только в этом случае возможны совместные действия специалиста и родителей, направленные на улучшение качества жизни молодого человека с нарушением развития.

Работу целесообразно планировать по направлениям:

- просвещение** родителей специалистами (Университет родителей, лекции для родителей, круглые столы и др.) в области психолого-педагогических особенностей молодых людей с проблемами в развитии;

- обучение технологии общения и взаимодействия родителей и молодых людей в конкретных заданиях, на конкретных примерах; в организации «родительских мастерских», на которых родители обмениваются опытом семейного воспитания;

- эмоционально-психологическая поддержка родителей в индивидуальных психотерапевтических беседах и в группах общения родителей.

Разработка программы согласованных действий

В «Основных направлениях» определены задачи работы специалиста с молодым человеком и его родителями. В «Плане согласованных действий» необходимо детализировать содержание, последовательность и стратегии деятельности каждого партнера; то есть определить конкретные «шаги» в решении проблемы.

Например, в «Общем плане» работы с молодым человеком К. одной из задач является развитие навыков самообслуживания, одними из них он владеет самостоятельно, другими только при помощи взрослого, третьими — не владеет совсем.

В «Плане согласованных действий» отражают разное содержание и уровень требований к действиям молодого человека, специалиста и родителей.

По отношению к навыкам, сформированным на *достаточном уровне самостоятельности, специалист* предлагает молодому человеку К. роль ассистента (помощника) в работе с другими членами группы; *родители* дома незаметно контролируют качество и уровень самостоятельности навыка самообслуживания, стараются ненавязчиво одобрить молодого человека.

По отношению к *навыкам*, выполнение которых *требует помощи, специалист* оказывает эту помощь и предлагает молодому человеку постараться хотя бы 1 -2 раза обойтись без помощи; *родителям* предлагается постепенно уменьшать дома помощь в данном виде самообслуживания, обязательно подчеркивая успехи молодого человека.

Несформированные у молодого человека навыки самообслуживания развиваем «по шагам»: от показа, выполнения с посторонней помощью или при помощи приспособления, постепенно уменьшая помощь и увеличивая степень

430

самостоятельности молодого человека, постоянно отмечая его успехи и возможности продвижения. Работа в обучающей группе продолжается *родителями* в домашних условиях.

На каждом занятии группы обязательно подводится итог («Чему же сегодня научились?»), а каждая последующая встреча начинается с отчета о самостоятельно выполненных дома заданиях.

Время формирования навыка (темп) и степень его сложности для каждого молодого человека индивидуальны. В «Плане согласованных действий» эти особенности фиксируются датами начала и окончания работы по решению поставленной задачи; экспертной оценкой качества сформированности умения.

Контроль динамики и качества изменений знаний и умений

Каждый фактор «качества жизни» и изменения его составляющих могут оцениваться не только количественно, но и качественно.

Целесообразно фиксировать изменения ежемесячно, обсуждая продвижение каждого молодого человека, привлекая к обсуждению и самих молодых людей.

В разделе «*Оценка изменений...*» предлагается фиксировать изменения в цвете (см. условные обозначения), а также давать характеристики продвижений как «значительные», «достаточные», «незначительные». Однако возможны и случаи отсутствия продвижений, или «негативные» изменения, что должно заставить задуматься о причинах таких результатов работы.

В разделе «*Дневник наблюдений (качественные изменения)*» необходимо фиксировать даже самые маленькие успехи молодого человека, отражая уровень его самостоятельности в каждом навыке:

О выполняет регулярно самостоятельно;

выполняет самостоятельно только эпизодически (такие эпизоды повторяются редко, часто, под давлением взрослого);

выполняет при незначительной помощи взрослого;

выполняет только при помощи взрослого;

не может выполнить.

Следует обращаться к данным таблицы 4.1 и дневнику (4.2) ежемесячно. Это даст возможность проследить развитие (или статичность) в формировании знаний, умений и навыков, входящих в понятие «качество жизни», и вносить изменения в план и методы работы при необходимости.

Экспертная оценка каждого «шага» согласованных действий складывается из *оценки молодого человека* («Чему я научился», «Что я узнал»), *его родителей* («...значительно продвинулся», «стал лучше», «стал самостоятельнее», «пока ничего не получается», «пока не удастся» и др.) и *специалиста*, фиксирующего не только успехи или нерешенные проблемы каждого молодого человека, но и пути их решения. Сопоставляя *возможности* молодого человека, сложность проблем, *пути* их реализации и *результативность* согласованных действий, в план могут быть внесены изменения, ориентированные на более реальные задачи.

