

Социальное обследование позволяет выявить и описать причины социального проявления личности, особенности внутрисемейных отношений и поведения, специфику социального взаимодействия подростка с окружающими его людьми, определить пути социальной реабилитации и ресоциализации пациентов. Специалист по социальной работе в учреждениях здравоохранения расширяет круг возможностей для «нормального» функционирования в социальной макро- и микросреде пациента.

*Т.А.Бобылева,
А.С.Розенфельд*

Проблема коррекции физического развития детей, имеющих задержку психического развития, усугубленную геоклиматическими факторами Крайнего Севера

В настоящее время число детей, которые по разным причинам не в состоянии усвоить программу начальной ступени обучения, постоянно увеличивается. Одной из причин этого является задержка психического развития (ЗПР) школьников. Их количество, по данным Н.Д.Соколовой и Л.В.Калинниковой, колеблется от 20 до 32 % [1].

Проведенный нами анализ критических фактов показал, что одним из определяющих симптомов у детей с задержкой развития является недоразвитие эмоционально-волевой сферы по типу инфантилизма. У детей с ЗПР отмечается сниженная работоспособность вследствие возникающей церебрастении, психомоторной расторможенности, повышенной возбудимости.

Познавательная деятельность у таких детей характеризуется низким уровнем активности и замедлением переработки информации. Вместе с тем у них не нарушены абсолютные пороги чувствительности, возможности слуха и зрения остаются в пределах нормы. Дефекты восприятия обнаруживаются при усложнении воспринимаемых объектов или в условиях, затрудняющих восприятие (необычное положение объектов и т.п.). Внимание характеризуется

неустойчивостью, память ограничена в объеме и непрочна. Наглядно-действенное мышление развито в большей степени, чем наглядно-образное и особенно словесно-логическое. Отмечаются также незначительные нарушения речевых функций, некоторое снижение долговременной и кратковременной памяти [2].

Наибольшие затруднения у детей с ЗПР вызывает выполнение заданий, требующих словесно-логического мышления. В развитии центральной нервной системы (ЦНС) в первую очередь и в наибольшей степени обнаруживается незрелость наиболее поздно формирующихся областей. К таким областям относятся не только лобные, но и нижнетеменные, которые являются материальной основой осуществления сложных межанализаторных связей. Запоздывание их созревания вызывает серьезные затруднения в формировании зрительно-двигательного, слуходвигательного и слухозрительного взаимодействия. Именно поэтому детям с ЗПР по сравнению с их успевающими сверстниками необходим более длительный период времени для приема и переработки сенсорной информации.

Среди наиболее характерных двигательных расстройств отмечены нарушения произвольной регуляции движений, недостаточная координация и четкость произвольных движений, трудности переключения и автоматизации, недоразвитие тонких моторных актов и быстрая утомляемость [3, 4]. Поэтому дети с ЗПР нуждаются в методически обоснованных, специально подобранных мероприятиях, направленных на коррекцию двигательного-моторной сферы.

С такими учащимися, по общепринятому положению, коррекционная работа проводится в начальной школе, что связано с первым этапом «скачка» в физическом и психическом развитии (7–8 лет). С пятого класса, когда быстрый этап в развитии прекращается, дети с ЗПР обычно переводятся в классы компенсирующего обучения, где они смешиваются с детьми педагогически запущенными.

Однако следует помнить о явлениях «вторичной» запущенности, которые чаще всего наблюдаются у детей с ЗПР церебрально-органического генеза вследствие неблагоприятных условий воспитания и обучения в массовой школе, ввиду их специфического восприятия и других факторов воздействия. У таких детей возникает стойкая несостоятельность в учебе, что, в свою очередь, является

причиной психогенных расстройств и формирования патологической личности, что еще в большей мере обостряет проблему диагностики и коррекции развития детей.

В школах не везде созданы благоприятные условия для коррекции индивидуальных недостатков в развитии. Зачастую не предусмотрены занятия по коррекции двигательной сферы учащихся, их моторики и координации движений. Санитарно-гигиенические требования к режиму учебного дня школьников не выполняются.

Эта проблема осложняется еще и тем, что абсолютное большинство нервно-психических и психосоматических отклонений, обнаруживаемых у школьников компенсирующего обучения, относятся к «пограничному» уровню расстройств, которые должны находиться в компетенции психиатров и дефектологов [1]. При этом численность детей с легкими формами отклонений в нервно-психической сфере значительно превышает частоту более выраженных вариантов. Отсюда понятно, что основная часть этой категории детей нуждается не столько в лечении, сколько в соответствующих методах воспитания и обучения.

Существенной стороной коррекционно-развивающего педагогического процесса является индивидуально-групповая коррекционная работа, направленная на коррекцию индивидуальных недостатков развития учащихся. Такие занятия могут иметь общеразвивающие цели, например, повышение уровня общего, сенсорного, интеллектуального развития, памяти, внимания и т.п., но могут быть и предметной направленности (подготовка к восприятию трудных тем учебной программы, восполнение пробелов предшествующего обучения и т.п.).

