

ISSN 1998-2623

Спецъяльная адукацыя

Серыя
"У дапамогу педагогу"

4/2011



Праграмна-метадычнае забесцэнтры

Серыя «У дапамогу педагогу»
заснавана ў 1995 годзе

Навукова-метадычны часопіс
Выдаецца з IV квартала 1995 года
Да 2007 года выходзіў пад назвай «Дэфекталогія»
Зарэгістраваны ў Міністэрстве інфармацыі Рэспублікі Беларусь
Пасведчанне № 649 ад 04.09.2009
Выходзіць 6 разоў у год

Спецъяльная адукацыя

4 (81) 2011

РЭДАКЦЫЙНАЯ КАЛЕГІЯ

Галоўны рэдактар
Антаніна Міхайлаўна Змушко,

кандыдат педагогічных навук, дацэнт

М. Г. ЯЛЕНСКІ,

першы намеснік галоўнага рэдактара,
доктар педагогічных навук, прафесар
намеснік галоўнага рэдактара,
кандыдат педагогічных навук, дацэнт
адказны сакратар

У. П. ГРЫХАНАЎ,

кандыдат педагогічных навук, дацэнт

Г. І. КАШЭҮНІКАВА,
Т. В. ВАРЭНАВА,
Л. А. ЗАЙЦАВА,
А. М. КАНАПЛЁВА,
Т. В. ЛІСОЎСКАЯ,
І. М. ЛОГІНАВА,
Т. Л. ЛЯШЧЫНСКАЯ,
У. А. ШЫНКАРЭНКА,

кандыдат педагогічных навук, дацэнт
кандыдат педагогічных навук, дацэнт

В. У. ЧЭЧАТ,
У. А. БАРКОЎ,
Н. С. ЕЎЧЫК,
Н. А. МАСЮКОВА,
Т. М. САВЕЛЬЕВА,

старшыня, доктар педагогічных навук, прафесар
доктар педагогічных навук, прафесар
доктар філалагічных навук, прафесар
доктар педагогічных навук, дацэнт
доктар психалагічных навук, прафесар

Заснавальнік і выдавец —
РУП «Выдавецтва «Адукацыя і выхаванне»
Міністэрства адукацыі Рэспублікі Беларусь

Вул. Будзённага, 21, 220070, г. Мінск;
тэл.: 200-11-86 (гал. рэдактар),
297-93-24 (адк. сакратар),
факс: 297-91-49,
e-mail: aiv@aiv.by
<http://www.aiv.by>



Змест

Праграмна-метадычнае забеспечэнне спецыяльнай адукцыі

- 3 Инструктивно-методическое письмо «О работе педагогических коллективов учреждений образования, реализующих образовательные программы специального образования на уровне общего среднего образования, в 2011/12 учебном году»
- 15 Инструктивно-методическое письмо «О работе педагогических коллективов учреждений образования, реализующих образовательные программы специального образования на уровне дошкольного образования, в 2011/12 учебном году»
- 23 Инструктивно-методическое письмо «Об организации интегрированного обучения и воспитания в учреждениях общего среднего образования в 2011/12 учебном году»

Весткі навукі

- 28 Калинникова Л. В. Теоретический анализ исследований образа жизни семей, имеющих детей с нарушениями развития, в психологии середины XX века
- 36 Зайцева Л. А. Теоретическое обоснование методики обучения русскому языку учащихся с тяжёлыми нарушениями речи в контексте формирования ключевых компетенций

Падзеі і людзі

- 42 Л. А. Зайцовой – 70
- 43 Современный учёный современного общества
- 44 С. Ф. Левяш – 70
- 45 Надёжный, добрый и красивый человек

Методыка. Пошук. Вопыт

- 46 Мамонько О. В. Развитие речи учащихся I–V классов вспомогательной школы, в процессе коррекционных занятий по развитию познавательной деятельности

Навуковыя публікацыі

- 50 Симаш О. М. Использование на уроках приёмов формирования навыков самообразования учащихся с ограниченными возможностями

Сям'я асаблівага дзіцяці

- 55 Позняк Н. Д. «Научите меня говорить правильно и красиво». Советы родителям по профилактике речевых нарушений у дошкольников

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ, В ПСИХОЛОГИИ СЕРЕДИНЫ XX ВЕКА

Л. В. Калинникова,

кандидат психологических наук,

доцент кафедры социальной работы

Поморского государственного университета
имени М. В. Ломоносова (г. Архангельск, Россия)

The article is describing the process of evolution of systematic research investigations of social-psychological characteristics of families of disabled children in psychology. The conception of "family life image" is the theoretical platform for the research. Psychodynamic, behavioral and social-psychological approaches are the focus of theoretical methodological analysis of the parent's characteristics like one of the component of the whole structure of the "family life image". Psychodynamic approach is considered through the prism of inner maternal conflict. Social-psychological historical perspective is represented through the social-cultural parent conflict of acceptance of the child with disability. Behavioral approach considers parental characteristics through mental and behavioral analysis. All together, three dominant psychological traditions are focusing on negative influences of child with disability on the "family life image".