431

Эти изменения вносятся в план после совместного решения родителей и специалиста; консультаций врача, психолога, логопеда, специального педагога.

Общая характеристика изменений

Общая характеристика изменений отражает результативность работы в обучающей группе каждого молодого человека, она складывается из наблюдений специалистов и ответов на вопросы: «Что удалось?» «Что пока не получилось?» «Над чем работать дальше?»

Целесообразно обсудить итоги работы за год на совместном собрании участников обучающей группы, их родителей и специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Айшервуд М.* Полноценная жизнь инвалида. М., 1991.
2. *Аксенова Л. И.* Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с проблемами в развитии // Дефектология. 1997. № 1.
3. *Александрова Н. В.* и др. Психосексуальное развитие при олигофрениях и органических поражениях мозга (поданным осведомленности в вопросах пола) // Психика и пол детей и подростков в норме и патологии. Л., 1986.
4. *Алехина А. В.* Психологические особенности развития сенсорно-перцептивных действий у детей с синдромом Дауна // Дефектология. 1999. № 5.
5. *Андреева С. В.* Половое воспитание детей и подростков с особыми потребностями. Псков: ПО-ИПКРО, 2004.
6. *Андреева С. В.* Помощь в самореализации людям с особыми потребностями. Некоторые аспекты содержания обучения детей и подростков в Псковском лечебно-педагогическом центре. Псков, 1998.
7. *Аугене Д. Й.* Речевое общение умственно отсталых детей дошкольного возраста и пути его активизации // Дефектология. 1987. № 4.
8. *Бакк А., Грюневальд К.* Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития / Пер. со шведского / Под ред. Ю. Колесовой. СПб., 2001.
9. *Бгажнокова И. М.* Обоснование изменения структуры и содержания обучения детей с нарушением интеллекта // Дефектология. 1995. № 1.
10. *Бернштейн А. Н.* Клинические приемы психологического исследования душевно больных. М: Издание студенческой медицинской издательской комиссии им. Н. И. Пирогова, 1911.
11. *Бине А., Симон Т.* Неполноценные дети. М., 1911.
12. *Блонский П. П.* Методика педологического обследования школьника. М.; Л., 1927.
13. *Блонский П. П.* О школьной и интеллектуальной недостаточности. На путях к новой школе. 1924. № 10-12.
14. *Бойков Д. И.* Речевая коммуникация учащихся вспомогательных школ-интернатов. Автореферат канд. дис. СПб., 1994.
15. *Вайзман Н. П.* Психомоторика умственно отсталых детей. М., 1997.
16. *Варга А. Х.* Идентификация с родителями и формирование психологического пола // Семья: формирование личности. М., 1981.
17. *Васильченко Г. С.* Нарушения психосексуального развития // Психосексология: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. Минск, 1998.
18. *Вассерман Я.* Каспар Хаузер, или Леность сердца. М., 1990.
19. *Вейс Т.* Как помочь ребенку (Опыт лечебной педагогики в Кэмпхилл-общинах). М., 1992.
20. *Власова Т. А., Певзнер М. С.* Учителю о детях с отклонениями в развитии. М., 1967.
21. *Воронкова В. В.* О структуре и учебном плане школы-интерната (школы VIII вида) для детей с умственной отсталостью // Дефектология. 1996. № 3.
22. *Воронкова В. В.* Обучение грамоте и правописанию в 1—4 классах вспомогательной школы. М., 1994.
23. Вспомогательные школы для отсталых детей / Ред. Е. В. Герье, Н. В. Чехов. М., 1923.
24. *Выготский Л. С.* Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства // Собр. соч. Т. 5. М., 1983. 469
25. *Выготский Л. С.* Коллектив как фактор развития аномального ребенка // Собр. соч. Т. 5. М., 1982.
26. *Выготский Л. С.* Собр. соч. в 6 т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой. М., 1983.
27. *Вярянен В. А.* Особенности личных взаимоотношений между учащимися младших классов вспомогательной школы. Автореферат канд. дис. М, 1971.

