

Учебно-методический центр по образованию в сфере культуры

**Особенности работы с детьми
с ограниченными возможностями
в классе гитары.
Перспектива развития ребенка
как музыканта**

Методическая работа преподавателя
МБОУДО «Камешковская детская школа искусств»
Н.Е. Сандаковой

г. Владимир
2018 г.

Содержание

Введение.....	3
1. Проблемы обучения и воспитания детей со сложной структурой дефекта.....	5
2. Особенности познавательной сферы у детей со сложной структурой дефекта	6
3. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей со сложной структурой дефекта.....	11
4. Анализ игровых навыков и эмоционального состояния первых лет обучения	
4.1. Первый год обучения.....	14
4.2. Второй год обучения.....	14
4.3. Третий год обучения.....	15
5. Отношение общества к данной категории детей.....	16
Заключение.....	17
Список литературы.....	18
Приложение.....	20

Введение

В настоящее время среди воспитанников образовательных учреждений увеличилось число детей со сложными (комплексными) нарушениями в развитии. Значительная часть таких детей не справляется с темпами освоения материала традиционных коррекционных программ воспитания и обучения, испытывает трудности социальной адаптации и обучения в школе. Эти дети нуждаются в особой организации воспитательно-образовательной работы, содержание, формы и методы которой должны быть адекватными их возможностям. С недавнего времени, особым вниманием в развитии таких детей стали пользоваться музыкальные занятия в специализированных учреждениях (ДШИ). И для меня, как для преподавателя, проблема работы с детьми со сложной структурой дефекта, представляет практический интерес, так как официальных утверждённых программ по классу гитары для таких детей я не встречала. Единственный вариант, который признаётся в нашей системе государственного коррекционного обучения – это программа для детей-имбицилов, которая лишь частично подходит для работы, а методические разъяснения бедны, малоэффективны и не учитывают приоритетности проблем, стоящих перед этими детьми и их семьями.

За последние десятилетия специалисты, работающие в области педагогических наук, отмечают рост числа случаев сложных нарушений развития. Не вызывает сомнений, что основной причиной этого феномена является влияние неблагоприятных генетических и средовых факторов. Также хочется отметить, что развитие специализированной помощи, повышение квалификации специалистов и большая информированность населения привели к тому, что диагностика стала более точной и дифференцированной. Соответственно, во многих случаях там, где специалисты ставили диагноз глубокой умственной отсталости и советовали поместить ребёнка в учреждения социальной защиты населения, теперь выявляют сложную структуру дефекта и предлагают таким детям медицинскую помощь вне стационара и психолого-педагогическую коррекцию. Тот факт, что в России общество постепенно начинает признавать необходимость обучения и социальной адаптации детей, страдающих сложными формами нарушений развития, заставляют специалистов всё больше задумываться о том, как строить систему работы с данным контингентом.

Таким образом, решение начать занятия с ребёнком, страдающим особой формой недуга, принять было нелегко, так как в большей степени затрудняло отсутствие сопутствующей литературы по музыкальному развитию в узкой специализации и, соответственно, опыта работы с такими детьми, однако, искреннее желание законного представителя ребенка (мамы) и перспектива детального изучения особенностей работы

с подобными детьми на практике не оставляло иного выбора передо мной, как педагога.

Имя ученика – Сергей (11 лет). По причине конфиденциальности, фамилия ребенка в работе не указывается.

1. Проблемы обучения и воспитания детей со сложной структурой дефекта

Сложная структура дефекта может встречаться в самых различных сочетаниях разнообразных психических, неврологических и двигательных нарушений. Знакомство с различными коррекционными подходами и возможность их практического использования в самых разных случаях является предметом моего пристального внимания.

В нашей стране длительное время существовал определенный дефицит информации о прикладном бихевиоризме (от англ. слова behaviour» - поведение). В настоящее время ситуация меняется, всё чаще издаются книги, в которых содержится описание методик поведенческой терапии. Как в отечественных, так и в западных публикациях – особенно в популярной литературе – часто используются различные наименования данного направления практической психологии.

Поведенческая терапия, как следует из названия, работает с поведением, а именно, с реакциями организма, производящие наблюдаемые изменения во внешней среде или в самом организме. Целью бихевиоральной терапии является формирование некоторого социально приемлемого, желаемого поведения в тех случаях, когда оно отсутствуют или имеются его нарушения. Таким образом, поведенческий подход является наиболее социально ориентированным.