Категория «образ жизни» в широком своём значении призвана ответить на вопрос о том, «как в действительности живут люди», как они создают свою жизнь [1, с. 11]. Несмотря на то что «образ жизни» — традиционно философский феномен, его содержание раскрывается главным образом через психологические категории, такие как переживание, потребности, установки, межличностные отношения, смысл жизни и др. [2]. По выражению В. И. Толстых, образ жизни «охватывает и характеризует типичное в жизнедеятельности» людей и определяется совокупностью условий объективного и субъективного характера [1, с. 14]. Эти условия влияют на образ жизни как отдельного человека, так и социальной группы в целом. Семья, представляя собой малую социальную группу, также находится под влиянием этих условий.

Образ жизни семьи, с одной стороны, скрыт в её собственной природе, с другой —

в социально-экономическом устройстве общества. Собственная природа семьи, её внутренняя жизнь, может быть понята на основе анализа комплексных социально-психологических характеристик, детерминирующих жизнь каждого её члена. К таким характеристикам относятся эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты [2].

Образ жизни семьи оказывает влияние на развитие будущей личности. Возникающий как результат действия объективных и субъективных факторов, образ жизни семьи становится фоном, на котором разворачивается уникальная социальная ситуация развития ребёнка [2].

В данной публикации мы анализируем теоретические подходы к изучению образа жизни семей, имеющих детей с нарушениями развития. В попытке представить теоретические подходы мы исходим из нескольких положений.

- В исходном положении, понимая, что образ жизни интересующих нас семей до сих пор не был в фокусе системных психологических исследований, мы обратились к достаточно обширной группе зарубежных и отечественных психологических работ, представляющих различные научные школы, и проследили доминирующие в данных работах тенденции в его понимании.

- Второе положение отталкивалось от принципа причинности, позволившего проследить эволюцию научных взглядов.

- И наконец, изучение предмета научных исследований и их содержательного контекста с использованием элементов методологического анализа [3] позволило проинтерпретировать «образ жизни» семей, имеющих детей с нарушениями развития, в различных научных подходах.

Возникновению интереса социально-психологических исследований к семьям, имеющим детей с нарушениями развития, предшествовало осознание важности семейного окружения в оказании помощи людям с психическими недостатками и начало предоставления такой помощи. Интерес к таким семьям проявляется в XVII веке благодаря распространению клинических наблюдений в области «детской дефективности», практической деятельности врачей-психиатров, а также успешному опыту обучения глубоко «слабоумных» педагогами-гуманистами [4]. И всё же прошло почти два века, прежде чем единичные упоминания о важности семейного окружения переросли в системные исследования и оно стало предметом изучения в различных научных подходах. Доминирующие социально-политические, культурные и научные представления того времени отвергали ценность проживания ребёнка в семье, родителям отказывалось в воспитании своего ребёнка.

С конца XIX — начала XX века под влиянием развития научной и практической психиатрии, открытия первых приютов для «слабоумных» и учреждений общественного воспитания происходит смещение исследовательского интереса с преимущественного изучения проблем «больного» на изучение проблем его семьи. Первыми, кто обратился к проблемам семейного окружения, стали врачи-психиатры. Они выдвинули идею пси-

хологического воздействия семьи на «большого» и инициировали проведение просветительских бесед для родителей относительно понимания состояния своих детей [5; 6]. Ими были обоснованы идея необходимости диагностики взаимоотношений в семье; идея осуществления патронажа таких семей в ситуациях «лечения на дому» [4, с. 16]; идея организации консультативной помощи для родителей [5; 6] и др. Эти идеи постепенно стали проникать в практическую среду помощи таким детям и закладывать «традиции использования влияния семьи для разрешения проблем лечения и воспитания больного ребёнка» [4, с. 19].

В начале XX века возникают и первые научные дискуссии о травмирующем воздействии «душевнобольного» на семью. В. В. Ткачёва в научной монографии [4], осуществляя исторический экскурс в проблематику исследований таких семей, приводит высказывание одного из известнейших врачей-психиатров того времени Э. Крепелина: «...большинство из них живут десятки лет в состоянии слабоумия и полной беспомощности и составляют для семьи и для общества тяжёлое, с каждым годом возрастающее бремя» [4, с. 6; 7]. К середине XX века именно эти научные дискуссии приобретут доминирующее звучание в исследовательских работах психологов. Обобщая опыт этих исследований, попытаемся найти ключевые значения в понимании и интерпретации доминирующих в них представлений об образе жизни таких семей.