28. *Гарбузов В. И.* Практическая психотерапия. СПб., 1994.
29. *Гарбузов В. И.* Психотерапевтическая коррекция нарушений полоролевого поведения при неврозах у детей и подростков // Психика и пол детей и подростков в норме и патологии / Под ред. Д. Н. Исаева. Л., 1986.
30. *Гаурилюс А. И.* Динамика становления межличностных отношений и представлений о себе и своем окружении у учащихся вспомогательной школы // Дефектология. 1995. № 2.
31. *Граборов А. Н.* Вспомогательная школа. Л., 1925.
32. *Граборов А. Н.* Очерки по олигофренопедагогике. М., 1961.
33. *Грачева Е. И.* Воспитание и обучение глубоко умственно отсталого ребенка. М., 1932.
34. *Грачева Е. К.* Руководство по занятию с отсталыми детьми и идиотами. СПб., 1907.
35. *Грибоедов А. С.* Воспитание ненормальных в психическом отношении детей // Вестник психологии. 1905. №5.
36. *Громова О. Е.* Идеографическая письменная система «Блиссимволика» как компенсирующая стратегия общения при отсутствии речи // Дефектология. 2000. № 5.
37. *Громыко М. М.* Мир русской деревни. М., 1991.
38. *Грюневальд К.* Как учить и развивать умственно отсталых детей. СПб., 1994.
39. *Гуровец Г. В., Давидович Л. З.* К вопросу изучения болезни Дауна // Дефектология. 1999. № 6.
40. *Гюго В.* Собор Парижской богородицы. М., 1977.
41. *Даргевичене Л. И.* Особенности личных взаимоотношений между учащимися младших классов вспомогательной школы. Автореферат канд. дис. М., 1971.
42. *Дейвид Г., Линднер М.* Служба планирования семьи для психически неполноценных лиц. Международный институт по изучению проблем семьи. США, 1978.
43. *Дементьева Н. Ф., Шаталова Е. Ю.* Характеристика обучения умственно отсталых людей, находящихся в психоневрологических домах-интернатах // Дефектология. 1987. № 3.
44. *Деменьева Н. Ф.* Роль семьи в воспитании и обучении детей с особыми нуждами. М., 1996.
45. *Демьяненко Т. В.* Психолого-педагогическое сопровождение детей с тяжелым нарушением интеллекта в процессе их социально-бытовой адаптации // Интегративные тенденции современного специального образования. Сборник тезисов международной научно-практической конференции. Минск, 2003. С. 197-201.
46. Дети с отклонениями в развитии. Методическое пособие / Сост. Н. Д. Шматко. М., 1997.
47. Диагностика и формирование навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового и ручного у умственно ограниченных детей. Методические материалы в помощь педагогам специальных учреждений и родителям. Минск, 1997.
48. *Дульнев Г. М.* Учебно-воспитательная работа во вспомогательной школе. М., 1981.
49. *Жутикова Н. В.* Психологические уроки обыденной жизни: Беседы психолога. М., 1990.
50. *Забрамная С. Д.* Методические указания к психолого-педагогическому изучению детей-имбецилов. М., 1979.
51. *Забрамная С. Д.* Некоторые особенности эмоциональной сферы детей с болезнью Дауна // Изучение, обучение и воспитание детей с глубокими нарушениями интеллекта. М., 1978.
52. *Забрамная С. Д.* Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения. М., 1988.
53. *Забрамная С. Д.* Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. М., 1995.
54. *Замский Х. С.* История олигофренопедагогике. М., 1980.
55. *Замский Х. С.* Умственно отсталые дети. История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. М., 1995.
56. *Занков Л. В.* Вопросы психологии учащихся вспомогательной школы. М., 1954.
57. *Занков Л. В.* Облик умственно отсталого школьника // Известия Академии педагогических наук РСФСР. 1951. Вып. 37.
58. *Занков Л. В.* Очерки психологии умственно отсталого ребенка. М., 1935.
59. *Занков Л. В.* Психология умственно отсталого ребенка. М., 1939.
60. *Захаров А. И.* Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М., 1993.
61. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. М., 1979.
- 470
62. *Зейгарник Б. В., Братусь Б. С.* Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.