Поведенческая терапия построена как процесс обучения. На начальных этапах работы с детьми по методикам поведенческого подхода фактически неизбежны реакции протеста и проявления негативных эмоций со стороны ребёнка. Родители вместе со специалистом должны решить, насколько этот момент будет травмирующим для ребёнка и для них, это психическое состояние, возникшее в результате определенных условий, в которых субъекту не представляется возможность для удовлетворения ряда его основных психосоциальных потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени.

Например, если внимание ребёнка с трудом концентрируется на учебной ситуации, то среда вокруг ребёнка должна быть сенсорно «бедной» - из задач должны быть представлены лишь те, которые нужны в данный момент.

Данный подход стимулирует творческую активность педагогов и психологов в поиске эффективных методов работы даже в тех случаях, которые могут рассматриваться как «малоперспективные». Как правило, данный коррекционный подход приводит к определённым улучшениям в поведении детей и подростков, с которыми были неэффективны другие методы работы. Поведенческая терапия позволяет сформировать многие адаптивные навыки поведения, которые в дальнейшем способствуют более успешной социализации.

Более точный диагноз, с которым пришлось столкнуться – детская гебефреническая шизофрения с опорно-двигательными нарушениями

(ДЦП). Шизофрения у детей – психическое заболевание, которое частично или полностью разрушает мыслительные, познавательные и эмоциональные функции психики ребенка. Нормальные процессы детского сознания замещаются галлюцинациями и бредом. Кардинально меняется личность ребенка и его взаимоотношения с миром. В сознании больных шизофренией детей все происходящие в реальности события смешиваются с элементами воображаемого мира. Невозможность отделить реальный мир от придуманного образует в голове ребенка ужасную неразбериху, осмыслить которую сложно даже здоровому человеку. Ребенок, больной шизофренией, может иметь трудности в общении с родными и сверстниками. Болезнь делает его испуганным, замкнутым, а общественная жизнь (школа, работа) становится частью нереального мира, в котором шизофренику сложно ориентироваться. Полностью вылечить шизофрению нельзя, можно лишь облегчить её симптомы препаратами и психотерапией. Своеобразной альтернативой выступает арт-терапия (музыкальные занятия в классе гитары).

Причины детской и подростковой шизофрении можно обусловить генетическими нарушениями. В ДНК больных детей обнаруживаются мутации, не свойственные здоровым людям. Ранее заболевание не отождествляли с генетикой. Сегодня медики допускают наличие предрасположенности у детей, родственникам которых (даже не прямым) установлен подобный диагноз.

Также причины патологии можно проследить в нарушениях клеток мозга. Когда элементы ДНК (гистоны) не могут присоединить к себе ацетильную группу, образуется недостаточность ацетильно-гистоновых связей, порождающий диагноз шизофрения у детей и подростков.

Существует версия, утверждающая, что причины заболевания кроются в дисбалансе таких веществ, как: серотонин, допамин, вазопрессин, норадреналин, холецистокинин в организме ребенка. Следствием такого дисбаланса становится сбой метаболизма белковых и углеводистых соединений.

2. Особенности познавательной сферы у детей со сложной структурой дефекта

В России на основе изучения особенностей развития детей с особенностями развития создана система коррекционного обучения. Исследования, посвященные изучению неуспевающих детей с различными нарушениями (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Г.Л. Зайцева, И.А. Соколянский, С.А. Зыков, М.С. Певзнер, Г.П. Бertyнь, Т.В. Розанова, Т.А. Баилова, И.Л. Соловьева) привели к выделению особой группы детей со сложной структурой дефекта. "Сложный дефект - сочетание двух или более числа нарушений в системах организма, что обуславливает существенное своеобразие их психофизического развития"

(Г.П. Бертынь). Дети со сложной структурой дефекта - это такая категория детей, которые наряду с общим для всех них состоянием – интеллектуальная недостаточность, опорно-двигательные нарушения, слепота, глухота и т.д. - имеют одно или несколько системных нарушений.

У детей с ДЦП отмечается низкий уровень сформированности всех основных мыслительных операций: анализа, обобщения, абстракции, переноса. Дефекты речи у детей со сложной структурой дефекта отчетливо проявляются на фоне недостаточной сформированности познавательной деятельности.