Психодинамический подход известен как один из первых научных подходов, уделивших внимание семьям детям с нарушениями развития. Психодинамический подход уходит своими корнями в классический психоанализ З. Фрейда. Традиционным для данной школы является анализ внутренних процессов личности, находящихся за пределами порога сознания. Соответственно считалось, что с рождением ребёнка с нарушениями развития проявляется неосознаваемое родителями противоречие, возникающее между их сознательными намерениями и поведением по отношению к ребёнку. Психодинамическая модель помогает понять образ жизни такой семьи через анализ эмоциональных состояний родителей, механизмы

психологических защит и аттитюды по отношению к ребёнку и специалистам.

Понимание психологической природы образа жизни семьи. Обращаясь прежде всего к материнскому опыту бессознательного, психодинамическая модель фокусируется на анализе универсального противоречия, переживаемого каждой матерью в связи с рождением ребёнка. Сущность противоречия заключается в переживании несоответствия между ребёнком, о котором мечтала мать, и ребёнком, который родился. В основе этого явления лежат высокая потребность матери в продолжении себя и эго-фантазии родить «совершенного» ребёнка (воплощающего в себе всё лучшее, чем обладает мать), наполняющие мать чувствами радости и гордости. Воспринимаясь матерью как её «собственный продукт», ребёнок представляется ей её «личным завершением».

В случае рождения ребёнка с нарушениями развития это несоответствие слишком велико, родители получают сильную психологическую травму. Собственная значимость матери оказывается под угрозой. Процесс разрешения противоречия видится через призму принятия реального и утраты «совершенного» ребёнка. Этот процесс аналогичен процессу неизбежного страдания или горевания, когда умирает тот, кого мы любим. Принять и разрешить противоречие между ожидаемым и действительным становится развивающей задачей материнства или одним из аспектов развития здоровых материнско-детских, детско-родительских отношений в целом.

Переживания родителей. Наибольшее внимание исследователей уделено материнским переживаниям вины и горя. При анализе научных публикаций обнаруживается широкий спектр интерпретаций в понимании природы данных феноменов: от их широкой генерализации в первоначальных исследованиях до более глубокого понимания их качественных различий в индивидуальном эмоциональном опыте родителей — в последующих.

Так, возникновение чувства вины первоначально объяснялось через переживание родителями своей ответственности за случившееся. В ряде исследований отмечалось, что переживаемое родителями чувство вины играет роль пускового механизма в возникновении других чувств, таких как горе, печаль, агрессия, стра-

дание и т.п. Позднее чувство вины стали рассматривать в аспекте переживания «комплекса вины», глубокого желания родителей преодолеть случившееся и компенсировать его последствия [8]. В переживании вины виделся непрекращающийся процесс самообвинения, который оказывал влияние на отношения привязанности матери и ребёнка, психологическое состояние матерей, близкие отношения между супругами и их способность заботиться о собственных потребностях [9].

Впоследствии, с развитием качественной исследовательской методологии, было показано, что чувство вины, переживаемое родителями в связи с рождением ребёнка с нарушениями развития, продолжает оставаться невидимым и скрываемым от исследователей явлением, и был описан ряд уникальных значений этого чувства в индивидуальных переживаниях родителей. В исследовании C. Nixon и G. Singer [10] переживания чувства вины предстают в значении *причины* (родители являются причиной рождения ребёнка с нарушениями), *морали* (рождение такого ребёнка — это наказание за нарушение религиозных, этических, моральных норм общества), в значении *несоответствия родительской роли* (как невозможность соответствовать эго- и социожиданиям при воспитании такого ребёнка) и др.

Переживание горя родителями, имеющими детей с нарушениями развития, — менее изученное явление. В этой связи наиболее цитируемыми являются исследования *хронической печали* [11] и *переживания тяжёлой утраты* [12]. В основе этих работ лежат клинические наблюдения за тем, как родители проявляли себя в ответ на сообщение им диагноза ребёнка, а также за последующими эмоциональными состояниями родителей в процессе лечения их ребёнка и оказания помощи. В переживании горя усматривалась универсальная неизбежность утраты или потери. В работе L. Powers [13] отмечалось, что для семьи переживание горя ощущается как переживание за ребёнка, который «изменился» навсегда. Более того, в неизбежности переживания горя усматривалась определённого рода необходимость разрешения психологической травмы родителей [14]. Эти исследования впоследствии послужили широкому распространению неверных представ-

лений о том, что переживание горя родителями является неотъемлемым следствием состояния ребёнка, т.е. нарушения развития. На основании этих исследований подавляющее число психотерапевтических практик фокусировалось на работе *с чувством горя*.