63. *Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Нисневич Л. А.* Как помочь «особому» ребенку. Книга для педагогов и родителей. СПб., 2000.
64. *Зотова А. М.* Интеграция ребенка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации // Дефектология. 1995. № 3.
65. *Иванов Е. С, Исаев Д. И.* Что такое умственная отсталость. Руководство для родителей. СПб., 2000.
66. *Изард К.* Эмоции человека. М., 1980.
67. *Исаев Д. Н.* Психическое недоразвитие у детей. Л., 1982.
68. *Исаев Д. Н.* Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте. СПб., 1994.
69. *Исаев Д. Н.* Психология больного ребенка: Лекции. СПб., 1993.
70. *Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
71. *Исаев Д. Н.* Умственная отсталость у детей и подростков. СПб., 2003.
72. *Исаев Д. #., Каган В. Е.* Половое воспитание детей. Медико-психологические аспекты. Л., 1988.
73. *Исаев Д. #., Каган В. Е.* Половое воспитание и психогигиена пола у детей. Л., 1980.
74. *Исаев Д. Н., Каган В. Е.* Половые роли и девиантное поведение // Тезисы докладов Международного симпозиума детских психиатров социалистических стран. Суздаль, 1986.
75. *Каган В. Е.* Половая идентичность у детей и подростков в норме и патологии: Дисс. ... д-ра мед. наук. Л., 1991.
76. *Каган В. Е.* Психосоматические аспекты половой идентичности // Психосоматические и соматические расстройства у детей. Сборник научных трудов / Под ред. Д. Н. Исаева. Л., 1986.
77. *Каган В. Е.* Система половых различий // Психика и пол детей и подростков в норме и патологии / Под ред. Д. Н. Исаева. Л., 1986.
78. *Калюжин Г. А., Дерюгина М. П.* От колыбели до школы. Петрозаводск, 1993.
79. *Каплан Г. И., Сздок Б. Дж.* Клиническая психиатрия. Т. 2., М., 1994.
80. *Катюхин В. Я., Дементьева Н. Ф.* Дома-интернаты. СПб., 1996.
81. *Кащенко В. П.* Нервность и дефективность в детском возрасте. М., 1919.
82. *Кащенко В. П.* Педагогическая коррекция. М., 1994.
83. *Келлер Т.* Кемпхильские общины в Великобритании // Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира. Хрестоматия / Сост. Л. М. Шипицына. СПб., 1997.
84. Клинико-генетические исследования олигофрении / Под ред. М. С. Певзнер. М., 1972.
85. Книга для учителя вспомогательной школы / Под ред. Г. М. Дульнева. М., 1955.
86. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М., 1995.
87. *Ковалев С. В.* Психология семейных отношений. М., 1987.
88. *Ковалев С. В.* Психология современной семьи. М., 1988.
89. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы / Под ред. Л. М. Шипицыной, Е. И. Казаковой. СПб., 2000.
90. *Кон И. С.* Введение в сексологию. М., 1988.
91. *Кон И. С.* Психология ранней юности. М., 1989.
92. *Коноплева А. И., Лецинская Т. Л.* Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития. Минск, 2003.
93. Концепция интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (со специальными образовательными потребностями) // Актуальные проблемы интегрированного обучения. М., 2001.
94. *Коробейников И. А.* Нарушения развития и социальная адаптация. М., 2002.
95. Коррекционно-развивающие программы с использованием специального оборудования для детей и подростков. Методическое пособие / Под ред. Е. Е. Чспурных. М.; Ярославль, 2002.
96. Коррекция и развитие. Коррекционно-образовательные программы для детей с глубоким нарушением интеллекта. Вып. 1. СПб., 1996.
97. *Корсаков С. С.* К психологии микроцефалов. М., 1894.
98. *Кристен У.* Поддерживающая коммуникация / Пер. с нем. // Обучение и развитие детей и подростков с глубокими умственными и множественными нарушениями. Псков, 1999.
99. *Кристи Я.* Поту сторону одиночества. Сообщества необычных людей / Пер. с нем. Калуга, 1993.
100. *Кузьмицкая М. И.* Подготовка к практической жизни олигофренов в степени имбецильности (бытовая и социальная адаптация) // Дефектология. 1977. № 5.