Кроме того, характерными свойствами детей этой группы детей является крайняя медлительность, инертность, трудность переключения с одного задания на другое, вялость, безынициативность, неумение использовать оказываемую им помощь. Затруднения проявлялись при решении любых задач, направленных на выявление особенностей наглядно-образного и наглядно-действенного мышления.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с тяжестью поражения опорно-двигательного аппарата. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы.

Все познавательные психические процессы при ДЦП имеют ряд общих особенностей:

- нарушение активного произвольного внимания, которое негативно отражается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП, так как нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, воображении, речи;
- повышенная истощаемость всех психических процессов (цереброастенические проявления), выражающаяся в низкой интеллектуальной работоспособности, нарушениях внимания, восприятия, памяти, мышления, в эмоциональной лабильности. Церебро-астенические проявления усиливаются после различных заболеваний, нарастают к концу дня, недели, учебной четверти. При интеллектуальном перенапряжении появляются вторичные невротические осложнения. Иногда повышенная психическая истощаемость и утомляемость способствует патологическому развитию личности: возникает робость, страхи, пониженный фон настроения и пр.;
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящая к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, к патологическому застреванию на отдельных фрагментах учебного материала, к «вязкости» мышления и др.

Внимание детей с ДЦП характеризуется рядом патологических особенностей. У большинства детей с ДЦП отмечается повышенная психическая истощаемость и утомляемость, пониженная

работоспособность. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми и раздражительными.

Нарушения внимания могут быть связаны не только с цереброастеническими явлениями, но и с отклонениями в функционировании зрительного анализатора: с невозможностью фиксации взора, с недостаточным уровнем развития прослеживающей функции глаз, с ограничением поля зрения, нистагмом и др.

Особенно значимые трудности возникают при формировании произвольного внимания. Бывает, что ребенок не в состоянии целенаправленно выполнять даже элементарные действия. Отмечается слабость активного произвольного внимания. При нарушениях активного произвольного внимания страдает начатая стадия познавательного акта — сосредоточение и произвольный выбор во время приема и обработки информации.

Описанные выше нарушения внимания при ДЦП отражаются на всех последующих стадиях познавательного процесса, на функционировании всей познавательной системы в целом.

Восприятие у детей с ДЦП существенно отличается от восприятия нормально развивающихся детей, и здесь можно говорить и о количественном отставании от возрастных нормативов, и о качественном своеобразии в формировании данной психической функции.

У детей с ДЦП имеет место своеобразное развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. У ребенка с ДЦП на оптический и звуковой раздражитель возникает притормаживание общих движений. При этом отсутствует двигательный компонент ориентировочной реакции, т.е. поворот головы в сторону источника звука или света. У некоторых детей вместо ориентировочных реакций возникают защитно-оборонительные реакции: вздрагивание, плач, испуг.

У детей с ДЦП отмечается снижение слуха, что отрицательно влияет на становление и развитие слухового восприятия, в том числе и фонематического (неразличение сходных по звучанию слов: «коза» — «коса», «дом» — «том»). Любое нарушение слухового восприятия приводит к задержке речевого развития. Ошибки, обусловленные нарушением фонематического восприятия, ярче всего проявляются на письме.

Слабое ощущение своих движений и затруднения в ходе осуществления действий с предметами являются причинами недостаточности активного осязательного восприятия у детей с ДЦП, в том числе узнавания предметов на ощупь (стереогноза). Известно, что у здорового ребенка первое знакомство с предметами окружающего мира происходит путем ощупывания предметов руками. Через действия с предметами дети устанавливают целый комплекс их свойств: форму, вес, консистенцию, плотность, термические свойства, размеры, пропорции, фактуру и др. Стереогноз не является врожденным свойством, а приобретает в

процессе активной предметно-практической деятельности ребенка. У большинства детей с ДЦП имеет место ограниченность предметно-практической деятельности, ошупывающие движения рук слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены. По данным Н. В. Симоновой, у детей с атонически-астатической формой ДЦП на фоне глубокой задержки интеллектуального развития возникают наибольшие затруднения в формировании стереогноза. Недостаточность активного осязательного восприятия приводит к задержке формирования целостного представления о предметах, их свойствах, фактуре, что ведет к дефициту знаний и представлений об окружающем мире, препятствует становлению различных видов деятельности.