Вместе с тем при изучении феномена горя учёным не удалось избежать определённых противоречий в его понимании и установить более чёткие границы в его определении. Проблемными полями горя стали неточное представление о его продолжительности, высокой сенситивности, качественных проявлениях. В результате состояния родителей, которые переживали чувства близкие к горю, такие как печаль или страдание на протяжении длительного времени, также анализировались в русле переживаний горя.

Психологические защиты родителей. По своей природе в традиционно фрейдистском понимании, психологические защиты рассматриваются как негативные и нездоровые проявления психики. Эта традиция сохранилась и в психодинамическом подходе.

В числе наиболее изученных психологических защит, свойственных матерям, столкнувшимся с проблемой рождения ребёнка с нарушениями развития, находятся вытеснение и отрицание [15]. Исследователи, изучавшие аттитюды родителей, имеющих детей с умственными и эмоциональными нарушениями, описывают прежде всего состояния вытесненной агрессии, пассивности и враждебности. Возникновению психологических защит, как отмечалось выше, способствовало переживаемое родителями состояние вины и, как следствие, отрицание случившегося. В качестве причины возникновения психологических защит виделась также неудовлетворённость родителей системой профессиональной помощи и услуг, отказ принять диагноз ребёнка и признать, что с ним «что-то не так, как у обычных детей» [16; 17].

Последующие нарративные исследования выявили недостаточность интерпретаций при анализе механизмов психологических защит. Было показано, что социальные определения, языковая презентация факта рождения ребёнка в опыте родителей представляли не меньшую опасность. Феномены социальной стигматизации, скрывающиеся за клиническими заключениями

докторов, могли усиливать негативные аттитюды родителей и быть самостоятельным источником психологических защит [18].

Аттитюды. Психодинамическим профилем родительских аттитюдов стали невротические типы отношений к ребёнку и профессиональному сообществу. Эти аттитюды, как правило, являлись результатом процесса переживания психологической травмы и отражали желание родителей влиять на предлагаемую им помочь. В одном из исследований, выполненном на основе анализа родительских историй, отмечается, что у родителей не было никаких возможностей что-либо изменить в существующей практике помощи. Любые попытки обратить внимание на способности их ребёнка и увидеть в нём целостную личность наталкивались на стандарты, в которых ребёнок рассматривался либо неспособным, либо имеющим недостаток [19].

Родители нередко становились объектом осуждения со стороны медицинского персонала, воспитателей, учителей. Считалось, что родители пассивны, недостаточно внимательно относятся к лечению ребёнка, не следуют рекомендациям специалистов. Нередко в неактивности родителей виделось нарастающее ухудшение состояния ребёнка [12]. Неадекватное отношение служб к участию родителей в помощи своему ребёнку только усиливало их психологические защиты и переживаемое чувство вины. A. Solnit и M. Stark, изучая тексты интервью специалистов, заметили, что даже те родители, которые были достаточно вовлечёнными в процесс помощи их ребёнку, получали негативные интерпретации (например, как родители, переживающие скрытое чувство вины и желающие его компенсировать). Получалось, что каким бы ни был отклик родителей на практику помощи, в любой своей роли такая семья представляла заведомо неудовлетворённой [8].

Таким образом, родители «типизировались», как и их дети. За ними закреплялся диагноз «фиксированные на проблеме родители». В результате в рамках данного подхода были описаны разные типы родителей: «вовлечённый», «апатичный / пассивный», «агрессивный / враждебный» и др. [8].

Выходы. В соответствии с психодинамической традицией типичный образ жизни семей, имеющих детей с нарушениями развития, был

осмыслен через анализ внутренней неосознаваемой реальности родителей в контексте преимущественно материнско-детских отношений. Образ жизни семьи в такой модели понимался через призму «материнского конфликта», берущего своё начало с момента рождения ребёнка и, по сути, создающего «невротическую модель образа жизни семьи». В центре внимания исследователей были разрушающиеся материнские фантазии и негативные переживания матерей в ответ на случившееся событие и планирование будущего. В данном научном взгляде на семью сильны патогенетические традиции, обрекающие семью на заболевание и отказывающие ей в здоровье [20].

Социально-психологический подход. Социально-психологический подход к интересующей нас проблеме был вдохновлён развитием прежде всего структурного функционализма и социального конструктивизма. С помощью этих теорий был осмыслен целый ряд социальных явлений, действующих на семью в реальном потоке социального взаимодействия [21; 22]. В данной научной парадигме происходит смещение акцентов в понимании образа жизни семьи с анализа внутренней неосознаваемой реальности родителей (преимущественно матерей) на то, какое влияние на семью оказывают предлагаемые обстоятельства. Феноменологическим языком данного подхода становятся понятия социально-психологической природы, такие как ценности, ролевые ожидания, социальный конфликт, адаптация, социальная девиация и норма, социальные стереотипы, коммуникация и др.