Построение содержания и методов обучения осуществляется с учетом общей характеристики психологических особенностей детей с ЗПР, а также на основе педагогического изучения уровня освоения знаний, умений и навыков в соответствии со школьной программой.

Психолого-дидактические принципы обучения данной категории детей предусматривают:

- введение в содержание обучения разделов, восполняющих пробелы предшествующего развития;

- использование методов и приемов обучения с ориентацией на «зону ближайшего развития» ребенка, создание оптимальных условий для реализации его потенциальных возможностей;
- коррекционную направленность учебно-воспитательного процесса, обеспечивающего решение задач общего развития, воспитания и коррекции познавательной деятельности ребенка, преодоление индивидуальных недостатков развития.

Среди коррекционных задач особо важными являются:

- повышение познавательной активности детей;
- развитие общеинтеллектуальных умений: приемов анализа, обобщения, классификации;
- расширение словарного запаса, развитие устной монологической речи детей (в единстве с обогащением знаниями и представлениями об окружающей действительности);
- психокоррекция поведения ребенка, социальная профилактика, формирование навыков общения.

Все эти задачи коррекции физического развития детей с ЗПР закономерны и требуют своего разрешения. В условиях Крайнего Севера проблема еще более актуальна, так как стресс создает дополнительную нагрузку на психику ребенка. К факторам стресса относятся: низкая температура, светопериодичность (полярный день – полярная ночь), слабая солнечная активность, ультрафиолетовое голодание, а также гелиомагнитные факторы. Все это негативно сказывается на здоровье человека и способствует развитию депрессивных и астенических состояний. Говоря о природно-климатических факторах, влияющих на жизнь и здоровье человека на Севере, нельзя не упомянуть об экологических проблемах, так как они являются причиной многих заболеваний, т.е. ухудшения здоровья [5, 6].

Исследования, проводившиеся Центром полярной медицины ГНЦ ААНИИ, показали высокую амплитуду патологии детского населения Ямало-Ненецкого автономного округа, выраженную такими нозологическими формами, как заболевания органов пищеварения, дыхания, опорно-двигательного аппарата, стоматологическая патология, иммунные расстройства, нарушения метаболизма.

Необходимо отметить, что показатели физического развития имеют большое значение для характеристики состояния здоровья населения. Не являясь абсолютными признаками здоровья, они, на-

ряду с другими показателями (рождаемостью, средней продолжительностью жизни, индексом здоровья и т. д.), дают объективную характеристику популяции.

Под физическим развитием мы понимаем биологический процесс морфологического и функционального совершенствования всех систем организма, осуществляемый в соответствии с индивидуальной генетической программой.

Переход от одного этапа развития к другому осуществляется через промежуточный или, как принято называть, критический период. Именно в эти периоды в связи с неравномерностью темпов развития отдельных органов и целых систем (что особенно часто встречается у акселерированных детей) возникают ситуации неблагополучия, когда легко происходят «поломки» в жизнеобеспечивающих системах, приводящие к острым, а нередко и к хроническим заболеваниям.

Наши научные наблюдения за процессами физического развития, двигательной подготовленностью и координационными возможностями детей, проживающих в экстремальных условиях Крайнего Севера, позволяют получить важную информацию о состоянии их здоровья и в существенной мере оценить адекватность воздействия окружающей среды на организм.

Дети, проживающие в районах Крайнего Севера, отстают от своих 10–12-летних сверстников средней полосы России по многим психофизическим показателям, а также по состоянию здоровья. Уровень заболеваемости у них в два раза выше. Почти на год они отстают в физическом развитии (росте, весе и оссификации, что проявляется в позднем прорезывании постоянных зубов). У них хуже показатели двигательной подготовленности, что проявляется в отставании развития таких качеств, как быстрота и выносливость.

Исследуя двигательный режим школьников 10–12 лет, мы обнаружили, что в период полярной ночи резко снижается их двигательная активность. Это проявляется в том, что общее количество движений за сутки уменьшается относительно общероссийской нормы почти в 2,5 раза. При этом страдает и ряд физиологических характеристик, в частности снижается уровень концентрации гемоглобина, что указывает на избыток выработки мелатонина и недостаточность эритропоэтических возможностей костного мозга.

Опираясь на тот факт, что рост детей является жестко детерминированным биологическим признаком, можно утверждать, что геогелиоклиматические условия Крайнего Севера негативно сказываются на их здоровье и физическом развитии.