Восприятие пространства является необходимым условием ориентировки человека в окружающем мире. Овладение знаниями о пространстве предполагает: умение выделять и различать пространственные признаки и отношения, умение их правильно словесно обозначить, ориентироваться в пространственных отношениях при выполнении различных видов деятельности. Пространственный анализ осуществляется целым комплексом анализаторов, хотя основная роль принадлежит двигательному анализатору, который является главным нарушенным звеном при ДЦП. В силу двигательной недостаточности, ограниченности поля зрения, нарушения фиксации взора, речевого дефекта развитие ориентировки в пространстве может задерживаться, а к школьному возрасту у ребенка с ДЦП обычно выявляются выраженные пространственные нарушения.

При всех видах ДЦП наблюдается нарушение пространственного восприятия. При гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии — ориентация по вертикали, при тетраплегии -ориентация в направлении спереди назад (сагиттальная). При последней форме искажение пространственного восприятия несет самые тяжелые последствия для психики ребенка.

У детей с ДЦП могут страдать самые различные звенья пространственного и временного восприятия: чувственное восприятие, предметно-пространственная и временная ориентировка, пространственная организация двигательного акта, словесное обозначение пространственных и временных компонентов.

В результате исследований можно утверждать, что формирование пространственно-временных отношений у детей с ДЦП сопряжено с многочисленными трудностями. Особые трудности возникают в тех случаях, когда последовательность и длительность явлений определяется с помощью пространственных отношений. Причиной трудностей в освоении пространственно-временных отношений является то, что у детей с ДЦП формирование пространственно-временных представлений происходит при малом включении активного перемещения самих детей, при ограничении практического, бытового, игрового опыта. Затруднения

в различении пространственных отношений, правильные объяснения и ошибочное воспроизведение пространственных признаков указывают на недостаточность обобщенного понимания уже сложившихся у детей словесных формулировок, на вербализацию пространственных отношений, опережающую практическое освоение пространства. При ДЦП это связано с освоением окружающего на основе максимально сохранных (и все же нарушенных!) функций, например на основе речи. Формирование пространственного восприятия у этих детей идет в более медленном темпе, при этом значительную роль играет уровень умственного развития детей и характер их познавательной деятельности. Практическая дифференцировка пространственных отношений и употребление адекватных словесных обозначений в большинстве случаев у детей с ДЦП имеет ситуативный характер. Наибольшие трудности вызывает практическая ориентировка по направлениям «лево —право» при изменении точки отсчета. Зависимости уровня развития пространственных представлений и ориентировки от тяжести общей двигательной патологии ребенка в исследовании Н.В.Симоновой обнаружено не было, однако особенности пространственного восприятия отражали характер патологии двигательной сферы при различных клинических формах ДЦП.

Образная память включает в себя зрительную, слуховую, осязательную и некоторые другие виды памяти. Образная память тесно связана с восприятием и базируется на нем. Образы восприятия фиксируются в памяти. Таким образом, все недостатки восприятия у детей с ДЦП определяют недостатки образной памяти.

Часто слуховое восприятие у детей с ДЦП тоже нарушено.

Двигательная память, т.е. запоминание, сохранение, воспроизведение движений, развивается у детей с ДЦП с опозданием и весьма своеобразно. Это обусловлено тяжестью двигательной патологии при ДЦП.

У некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее, тогда механическая память на начальных этапах обучения помогает осваивать счет и чтение. Часто, однако, наблюдается механическое запоминание порядка следования действий и их названий. Дети с ДЦП правильно перечисляют сезонные изменения, части суток и дни недели, но затрудняются в понимании каждого явления, путают то, что уже было, с тем, что наступит, т.е. возникают трудности в осмыслении, в понимании сущности явлений.

Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении.

На характер мыслительной деятельности детей с ДЦП оказывают влияние церебрастенические явления, выражающиеся в низкой интеллектуальной работоспособности, а также инертность психической деятельности.

Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и качественными особенностями, значительным своеобразием. Частота речевых нарушений при ДЦП, по разным данным, составляет от 70 до 80%.

Нарушения звукопроизношения выражаются в виде пропусков звуков, их искажений или замен. Нарушение кинестезии при ДЦП ведет к невозможности ощущать положение языка, губ, что существенно затрудняет артикуляцию.