Понимание психологической природы образа жизни семьи. В отличие от психодинамического подхода, фокусировавшегося преимущественно на природе внутренних источников в понимании образа жизни семьи, социально-психологический подход сосредоточил своё внимание на окружающих обстоятельствах (социальные, экономические, культурные и др.), поддерживая мнение о том, что образ жизни семьи конструируется под влиянием определённой социальной реальности. Привлекая теории данного направления, исследователи, пытающиеся ответить на вопрос, почему семья живёт так, а не иначе, и вступает в те или иные отношения и связи, подвергали анализу «социальные фак-

ты» (ценности, нормы, социальные институты и др.) [23] и «социальные действия» (социальные роли, установки и др.) [22].

Интегрируя некоторые положения структурного функционализма и социального конструктивизма, отметим два наиболее важных факта. *Первый факт* свидетельствует о том, что любой элемент социального взаимодействия, выполняя свои конкретные функции, существует в рамках целостной структуры общества или системы, которая, в свою очередь, состоит из ряда подсистем. Культура выполняет центральную роль в обеспечении равновесия и внутреннего гомеостаза всей системы или реального потока социального взаимодействия [22]. Если в одной из подсистем происходит отклонение, то начинает действовать механизм восстановления равновесия, который аналогичен защитным механизмам в психодинамической модели. Активизация механизма восстановления равновесия побуждает систему возвращать себе нарушенное равновесие. Воздействия извне и рассогласования, возникающие внутри системы, требуют её адаптации и, следовательно, определённого уровня изменений. Достижения равновесия могут происходить, например, в результате изменения нормативных структур, регулирующих отношения в обществе [24]. *Второй факт* подчёркивает мысль о том, что социальные взаимодействия связаны с установками и стереотипами индивидов и представляют собой социальные конструкты, заключающие в себе определённую версию социальной реальности.

Таким образом, понимание природы образа жизни семьи в социально-психологическом подходе осмысливалось в аспекте социальной природы самого общества.

С привлечением социально-психологической стратегии объясняются и описываются эволюционные тенденции в изменении отношения к людям с отклонениями развития, их ближайшему окружению и семье в целом. В основе этих изменений усматривалась необходимость так называемого парадигматического сдвига в представлениях о «нарушении / неспособности» в нормативно-ценостных императивах культуры того или иного общества [25].

Наиболее ярким и поистине революционным примером подобного социального сдвига

является концепция нормализации. Возникшая в конце 50-х — начале 60-х годов XX века в Швеции и Дании [26] как ответ на «дискриминирующие условия жизни в обществе» для людей с ограниченными возможностями, концепция нормализации стала основным мировоззренческим инструментом парадигматического сдвига в представлениях о норме и ценностях в культуре середины XX века в развитых странах мира. Рассмотрение проблемы ненормальности «сдвинулось» с человека с отклонениями в развитии на общество. В результате этого понимание социально-психологических проблем личности и её ценности, или усиление гуманистического взгляда на человека, возобладало над узкобиологическим взглядением.

Образ жизни семьи, в которой родился ребёнок с нарушениями развития, в социально-психологической интерпретации понимался через переживание состояния «новизны шока» (novelty shock). Этот термин был предложен W. Wilfensberger [27] и осмыслен в дифференциации от психодинамического переживания горя в связи с «утратой ожидаемого “совершенного” ребёнка». В «новизне шока» делался акцент на «непредвиденности случившегося события» и возникающих в связи с этим у родителей состояниях беспокойства, растерянности и смятения. Вместо «нарушения у ребёнка» ключевым фактором, определяющим образ жизни семьи, являлся фактор социальной коммуникации, социальных установок и позиций профессионалов и других членов семьи в интерпретации случившегося. Исследователи видели образ жизни такой семьи в разрешении социального конфликта, возникавшего в ответ на непредвиденное и нежелаемое событие и проявлявшегося в хроническом страдании. Несмотря на то что хроническое переживание понималось как нормальный процесс, этот взгляд не был лишён предубеждения, что именно страдание и печаль являются домини-

рующим психологическим контекстом, определяющим образ жизни такой семьи.

Известно, что *социальные стереотипы и девиации* приобретают свою значимость в контексте социальной нормы. В современных научных исследованиях можно выделить несколько тенденций социальной стереотипизации, укоренившихся не только во взгляде на феномен «нарушение развития»¹, но и на феномен «родитель ребёнка с нарушениями развития». Первая тенденция связана с представлениями об инвалидности в различных культурах в целом и является достаточно изученным явлением² [11].