101. *Лангмейер Й., Матейчык З.* Психическая депривация в детском возрасте. Прага, 1984.
102. *Лебединская К. С.* Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. М., 1968.
103. *Лебединский В. В.* Нарушение психического развития у детей. Учеб. пособие. М, 1985.
104. *Леб-система / Пер. с нем.* Минск, 1997.
105. *Леонтьев А. Н.* Потребности и мотивы эмоций. Психология эмоций. Тексты. М., 1984.
106. *Лисина М. И.* Общение, личность и психика ребенка. М.; Воронеж, 1997.
107. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Изд. 2-е, доп. и перераб. Л., 1985.
108. *Лубовский В. И.* Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.
109. *Лурия А. Р.* Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. Т. 2. М., 1956.
110. *Лурия А. Р.* Умственно отсталый ребенок. М., 1960.
111. *Лурье Н. Б.* Воспитание глубоко умственно отсталого ребенка в семье. М., 1972.
112. *Лучшие психологические тесты.* Петрозаводск, 1992.
113. *Лявшина Г. Х.* Изучение сексуального поведения детей (Опыт социального исследования) // Психотерапия и сексология. СПб., 1997.
114. *Лявшина Г. Х.* Психосексуальное развитие детей. СПб., 1996.
115. *Ляпидевский С. С, Шостак Б. И.* Клиника олигофрении. М, 1985.
116. *Маллер А. Р.* Принципы обучения детей с глубокими умственными нарушениями // Основные подходы к решению проблем обучения и воспитания детей с глубокими умственными и множественными нарушениями. Псков, 2000.
117. *Маллер А. Р.* Ребенок с ограниченными возможностями. Книга для родителей. М., 1996.
118. *Маллер А. Р.* Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. М., 2000.
119. *Маллер А. Р.* Социально-трудовая адаптация глубоко умственно отсталых людей. М, 1990.
120. *Маллер А. Р., Цикото Г. В.* Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. М., 1988.
121. *Малофеев Н. Н.* История становления развития национальных систем специального образования (социокультурный аспект) // Специальная педагогика/ Под ред. Н. М. Назаровой. М., 2000.
122. *Малофеев Н. Н.* Модернизация системы специального образования: проблемы коррекции, реабилитации, интеграции // Интегративные тенденции современного специального образования. Сборник тезисов международной научно-практической конференции.-Минск, 2003.
123. *Малофеев Н. Н.* Современные этапы в развитии системы специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития // Дефектология. 1997. №4.
124. *Малофеев Н. Н.* Специальное образование в России и за рубежом. М., ИКП РАО, 1996.
125. *Маляревская Е. Х.* Отсталые дети. СПб., 1902.
126. *Маринчева Г. С, Гаврилов В. И.* Умственная отсталость при наследственных болезнях. М., 1988.
127. *Маслоу А.* Мотивация и личность. СПб., 1998.
128. *Мастюкова Е. М.* Актуальные аспекты клинической диагностики умственной отсталости у детей // Дефектология. 1997. № 1.
129. *Мастюкова Е. М., Московкина А. Г.* Они ждут нашей помощи. М., 1991.
130. *Мастюкова Е. М., Певзнер М. С, Пермьякова В. А.* Дети с нарушениями умственного развития: Учебное пособие. Вып. I. Иркутск, 1992.
131. *Маховер К.* Тест «Нарисуй человека». Альманах психологических тестов (изд. 3-е). М., 1996.
132. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) / Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Цирки на.* СПб., 1994.
133. *Мнухин С. С.* О клинико-физиологической классификации состояний общего психического недоразвития у детей // Труды института им. В. М. Бехтерева. 1961. Т. 25.

134. Мнухин С. С, Исаев Д. Н. О процессах адаптации при олигофрении // Восстановительная терапия и социально-трудовая реадaptация. Л., 1965.
135. Морозов М. С. Материалы к антропологии, этиологии и психологии идиотизма. Диссертация на степень доктора медицины. СПб., 1902.
136. Мудрик А. В. Введение в социальную педагогику. М., 1997.
137. Образовательные стандарты для специальных (коррекционных) школ / Под ред. Л. М. Шипицыной. СПб., 1996.
- 472
138. Обучение детей бытовым навыкам// Бейкер Б., Брайтман А. Путь к независимости / Пер. и ред. А. Битова. Обнинск, 1999.
139. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира. Хрестоматия/Сост. Л. М. Ши-пицына. СПб., 1997.
140. Обучение и развитие детей и подростков с глубокими умственными и множественными нарушениями. (Из опыта работы Псковского лечебно-педагогического центра.)/ Под ред. А. М. Царева. Псков, 1999.
141. Организация летнего отдыха детей с ограниченными возможностями здоровья / Под ред. С. И. Григорьева, Л. Г. Гуляковой. Барнаул-Москва, 1997.
142. Основные направления и содержание обучения детей и подростков с особыми потребностями в лечебно-педагогическом центре г. Пскова / Под ред. С. В. Андреевой. Псков, 2000.
143. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж. И. Шиф. М., 1965.
144. Отбор детей во вспомогательные школы / Под ред. С. Д. Забрамной, М., 1971.
145. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. СПб., 1997.
146. Парфентьева О. В. О судебно-психиатрической экспертизе потерпевших, страдающих олигофренией // Суд.-мед. Экспертиза. 1978. № 2.
147. Певзнер М. С. Дети-олигофрены. М., 1959.
148. Певзнер М. С, Лубовский В.И. Динамика развития детей-олигофренов. М., 1963.
149. Певзнер М. С, Ростягайлова Л. И., Мастюкова Е. М. Психическое развитие детей с нарушениями умственной работоспособности (вариант гидроцефалии). М., 1982.
150. Петрова В. Г. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. М., 1968.
151. Пиз А. Язык жестов / Пер. с англ. Воронеж, 1992.
152. Пиз А. Язык телодвижений. Как читать мысли других людей по их жестам / Пер. с англ. Н. Новгород, 1992.
153. Пинский Б. И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников. М.: АПН РСФСР, 1962.
154. Пинский Б. И. Психология трудовой деятельности учащихся вспомогательной школы. М., 1969.
155. Питерси М., Трилор Р. Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии / Пер с англ. М., 1997.
156. Поппе Г. К. Половые различия при олигофрении. Сборник научных трудов под ред. Д. Н. Исаева. Л., 1986.
157. Принципы отбора детей во вспомогательные школы/ Под ред. Г. Н. Дульнева, А. Р. Лурия. М., 1973.
158. Прихожан А. М. Представления подростков и юношей о своей будущей семейной жизни и воспитание в родительской семье // Семья и личность. М., 1981.
159. Прокофьев С. О. Духовные судьбы России и грядущие мистерии Святого Грааля. М., 1995.
160. Пронников В. А., Ладанов И. Д. Язык мимики и жестов. М., 1998.
161. Процко Т. А., Китина О. Г. Значение совместной деятельности умственно отсталых школьников для формирования межличностных отношений в группе // Дефектология. № 1. 1991.
162. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии/ Под ред. Д. Н. Исаева, В. Е. Кагана. СПб., 1991.
163. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: Пособие для учителя-дефектолога / Под ред. Л. М. Шипицыной. М., 2003.