По данным Л. Б. Халиловой, у школьников с ДЦП имеются лексические затруднения, свидетельствующие в целом о низком уровне языковых способностей. Для большинства учащихся с ДЦП характерны слабая дифференциация лексических значений, незнание языковых правил перефразирования, неточности употребления антонимов и синонимов, нарушение лексической сочетаемости слов. Все это часто приводит к неправильному построению предложений.

Мелодико-интонационная сторона речи при ДЦП также нарушена: голос обычно слабый, иссякающий, немодулированный, интонации невыразительны.

Нарушение речевого развития может возникнуть в связи с неправильными условиями воспитания ребенка с ДЦП в семье. Значимым является развитие коммуникативной стороны речи, т.е. общения. Речь развивается только в процессе общения, в связи с потребностью в коммуникации. Ребенок с ДЦП нередко лишен возможности общаться со сверстниками и взрослыми. Часто родители намеренно ограничивают круг его общения, желая оградить ребенка от возможной при этом психической травмы. Негативно сказывается на развитии речи гиперопека со стороны родителей, которые пытаются облегчить состояние ребенка, стремясь выполнять все его просьбы и предугадывать желания. В таком случае не возникает даже потребность в общении.

Таким образом, при ДЦП нарушенными оказываются все стороны речи, что негативно влияет на психическое развитие ребенка в целом.

3. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с ССД и ДЦП

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом и ССД чаще всего встречаются задержки развития по типу психического инфантилизма. В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при

незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Однако, как отмечает М.С. Певзнер, «при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом».

Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Все эти особенности, по данным В.В.Ковалева (1973), составляют в совокупности феномен «школьной незрелости», выявляющийся на первом этапе школьного обучения.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-волевой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в нецеленаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и

неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью.

Эмоционально-волевые нарушения и нарушения поведения у детей с ССД и ДЦП в одном случае проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям. Обычно эти дети беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Для этих детей характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми.

Более многочисленная группа детей, напротив, отличается вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Такие дети с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в быстро изменяющихся внешних условиях, с большим трудом налаживают взаимодействие с новыми людьми, боятся высоты, темноты, одиночества. В момент страха у них наблюдается учащенные пульс и дыхание, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюноотечение и гиперкинезы. Некоторым детям свойственно излишнее беспокойство за свое здоровье и здоровье своих близких. Чаще такое явление отмечается у детей, которые воспитываются в семье, где все внимание сосредоточено на болезни ребенка и малейшее изменение в состоянии ребенка приводит родителей в тревогу.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью: болезненно реагируют на тон голоса, отмечают малейшее изменение в настроении близких, болезненно реагируют на, казалось бы, нейтральные вопросы и предложения.

Часто у детей наблюдается расстройство сна: они плохо засыпают, спят беспокойно, со страшными сновидениями. Утром ребенок просыпается вялым, капризным, отказывается от занятий. При воспитании таких детей важно соблюдать режим дня, он должен находиться в спокойной обстановке, перед сном избегать шумных игр, воздействия различных резких раздражителей, ограничить просмотр телепередач.

Важно, чтобы ребенок начал осознавать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей болезни и к своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит родителям и воспитателям: у них ребенок заимствует оценку и представление о себе и своей болезни. В зависимости от реакции и поведения взрослых он будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или как человека, вполне способного достичь успехов.

4. Анализ игровых навыков и эмоционального состояния первых лет обучения

4.1. Первый год обучения

При первой встрече Сережа вел себя достаточно эмоционально и возбужденно. По всей видимости, не осознавая сути предстоящего обучения, в конце встречи ребенок утверждал, что уже научился играть на гитаре и ожидал будущего концерта.

Донотный период. Основы посадки и постановки. Ребенку тяжело концентрировать внимание в течении нескольких минут. По состоянию здоровья исполнительский аппарат с трудом поддается корректировке. Навыки словесного чтения посредственны. Длительность урока – 45 минут.

По истечении нескольких месяцев стала наблюдаться средняя степень агрессии, - Сережа часто протестует работать на уроке, однако беседовать (не играть) с преподавателем на различные темы ему очень нравится. Сергей делает весьма логичные выводы, основываясь на материале, увиденном по телевидению. Интересно, что многие психологи считают, что иногда у больных шизофренией рождаются дети с уровнем интеллекта, во много раз превышающим интеллект детей, рожденных здоровыми родителями. Причины такого явления пока не изучены. В связи с частым неадекватным поведением ребенка в учебном процессе, нахождение законного представителя (мамы) в классе обязательно.