Другая тенденция получила развитие благодаря доминирующему научным подходам и интерпретациям в академических исследованиях. Проблема стереотипов научного мышления стала фокусом внимания во многих научных работах. Так, S. Ryan и K. Runchwick-Cole [28], обратившись к проблеме интерпретации опыта матерей, воспитывающих детей с нарушениями развития, сделали вывод о том, что подавляющая часть научной литературы относит таких матерей либо к «фиксированным на своей проблеме» родителям, либо описывает их в терминах горя, утраты или отрицания и эгоизма. По мнению авторов, это не было лишено оснований. Во-первых, проблемы родителей чаще всего комплексны, а возможности получения помощи весьма ограничены. На практике, как правило, «риgidной» является сама система поддержки семьи и ребёнка. Во-вторых, исследовательский и практический интерес был сосредоточен преимущественно на феномене «неспособности», в исключительных границах которого постепенно стали рассматриваться не только дети, имеющие нарушения развития, но и их матери.

Общая тенденция анализировать родителей в рамках феномена социальной девиации рассматривалась также R. Darling [29], N. Breslau, K. Staruch и J. Mortimer [30] и др.

¹ Социальный стереотип данного социального явления ближе всего стоит к понятию «болезнь», у которой в структурном функционализме есть своё толкование. Например, в теории Т. Парсона «болезнь» является формой социальной девиации или отклонением от нормы, которое необходимо преодолеть. Т. Парсон наделяет большого специфической социальной ролью — ролью больного, при которой человек освобождается от обычных социальных обязанностей, стремится скорее выздороветь, обращаясь за компетентной помощью и следуя лечебным предписаниям. Данная интерпретация отнюдь не бесспорна и является одним из примеров медицинского взгляда на «болезнь» вопреки «здравью».

² Данный научный анализ достаточно широко представлен в гуманитарных исследованиях. Например, в научной монографии Е. Ярской-Смирновой «Социокультурный анализ нетипичности» (Саратов, 1997).

В этих исследованиях характеристики членов семей на примере интерпретаций высокой заинтересованности родителей в точной диагностической информации о своём ребёнке попадали под широкий спектр отклоняющихся от нормы. Такие родители виделись конструирующими патологический / медицинский образ своего ребёнка. Считалось, что интерес к диагнозу служит скорее интересам родителей, чем ребёнка. Научные дискуссии подобного содержания носили обвиняющий характер. Как показал последующий анализ подобных интерпретаций, за этими обвинениями стояли медицинские и реабилитационные доминанты, диктуемые политическими и практическими решениями относительно детей и взрослых с нарушениями развития в обществе. Обстоятельства социального порядка подталкивали родителей использовать диагностические ярлыки (*diagnostic label*) своих детей для решения проблем как ребёнка, так и семьи в целом. Стремление родителей оперировать как можно более точными диагнозами своих детей позволяло им, во-первых, защищать себя от образа неадекватного / некомпетентного родителя, во-вторых, открывало родителям доступ к информации, ресурсам и поддержке [31].

Система ценностей, господствующих в культуре, находит своё отражение в дискуссиях о ролевых ожиданиях родителей и коммуникации. В этой связи особый интерес представляют феномены обесценивания родителями своего основного предназначения воспитывать ребёнка [3; 13], «взаимозависимость и жертвование себя во имя других» [33], беспомощность и напряжённость в коммуникации [34].

Обесценивание родителями своей роли по отношению к ребёнку рассматривается как результат отвергающих отношений к нему со стороны общества. Несмотря на то что самообесценивание является следствием особенностей межгруппового и межличностного восприятия, исключительная роль в возникновении данного феномена принадлежит ценностно-нормативным императивам культуры. D. Nixon подчеркнул, что в обществе, в котором ребёнок с нарушениями в развитии воспринимается как неполнценное существо, его родители оказываются отвергнутыми и обесцененными, они лиша-

ются основного предназначения — растить и воспитывать своего ребёнка [13].

В исследованиях N. Hampton и F. Xiao, изучавших ценности индивидуалистски и коллективистски ориентированных обществ, были выявлены различия в уровне социальной стигматизации инвалидности. Так, например, для коллективистски устроенных обществ характерен высокий уровень социальной стигматизации, поскольку доминирующие ценности взаимозависимости и жертвования во имя других в этих обществах сочетаются со страхом неспособности это исполнить. Индивидуальность в коллективистском обществе является частью группы, в которой все её члены равны. В индивидуалистски ориентированном обществе центральные ценности основаны на концепции личных цели, уникальности и автономности каждого, которые создают условия независимого существования в контексте «я иной» в равном статусе с другими. Данные исследования показывают, что система ценностей коллективистски ориентированных обществ является источником негативного отношения к людям с нарушениями развития и подтверждает вышеизказанную мысль о том, что отвержение и обесценивание человека / ребёнка с нарушениями развития отвергает и обесценивает его близких. Образ жизни семей, имеющих детей с нарушениями развития, в данной культуре будет похожим на «полную беспомощность» или «постоянную битву» за право семьи и ребёнка на достойную жизнь среди других [35].