164. *Рау Ф. Ф., Слезина П. Ф.* Воспитание аномального ребенка в семье // Основы обучения и воспитания аномальных детей / Под ред. А. И. Дьячкова. М., 1965.
165. *Романова Е. С., Потемкина О. Ф.* Графические методы в психологической диагностике. М., 1992.
166. *Россолимо Г. И.* Психологические профили дефективных учащихся. М., 1914.
167. *Рубинштейн С. Я.* Психология умственно отсталого школьника. М., 1970.
168. *Рткле Х.* Ваше тайное оружие в общении. Мимика, жест, движение/ Пер. с нем. М., 1996.
169. Саламанская декларация и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями. Са-ламанка (Испания): ЮНЕСКО, 1994.
170. Семья в психологической консультации / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столица. М., 1989.
171. *Смирнова А. Н.* Воспитание умственно отсталого ребенка в семье. М., 1967.
172. *Смирнова И. А.* Формирование неартикулируемых средств общения в логопедической работе // Проблемы патологии развития и распада речевой функции. СПб., 1999.
- 473
173. *Соломатина И. В.* Программа сенсорного развития для детей с грубыми множественными нарушениями // Дефектология. 1998. № 2.
174. *Сорокин В. М.* Специальная психология. СПб., 2003.
175. *Сорокин В. М.* Характер длительных эмоциональных переживаний родителей, воспитывающих детей-инвалидов // Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь. М., 1998.
176. Социальная адаптация детей раннего возраста с синдромом Дауна / Под ред. П. Л. Жияновой, М. Ф. Гимадеевой. М., 2002.
177. Специальная психология / Под ред. В. И. Лубовского. М., 2003.
178. Специальная школа. Направления и указания для занятий с детьми и подростками, имеющими тяжелую степень умственной ограниченности / Под ред. А. Левина, Н. Ласкевич. Минск, 1996.
179. Специальное образование в развитии. Современные проблемы специального образования в Нидерландах, России, Швеции, Великобритании, США/ Науч. ред.: К. ван Рейсвейк, Н. Форман, Л. М. Шипицына. СПб., 1996.
180. *Спок Б.* Ребенок и уход за ним. Л., 1990.
181. *Стернина Т. З.* Понимание эмоционального состояния другого человека детьми с умственной отсталостью // Дефектология. 1988. № 3.
182. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. (Клиника олигофрении). Т. 3. М., 1965.
183. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. М., 1974.
184. *Тингей-Михэлис К.* Дети с недостатками развития. М., 1988.
185. *Ткачева В. В.* К вопросу о создании психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. 1999. № 3.
186. *Ткачева В. В.* Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями >развитии. М., 1999.
187. *Трошин Г. Я.* Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей. Петроград, 1915. Ч. 1.
188. *Хелльбрюгге Т., Лайоси Ф., Динара Д.* и др. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Минск, 1997.
189. *Херсонский Б. Г.* Метод пиктограмм в психодиагностике. СПб., 2000.
190. *Хольцапфель В.* Дети, нуждающиеся в особом уходе. К лечебной педагогике Р. Штайнера. Калуга, 1999
191. *Цикото Г. В.* Коррекционная работа с детьми-имбецилами младшего возраста // Клиническое и психолого-педагогическое изучение детей с интеллектуальной недостаточностью. М., 1976.
192. *Цикото Г. В.* Об интеллектуальном развитии детей-имбецилов // Дефектология, 1979. № I.
193. *Цикото Г. В.* Проблемы умственного развития детей с глубокими формами олигофрении в начальном обучении // Вопросы обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта. М., 1994.
194. *Чарова О. Б., Савина Е. А.* Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. 1999. № 5.