Нотный период. Изучение некоторых основ музыкальной грамоты. На первом году обучения, следуя поведенческой терапии, Сергей смог выучить ноты 1 октавы и освоить их запись на нотном стане. В нахождении их на грифе гитары ребенок часто теряется, но, тем не менее, пытается их найти, осознавая учебный процесс в настоящем времени.

К концу года Сергей смог исполнить на, образно говоря, контрольном уроке две пьесы – русскую народную песню «Как под горкой» на 5 и 4 струнах и детскую песенку «Лепешки» на 3 струне. Сумел так же сыграть и гамму C-dur, пытаясь чередовать пальцы im. Ритмическая организация звуков нечеткая.

Тем не менее, в конце года Сергей изъявил желание прекратить обучение, основываясь на психологической усталости.

4.2. Второй год обучения

После отдыха на летних каникулах, Сергей решил возобновить музыкальные занятия в классе гитары. В процессе обучения заметно, что ребенок стал спокойнее относиться к музыкальным занятиям и времени академического часа. Поведение стабилизировалось. Возможно, ребенок адаптировался к окружающим его условиям, но и вполне возможно, что на психику ребенка также влияют лекарственные препараты, которые мама должна давать Сергею, следуя рекомендациям врачей. Тем не

менее, разговаривать на различные, интересующие его темы, по-прежнему любит, но отвлекается значительно меньше. Каждый урок посвящает преподавателя в сокровенные на его взгляд тайны, прислушивается к мнению педагога, подчеркивая, что его планы исключительны и о них никто не знает. На мой взгляд, несмотря на все особенности психического здоровья, Сергей раскрывается в своих откровениях, таким образом выражая преподавателю доверие. В учебном процессе по-прежнему лидирует поведенческая терапия – чем меньше объем задания, тем качественней ребенок ее выполняет. К концу года Сергей стал интересоваться музыкальной жизнью вокруг него, научился слышать разницу между правильно и фальшиво сыгранными нотами. Сереже нравится оценивать выступления своих сверстников – учащихся ДШИ по классу гитары, но проявлять активность в личном исполнении боится.

К концу года Сергей освоил ноты 3-х октав (малой, 1-й и 2-й), научился играть несколько одноголосных пьес: В.Калинин Этюд C-dur, Прелюдия G-dur; М.Красев «Елочка». Исполнительский аппарат поддается корректировке с трудом, ритмическая организация звуков зачастую нечеткая, однако заметно, что ребенок старается. Принято решение продолжить обучение.

4.3. Третий год обучения

Ребенок с охотой посещает музыкальные занятия, спокойно проводя положенные 45 минут за инструментом. Есть проблемы в техническом плане – по-прежнему страдает ритмическая организация, есть некоторые трудности с постановкой исполнительского аппарата. Упражнения для развития метроритма проводятся регулярно, однако особенности заболевания не позволяют выполнять их качественно – движения мышечного аппарата гиперактивны.

Сергей проявляет самостоятельность в разборе пьес, достаточно уверенно ориентируясь в изученных 3-х октавах и находя ноты на грифе инструмента без помощи педагога. Ребенок просит увеличить домашнее задание, учиться читать с листа. Концентрация внимания на уроке увеличилась, однако эффективность занятия зависит от объявленной установки перед уроком – Сергею важно знать ход урока и последовательность действий; время, отведенное на личную беседу о жизни ученика и несколько минут для отдыха по просьбе ребенка – обязательны.

В начале третьего года обучения велась активная подготовка Сергея к выступлению на Дне учителя в специализированной коррекционной школе-интернате, где он проходит обучение. Работа выполнена удачно – ребенок охотно выступил на концерте, исполнив на гитаре эстонский народный танец «Деревянное колесо», соблюдая дисциплинированность,

положенную любому музыканту. Во второй раз Сергей также выступил и на малой сцене районного дома культуры «13 Октябрь» г.Камешково (рис.1).

На сегодняшний момент Сергей освоил первые игровые навыки и практически соответствует уровню традиционной программы 1 года обучения по классу гитары.