Беспомощность, напряжённость в коммуникации семьи исследователи рассматривают как комплексную проблему. Отсутствие соответствующих служб помощи, особенно в раннем периоде развития ребёнка, с одной стороны, и отсутствие у специалистов необходимой сенситивности к семейной культуре — с другой, приводили к непониманию значений жизненного контекста семьи, её ценностей и потребностей, следствием чего становилась неадекватность выбора подходящих способов помощи и поддержки. При этом, как считают исследователи, семья обладает определёнными потенциальными сторонами коммуникации, позволяющими ей адаптироваться к семейным ролям и создавать оптимальные условия для развития ребёнка.

Итак, в социально-психологическом подходе понимание образа жизни семьи, имеющей ребёнка с нарушениями развития, происходит в аспекте анализа переживаемого семьёй социального конфликта. Природа социального конфликта усматривалась в столкновении семьи с определённой версией социальной реальности, культурные императивы которой отодвигали такую семью на границу социальной нормы, обесценивая её основное предназначение — воспитание ре-

бёнка. Попытки семьи «восстановить равновесие» наталкивались на действующие в обществе социальные установки и стереотипы во взгляде на инвалидность. Степень адаптации семьи к нарушению развития у ребёнка зависела от её социального контекста. Классическое описание типичного образа жизни такой семьи в данном психологическом подходе виделось в хроническом страдании как единственном «ответе» родителей в данных обстоятельствах.

Список использованных источников

1. Толстых, В. И. Образ жизни: понятие, реальность, проблемы / В. И. Толстых. — М., 1975. — 184 с.
2. Обухова, Л. Ф. Семья и ребёнок: психологический аспект детского развития: учеб. пособие / Л. Ф. Обухова, О. А. Шаграева; Правительство Москвы; Ком. образования; Моск. гор. пед. ун-т. — М. : Жизнь и мысль. — 199 с.
3. Василюк, Ф. Е. Методологический анализ в психологии: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям психологии / Ф. Е. Василюк; Моск. гор. психол.-пед. ун-т. — М. : Смысл, 2003.
4. Ткачёва, В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В. В. Ткачёва. — М. : УМК «Психология»; Моск. психол.-соц. ин-т, 2004. — 192 с.
5. Кащенко, В. П. Дефективные дети школьного возраста и всеобщее обучение / В. П. Кащенко. — М., 1910.
6. Кащенко, В. П. Дефективные дети и школа / В. П. Кащенко. — М., 1912.
7. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику. 30 лекций. Современная медицина и гигиена / Э. Крепелин. — СПб., 1912.
8. Solnit, A. J. Mourning and the Birth of a Defective Child / A. J. Solnit, M. H. Stark // Psycho-Analytic Study of the Child. — 1961. — V. 16. — P. 523—537.
9. Clinical studies in infant mental health: the first year of life /ed. Selma Fraiberg. — London : Tavistock, 1980.
10. Nixon, C. D. A group cognitive behavioral treatment for excessive parental self-blame and guilt / C. D. Nixon, G. H. S. Singer // American Journal of Mental Retardation. — 1993. — V. 97. — N 6. — P. 665—672.
11. Olshansky, S. Chronic Sorrow: A Response to having a mentally defective child / S. Olshansky // Social Casework. — 1961. — V. 43. — P. 190—193.
12. Lipsky, D. G. A Parental Perspective on Stress and Coping / D. G. Lipsky // American Journal of Orthopsychiatry. — 1985. — V. 55. — P. 614—617.
13. Powers, L. T. Disability and Grief: from Tragedy to Challenge / L. T. Powers // Families, Disability and Empowerment: Active Coping Skills and Strategies for Family Interventions / ed. by H. S. Singer & L. E. Powers. — Baltimore, 1993. — P. 119—148.
14. Abrams, J. C. Parental Dynamics — Their Role in Learning Disabilities / J. C. Abrams // Reading Teacher. — 1970. — V. 23. — N 8.
15. McKeith, R. Parental Reactions and Responses to a Handicapped Child / R. McKeith // Brain and Intelligence; ed. by F. Richardson. — MD: National Education Consultants, 1973. — P. 131—141.
16. Stanhope, L. Parents and Families / L. Stanhope, R. Q. Bell // Handbook of Special Education; ed. by J. M. Kauffman and D. R. Hallahan, Englewood Cliffs. — NJ : Prentice Hall, 1981. — P. 688—713.
17. Wetter, J. Parent Attitudes toward Learning Disabilities / J. Wetter // Exceptional Children. — 1972. — V. 39. — P. 490—491.
18. Heifetz, L. J. From Consumer to Middleman: Emerging Roles for Parents in the Network of Services for Retarded Children / L. J. Heifetz // Parent Education and Intervention Handbook; ed. by R. R. Abidin. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1980. — P. 349—384.
19. Engle, D. M. Origin Myths: Narratives of Authority, Resistance, Disability and Law / D. M. Engle // Law & Society Review. — 1993. — V. 27. — P. 785—826.
20. Antonovsky, A. Unraveling the mystery of health / A. Antonovsky. — San Francisco — London : Jossey-Bass Publishers, 1988. — 212 p.
21. Бергер, П. Социальное конструирование реальности: Трактат по социологии знания / П. Бергер, Т. Лукман; пер. с англ. Е. Руткевич; Моск. филос. фонд. — М. : Academia-Центр; Медиум, 1995. — 323 с.
22. Парсонс, Т. Система современных обществ / Т. Парсонс; пер. с англ. Л. А. Седова и А. Д. Ковалёва; под ред. М. С. Ковалёвой. — М. : Аспект Пресс, 1998. — 270 с.
23. Дюргейм, Э. О разделении общественного труда. Метод социологии / Э. Дюргейм. — М., 1991.
24. Честнокова, В. Ф. Язык социологии / В. Ф. Честнокова. — М. : Изд-во ОГИ, 2009. — 543 с.