При этом необходимо отметить, что 82 % исследуемых школьников являются переселенцами первой волны, а 18 % родились в условиях Крайнего Севера. По мнению В.П.Казначеева и В.Л.Хрущева, полная адаптация на уровне перестройки генного аппарата происходит по истечении срока проживания 5–7 поколения. Следовательно, полученные нами результаты показывают, что школьники исследуемого возраста претерпевают мощное воздействие со стороны внешней среды. Однако долгосрочные физиологические механизмы адаптации не способны в полной мере компенсировать обнаруженное отставание.

Этот вопрос еще более обостряется, когда рассматривается здоровье детей, имеющих задержку психического развития. Даже в благоприятных климатических условиях такие дети отстают на год–полтора от своих сверстников, а в условиях Крайнего Севера это отставание равно 2–3 годам.

Они в большей мере подвержены негативному воздействию климатических условий, что проявляется не только в значительном отставании весоростовых показателей, но и в снижении двигательных качеств, аэробных возможностей и целого ряда физиологически значимых функций.

Как утверждает Н.Т.Лебедева, по скорости формирования двигательных навыков можно судить о «моторной зрелости человека» – созревании двигательного анализатора коры головного мозга [7]. На Севере почти у 50 % учащихся общеобразовательных школ наблюдается запоздалость моторной зрелости.

Следует особо выделить тот факт, что функциональные показатели, отражающие их психическую зрелость, отстают от тестовых характеристик их сверстников более чем в 2,5 раза. И даже к 12 годам у них не прослеживается естественного физиологического скачка, который характерен для детей данного возраста.

Исследуя функции двигательной зрелости детей с ЗПР, мы с помощью различных двигательных задач обнаружили, что от уровня А до уровня Е, по теории Н.А.Бернштейна, исследуемый контингент

существенно отстает от нормы [8]. При этом уровень Е, ответственный за регуляцию смысловой и временной последовательности операций, страдает в большей степени, т. е. этот уровень является узким звеном.

Таким образом, для коррекции физического, психического и функционального развития детей с ЗПР необходимо целенаправленно воздействовать на центры, которые согласуют работу нижестоящих подуровней.

Для решения данной проблемы целесообразно было бы увеличить почти в три раза двигательную активность детей с ЗПР и тем самым повысить функциональную нагрузку на двигательные центры до необходимого уровня, что способствовало бы полноценному физиологическому созреванию мозговых структур, участвующих в регуляции двигательных действий.

С этой целью была разработана программа, которая включала новые методы в организации занятий по физической культуре, что позволило скорректировать психофизическое отставание детей с ЗПР. Наиболее эффективным оказался метод интеграции из групп задержки психического развития в группы с нормальным развитием, что позволило индивидуализировать процесс обучения и создать благоприятные условия для работы в «зоне ближайшего развития» ребенка.

Библиографический список

1. Соколова Н.Д., Калининкова Л.В. Дети с ограниченными возможностями: Проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология». М., 2001.
2. Егорова Т.В. Особенности познавательных процессов у младших школьников с пониженной обучаемостью. М., 1973.
3. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. М., 1973.
4. Марковская И.Ф. Задержка психического развития: Клиническая и нейропсихологическая диагностика. М., 1993.
5. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск, 1980.

6. *Хрущев В.Л.* Здоровье человека на Севере: Мед. энцикл. северянина. Новый Уренгой, 1994.

7. *Лебедева Т.Н.* Двигательная активность в процессе обучения младших школьников: Гигиенические основы физического воспитания. Минск, 1979.

8. *Бернштейн Н.А.* Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М., 1966.

В.П.Красильников

Теория и история традиционных игр коренных народов Северного Урала и Сибири

Игры являлись и являются объектом изучения самых различных наук: психологии, этнографии, философии, искусствоведения. Но особую ценность как средство и метод воспитания они представляют для педагогики, социальной педагогики и социальной работы. Об этом писали крупнейшие мыслители разных эпох: Платон, Аристотель, Ф.Рабле, Д.Локк, Ф.Шиллер. Как отмечал Ф.Шиллер: «Человек играет только тогда, когда он в полном значении слова – человек, и он бывает вполне человеком тогда, когда играет» [1, с. 317].

Наибольшее развитие теория игры получила в XIX в., что способствовало в дальнейшем последовательной разработке этого вопроса учеными XX столетия. Большим успехом в это время пользовалась работа Г.Спенсера [2], который считал, что игра – это искусственное упражнение для разрешения энергии, и затрата сил оправдывается полученным в процессе удовольствием.

Представитель другого направления в теории игры К.Гросс [3], рассматривал игру с точки зрения ее биологической целесообразности и значения, служащей как людям, так и животным, подготовкой к жизни. Игры, строго говоря, рассматривались им как биологически усложняющийся процесс.

Интерес представляет и работа Д.Колодцы [4], который присоединяется к теории избытка сил. В то же время он признает подготовительное значение игр и, хотя критикует Ф.Шиллера, Г.Спенсера