5. Отношение общества к данной категории детей

По мере проникновения христианской морали в народ, отношение к убогим и увечным менялось в лучшую сторону, но все же им старались угодить скорее из боязни накликать беду, чем из сострадания. В советское время произошел резкий поворот в сторону идеалов родового общества, с той разницей, что родственное единство заместилось политико-идеологическим. В результате убогие, нищие, калеки вновь оказались за пределами общественных интересов. Даже инвалиды войн, после того как государство наделило их привилегиями, фактически потеряли сочувствие общества. Последние годы положение всех этих людей вновь смягчается. Что будет дальше — пойдет ли общество и государство, в отношении к инвалидам, по пути западных стран или не пойдет — сказать трудно. Правда, у нас принято с некоторым оптимизмом смотреть в будущее, но это продиктовано не реальным знанием, а старинной традицией: в России большинство издавна привыкло жить как придется, но зато утешаться красивой сказкой о будущем. Поэтому, кстати говоря, любой правитель обязательно должен обещать лучшую жизнь — и этого достаточно, чтобы ему поверили. Не потому, что уверены в его правдивости, а потому, что хочется верить...

Поэтому для людей с физическими и интеллектуальными недостатками необходимо создать предпосылки к строительству собственной жизни и возможности быть деятельным человеком общества. Когда у физически несовершенного индивидуума и его семьи имеется возможность влиять на принятия общественных решений, возможно достижение изменений, увеличивающих равноправие в обществе. Непосредственное окружение инвалида и все общество в целом должны приспособиться к тому, что среди граждан имеются инвалиды. Также следует иметь в виду, что увечья бывают самые разные, в том числе такие, которые не заметны. Критерием душевного здоровья на уровне общества является его готовность принять "отклонения от нормы", способность чувствовать коллективную ответственность.

Заключение

Музыкальные занятия с ребенком, страдающим ССД и ДЦП для меня являются прежде всего хорошей возможностью стимулировать мозговую деятельность такого особенного ученика, внося свой определенный вклад в психическое развитие Сергея. Для меня, как для преподавателя можно сказать, что занятия с данным ребенком – получение хорошего опыта работы с проблемными детьми, -то есть своего рода эксперимент. С точки зрения мамы, музыкальные занятия в классе гитаре действительно способствуют своеобразной коррекции поведения мальчика, приучают его к элементарному труду, учебной дисциплине и самодисциплине. Если смотреть на обучение более углубленно, то ежедневные упражнения на развитии техники гитариста так или иначе воздействуют на аккупунктурные точки, находящиеся на пальцах человека, являясь альтернативным лечебным массажем. Таким образом, занятия на музыкальном инструменте с детьми, страдающими серьезными формами психических заболеваний, являются мощнейшим средством арт-терапии, стимулируя мозговую и физическую деятельность организма.

Данная методическая работа не дает исключительного ответа как всё-таки работать с детьми с ССД и ДЦП и какого конкретного результата следует ожидать, ведь всё-таки каждый ребенок, страдающий душевным недугом, индивидуален и нам, людям, которых в нашем мире принято называть «здоровыми», совершенно не понять такого «особенного» человека. Можно лишь строить предположения, очень осторожно и аккуратно организовывая учебный процесс, основываясь на многолетний опыт медицины, психологии и педагогики. И все-таки ответ на вопрос – может ли ребенок, страдающий особой формой повреждения психического и физического здоровья, стать музыкантом?- известен лишь самому Творцу...

Я считаю, что главным критерием в нашей ситуации является даже не сам результат, а высокая степень удовлетворенности ребенка и мамы. Как классический гитарист (на уровне ДШИ) ребенок по понятным причинам не состоится, однако, заметен рост в развитии мальчика и коррекции его поведения. Дисциплина, которая стала для него уже не столь тяжелой обязанностью, так или иначе требуется ему и в повседневной жизни. Ребенок научился ориентироваться во временном пространстве, имеет четкое представление о понятиях «верно» и «неверно», учится контролировать свое эмоциональное поведение и проявляет интерес к окружающей жизни. Таким образом, музыкальные занятия вырабатывают в необыкновенном ребенке способность нормально жить в обыкновенной жизни.