25. Малофеев, Н. Н. Западная Европа: эволюция отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии / Н. Н. Малофеев. — М. : Экзамен, 2003. — 256 с.
26. Бакк, А. Забота и уход. Книга о людях с задержкой психического развития / А. Бакк, К. Грюненвальд; пер со швед. под ред. Ю. Колесовой. — СПб. : Изд-во СПб ИРоВ, 2001. — 360 с.
27. Wolfensberger, W. Normalization Based Guidance, Education and Supports Families of Handicapped People / W. Wolfensberger. — Ontario: National Institute on Mental Retardation, 1983.
28. Ryan, S. Repositioning mothers: mothers? Disabled children and disability studies / S. Ryan, K. Runchwick-Cole // Disability & Society. — 2008. — V. 23. — N. 3. — P. 199—210.
29. Darling, R. B. Families against society: A study of reactions to children with birth defects / R. B. Darling. — London : Sage, 1979.
30. Breslau, N. Psychological distress in mothers of disabled children / N. Breslau, K. S. Staruch, J. E. A. Mortimer // American Journal of Disabled Children. — 1982. — V. 136. — P. 682—686.
31. Avdi, E. Parents construction of professional knowledge, expertise and authority during assessment and diagnosis of their child for an autistic spectrum disorder / E. Avdi, C. Griffin, S. Brough // British Journal of Medical Psychology. — 2000. — V. 73. — P. 327—338.
32. Nixon, D. C. Reducing Self-Blame and Guilt in Parents of Children with Severe Disabilities / D. C. Nixon // Families, Disability and Empowerment: Active Coping Skills and Strategies for Family Interventions / ed. by H. S. Singer & L. E. Powers. — Baltimore, 1993. — P. 175—202;
33. Handbook of developmental disabilities /ed. by Samuel L. Odom [et al.]. — New York : Guilford Press, 2007. — 654 p.
34. Xu, Y. Empowering Culturally Diverse Families of Young Children with Disabilities: The Double ABCX Model / Y. Xu // Early Childhood Education Journal. — 2007. — V. 34. — N. 6. — P. 431—437.
35. Hampton, N. Z. Attitudes toward People with Developmental Disabilities in Chinese and American Students — The Role of Cultural Values, Contact and Knowledge / N. Z. Hampton, F. Xiao // Journal of Rehabilitation. — 2007. — V. 73. — N. 3. — P. 23—32.

(Окончание в следующем номере)

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ УЧАЩИХСЯ С ТЯЖЁЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ КЛЮЧЕВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Л. А. Зайцева,
ведущий научный сотрудник лаборатории
специального образования Национального института образования,
кандидат педагогических наук, доцент

В связи с новыми тенденциями в развитии и обновлении образования в целом и языкового образования в частности происходит переориентация цели образования на формирование и развитие компетентности выпускников образовательных учреждений. Смещение акцентов со «знанияевого» на компетентностный подход к образованию, предполагающий поиск таких подходов и методов обучения, которые обеспечивают при-

обретение учащимися умения использовать полученные знания в различных жизненных ситуациях, нашло отражение в работах А. Л. Андреевой, В. А. Болотова, И. А. Зимней, О. Е. Лебедева, А. В. Хуторского и др.

В Концепции учебного предмета «Русский язык», утверждённой приказом Министерства образования Республики Беларусь 29.05.2009, отмечается, что система обучения русскому языку в общеобразова-