195. Человек и общество. Программа по социальной адаптации детей с глубоким нарушением интеллекта / Под ред. Л. М. Шипицыной, А. А. Хилько, В. Н. Асикритова. СПб., 1996.
196. Человек и природа. Программа по обучению здоровому образу жизни детей с глубоким нарушением интеллекта / Под ред. Л. М. Шипицыной, А. А. Хилько, В. Н. Асикритова. СПб., 1996.
197. *Шефер Ч., Керу Л.* Игровая семейная психотерапия. СПб., 2000.
198. *Шипицына Л. М.* Развитие навыков общения у детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. СПб., 2004.
199. *Шипицына Л. М.* Современные проблемы социализации молодых людей с глубоким нарушением интеллекта // Основные подходы к решению проблем обучения и воспитания детей с глубокими умственными и множественными нарушениями. Псков, 2000.
200. *Шипицына Л. М.* Современные тенденции развития специального образования в России // Актуальные проблемы интегрированного обучения. М., 2001.
201. *Шипицына Л. М.* Социальная и педагогическая интеграция. Проблемы сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья // Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение развития ребенка. СПб., 2001.
- 474
202. *Шипицына Л. М., Защиринская О. В., Воронова А. П., Нилова Т. А.* Азбука общения. Развитие личности ребенка, навыков общения со взрослыми и сверстниками. СПб., 1998.
203. *Шипицына Л. М., Иванов Е. С., Асикритов В. Н.* Социально-трудовая реабилитация и адаптация детей с глубоким нарушением интеллекта: Метод, пособие. СПб., 1996.
204. *Шипицына Л. М., Иванов Е. С., Виноградова А. Д., Коновалова Н. Л., Крючкова Л. Л.* Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации. СПб., 1997.
205. *Шипицына Л. М., Рейсвейк К. ван.* Навстречу друг другу: пути интеграции. СПб., 1998.
206. *Шипицына Л. М., Паниер М., Вейнс В.* и др. Специальное обучение в России и Фландрии: сходства и различия. СПб., 1998.
207. *Шипицына Л. М., Сергеева Т. А., Политова А. В.* Школа-центр диагностики и интегрированного обучения детей с проблемами в психическом развитии (научно-методическая документация). СПб., 1994.
208. *Шипицына Л. М., Иванов Е. С., Данилова Л. А., Смирнова И. А.* Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. СПб., 1995.
209. *Школьникова Н. Н.* Система развития коммуникационного поведения у дошкольников с интеллектуальной недостаточностью. М., 1993.
210. *Шнек О.* Люди с умственной отсталостью. Обучение и воспитание. М., 2003.
211. *Штайнер Р.* Основные черты социального вопроса в жизненных потребностях настоящего и будущего. Ереван, 1992.
212. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Семейная психотерапия. Л., 1989.
213. *Эйдемиллер Э. Т., Юстицкий В. В.* Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999.
214. Энциклопедия психологических тестов. Общение, лидерство, межличностные отношения. М., 1997.
215. *Эфроимсон В. П., Блюмина М. Г.* Генетика олигофрении, психозов, эпилепсии. М., 1978.
216. *Юдилевич Я. Г.* Учет индивидуальных особенностей олигофренов-имбецилов в коррекционно-воспитательной работе // Дефектология. 1981. № 3.
217. *Abrams D., Sparkers K., Hogg M.* Gender salience and social identity: The impact of sex of siblings on educational and occupational aspirations // Brit. J. of Education. Psychol. 1985. V. 55. N 3.
218. *Bakk A., Grunevald K.* Omsorgsboke. Liber Utbildning. Stockholm, 1993 / Пер. со шведского. Бакк А., Грюневальд К. Забота и уход. Книга о людях с задержкой умственного развития. СПб., 2001.
219. *Blackstone S. W., Berg M. H.* A communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication parents. Social Networks: Manual, 2003.
220. *Bliss C. K.* Sumantografy. 2-nd ed. Sydney, Australia: Semantografy (Blissmibolics) Publication.
221. Children with Down Syndrome: A Developmental Perspective / Edited by D. Cicchetti. Cambridge University Press, 1990.
222. *Coiner R. J.* Fundamentals of Abnormal Psychology. W. H. Freeman and Co. New York, 2001.
223. *Erikson E.* Identity and the Life Cycle: Psychological Issues. N. Y., 1959.