Список литературы

1. Малофеев Н.Н. , Гончарова Е.Л. Позиция ИКП РАО в оценке современного этапа развития государственной системы специального образования в России// Альманах Института Коррекционной Педагогики РАО, 2000г. Выпуск 1.
2. Басилова Т.А., Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным нарушением. Дефектология, 1996, N 3
3. Жигорева М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии. Педагогическая помощь, М.: Академия, 2006. с.46-88
4. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М.: Просвещение, 1956. с. 78-101.
5. Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. М., 1995. с. 23-43.
6. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М.: Педагогика, 1989. с.34-78.
7. Лурия А.Р. Умственно отсталый ребенок. М.: АПН РСФСР, 1960
8. Бгажнокова И. М., Комарова С. В., Ульяновцева М. Б. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития. М, 1990. с. 219-259
9. Певзнер М. С., Бертынь Г. П., Донская Н. Ю. Клинико-психолого-педагогическое изучение учащихся вспомогательных классов школ для слабослышащих детей // Дефектология 1979, № 3
10. Основы специальной психологии под ред. Л.В.Кузнецовой – М.: Академия,2003г. с. 438

11. Забрамная С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей : пособие для психол.-мед.-пед. комис. — М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005. (Коррекционная педагогика) с. 35
12. Айзенберг Б.И., Кузнецова Л.В. Психокоррекционная работа с детьми, имеющими нарушения психического развития // Психотерапия в дефектологии: Книга для учителя / сост. Н.П.Вайзман. – М.: Просвещение, 1992. с.333-400
13. Бгажнокова И. М. Школа для детей с нарушениями интеллекта: тенденции, перспективы развития / И. М. Бгажнокова // Дефектология. – 2004. – № 3. с. 51–54
14. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. – СПб.: ИСПиП, 1998. с. 124
15. Манелис Н.Г. Ранний аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы/ Н.Г. Манелис // Шк. здоровья. -1999. - N 2. с. 6-22
16. Шматко Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение // Дефектология. – 1999. – № 1. с. 41-46

ПРИЛОЖЕНИЕ

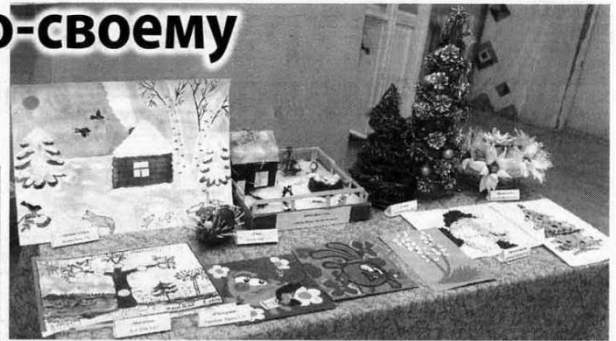
Каждый талантлив по-своему

В МИНУВШЕЕ воскресенье под сводами Дома культуры «13 Октябрь» прошел фестиваль художественного творчества для детей с ограниченными возможностями «Солнечный мир детства».

Мероприятие такого плана для ребят с особенностями развития проводилось в нашем районе впервые. Дети (самостоятельно и с помощью родителей) представляли подготовленные творческие номера, читали стихи, пели песни и получали заслуженные аплодисменты. Для них воскресный вечер превратился в особенную сказку, где каждый мог похвастаться тем, что, несмотря на многие трудности, научился делать с душой.

Перед основной частью фестиваля гостям предлагали проследовать в зал, где проходила выставка работ декоративно-прикладного искусства воспитанников Камешковского социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних. Отдельный стол с поделками подготовили ученики класса-группы со сложной структурой дефекта специальной общеобразовательной школы-интерната VIII вида г. Камешково. Экспозиция включала в себя разные работы. Здесь можно было увидеть смешариков, вылепленных из пластилина, дома, сделанные из различных подручных материалов, ежей со спичками вместо иголок, картины и рисунки, выполненные в различных техниках, и даже новогодние елки, украшенные серебристыми шишками и мишурой.

Начало фестиваля задало мотив всему мероприятию: если хочешь быть счастливым – не скупись делиться своим счастьем, ведь радости всегда становится больше, когда ее передаешь другим. Организаторы



возможностями социально-реабилитационного центра Т.Л. Марковой, несмотря на проблемы со здоровьем, пишут еще интересные и увлекательные сказки.

рис.1 Выступление Сергея на концерте