224. *Fryxell D., Kennedy C. H.* Placement along to continuum of services and its impact on students' social relationships // *The foundations of inclusive education: A compendium of articles on effective strategies to achieve inclusive education.* 2001.
225. *Grossman H.* *Special Education in a Diverse Society.* Boston, Allyn, Beacon, 1995.
226. *Gumpel T. P., Nativ-Ari-Am H.* Evaluation of a technology for teaching complex social skills to young adults with visual and cognitive impairments // *Journal of Visual Impairment and Blindness.* V. 95. N. 2. 2001.
227. *Gunzburg H. C* *Social Competence and Mental Handicap.* London, 1973.
228. *Harlow H.* The development of affectional patterns in infant monkeys // *Determinants of infant behavior.* N.Y., 1977.
229. *Hassibi M., Chess S.* *Mental Retardation // Child Development in Normality and Psychopathology.* Ed. J. R. Bemporad. Brunner. Mazel. N. Y, 1980.
230. *Heber R. A.* *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation,* 1959.
231. *Hodapp R. M., Zigler E.* Past, Present and Future Issues in the Developmental Approach to Mental Retardation // *Manual of Developmental Psychopathology.* Vol. 2. D. Cicchetti, D. Cohen, editors, Risk, Disorder and Adaptation. Wiley, N.-Y, 1995.
232. *Hodapp R. M.* *Development and Disabilities: Mental, Motor and Sensory Impairments.* Cambridge University Press, N. Y, 1998.
475
233. *Hunt P., Alwell A/., Farron-Davis F., Goets L.* Creating socially supportive environments for fully included students who experience multiple disabilities // *The foundations of inclusive education: A compendium of articles on effective strategies to achieve inclusive education.* 2001.
234. *Jordon T. E.* *The Mentally Retarded.* Columbus, 1955.
235. *Kanner L.* *Child Psychiatry.* N. Y, 1955.
236. *Kauffman J. M., Payne J. S.* *Mental Retardation: Introduction and Personal Perspectives.* Columbus, Ohio, USA, 1975.
237. *Kishi G. S., Meyer L. H.* What children report and remember: A six-year follow-up of the effects of social contact between peers with and without severe disabilities // *The foundations of inclusive education: A compendium of articles on effective strategies to achieve inclusive education.* 2001.
238. *Kraepelin E.* *Einfurung in die psychiatrische klinik,* Leipzig, 1915.
239. *Lancioni G. £., O'Reilly M. F., Olivia D.* Engagement in cooperative and individual tasks: Assessing the performance and preferences of person with multiple disabilities // *Journal of Visual Impairment and Blindness.* V. 96. N. 1. 2002.
240. *Lehr D. H., Brown F.* *People with disabilities who challenge the system.* 1996.
241. *Levack N., Hauser S., Newton L., Stephenson P.* *Basic skills for community living: A curriculum for students with visual impairments and multiple disabilities,* 1996.
242. *Lob R.* *Das Lob-System.* Amberg, 1985.
243. *MarH., Sail N.* Enhancing social opportunities and relationships of children who are deaf-blind // *Journal of Visual Impairment and Blindness.* 89. 1995.
244. *Marcia J.* Identity in adolescence // *Jadelson Jadels (Ed.); Handbook of Adolescent Psychology.* N. Y., 1980.
245. *Michaelis C. T.* *Communication with the Severely and Profoundly Handicapped. A Psycholinguistic Approach.* Ment. Retardation, 1978.
246. *Money J., Erhardt A.* *Man and Woman, Boy and Girl.* Baltimore, 1972.
247. *Personality Development in Individuals with Mental Retardation.* Ed. E. Zigler. Cambridge University Press, 1999.
248. *Rutter M.* *Changing Youth in a Changing. Society.* Cambridge, 1980.
249. *Schiefelbusch R. L.* *Language of the Mentally Retarded.* Baltimore, Md., 1972.
250. *Schnorr R. F.* From enrollment to membership: "Belonging" in middle and high school classes // *The foundations of inclusive education: A compendium of articles on effective strategies to achieve inclusive education.* 2001.
251. *Tredgold A. P.* *Mental Deficiency.* London, 1987.
252. *Understanding Behaviour. A Guide for Parents and Caregivers.* Down Syndrome Society of South Australia Inc., 1999.