

Нейропричинг – это технология проповеди, основанная на нейропсихологических закономерностях мозга, имеет структурные закономерности: ТСМ=2:1:2 (Т – транслирование; С – поведенческие команды; М – мобилизация, завершается положительной обратной связью, механизмом самоподдержки Веры, а в нашем случае, самоподдержки супер Эго) [2, с.3-6].

Мы не конкурируем и не подсчитываем преимущество той или иной методики. Главное мы научились сопровождать детей и подростков в преодолении ими сложных жизненных ситуаций. «Это уже было...» – а впереди вся самая светлая и прекрасная созидательная жизнь!

Литература

1. Алексеев, А.В. Преодолей себя! Психическая подготовка в спорте [Текст] /А.В. Алексеев – Ростов-на-Дону.: изд "ФЕНИКС", 2006.
2. Аминев, Г.А. Нейропричинг: новогодняя формула Патриарха. /Г.А. Аманев, Э.Г. Аминев // Психическая саморегуляция. – 2007. – №2 – С. 3-6.
3. Андреев, О.А. Техника быстрого чтения [Текст] / О.А. Андреев, Л.Н. Хромов. М.: изд АСТ, 2009.
4. Гиппенрейтер, Ю.Б. Движение человеческого глаза [Текст] Монография /Ю.Б. Гиппенрейтер – М.: изд Московского университета, 1978.
5. Денисова, Г.З. Медитация «Зеленая горошина»: ноу хау для развития внимания [Текст] /Г.З. Денисова, А.Г. Суворов //Психическая саморегуляция. – 2007.– №5.– С. 38-41.
6. Денисова, Г.З. Весь мир на ладони! [Текст] Монография /Г.З. Денисова – Уфа: Издательский центр Уфимского филиала ГОУ ВПО «МГГУ им. М.А.Шолохова», 2010.
7. Истгейт Дж. Разрушительный план психиатрии. Какова практическая польза психиатрии? [Текст] /Дж. Истгейт /Сб.: Психиатрия индустрия смерти. Приложение к документальному фильму. – М.: Международная гражданская комиссия по правам человека. – www.cchr.org. 2007. – С. 6 – 12.
8. Серов, Н.В. Светоцветовая терапия. Смысл и значение цвета: информация – цвет – интеллект [Текст] /Н.В. Серов. – СПб.: Речь, 2001.
9. Файдыш, Е.А. Карма и психотравмы [Текст] /Е.А. Файдыш – М.: Независимое агентство «АЛМИН», 1995.
10. Ясюкова, Л.А. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций [Текст]: Методическое руководство / Оптимизация обучение и развития детей с ММД /Л.А. Ясюкова /. – СПб.: ГП «ИМАТОН», 2003.

Черничкина Ю. Д.

Педагогическое сопровождение детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС

На сегодняшний день все больше детей рождается с перинатальной патологией. По статистике только 8% новорожденных в России являются абсолютно здоровыми. В зависимости от степени выраженности перинатальная патология развития может являться причиной возникновения нарушений нервно-психического развития ребенка, в том числе доречевого, а в дальнейшем нарушений в познавательном и речевом развитии. В 2005 году под руководством доктора психологических наук Мишиной Г.А. было организовано лонгитюдное исследование (с октября 2005г. по октябрь 2012г.), которое проводилось в

несколько этапов и было направлено на изучение вокализаций младенцев с перинатальной патологией ЦНС, а также вокально-речевого поведения матерей в процессе их взаимодействия с детьми, создание методики по развитию вокализаций детей с перинатальной патологией развития.

Целью первого этапа исследования являлось выявление особенностей вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС и особенностей вокально-речевого поведения матерей при взаимодействии с детьми. В эксперименте участвовало 37 детей в возрасте от 1,5 мес. до 3 лет, как группы нормы (10 детей), так и с перинатальной патологией ЦНС (27 детей). На протяжении первых трех лет жизни раз в три месяца проводилась часовая видео съемка каждого ребенка при его естественном поведении в домашних условиях. Также оценивался уровень нервно-психического, познавательного и речевого развития детей.

При анализе видеоматериалов подсчитывалось общее число вокализаций, произнесенных ребенком в течение часа съемки, и вокально-речевых реакций матери. Полученные данные оценивались по следующим параметрам, выделенным нами в ходе проведенного теоретического анализа литературы по теме исследования: эмоциональная окрашенность вокализаций (отрицательная или положительная), ситуация проявления вокализации (коммуникативные или «спонтанные»), содержание вокализаций (функции по Е.И.Исениной). Вокально-речевое поведение матерей при взаимодействии с детьми рассматривалось по таким параметрам, как: количество и виды вопросов, обращенных к ребенку; число инициативных обращений матери к ребенку; виды вокально-речевых реакций матерей в ответ на вокализации малыша; содержание и формы вокально-речевого взаимодействия.

Анализ количественных и качественных изменений в развитии голосовых проявлений детей с нормальным развитием показал наличие определенных, различающихся периодов в развитии вокализаций: 0 - 2/2,5 месяца; 2,5 месяца - 5/6 месяцев; 6 месяцев - 9/10 месяцев; 9/10 месяцев - 1год 2месяца/1год 3месяца.

У детей с перинатальной патологией развития в процессе анализа видео материала были выявлены количественные и качественные особенности голосовых проявлений: большее количество отрицательно окрашенных вокализаций по сравнению с положительными, более позднее появление последних, в течение длительного времени преобладание «спонтанных» вокализаций, неоднозначность эмоциональных проявлений вокализаций, сложность определения их функций. Кроме того, в ходе эксперимента удалось выявить особенности вокально-речевого поведения матерей в ситуациях взаимодействия с детьми с перинатальной патологией ЦНС: на первом году жизни ребенка частое игнорирование вокализаций или бессловесные действия, направленные на устранение причин его недовольства; несоответствие речевых форм общения и содержания речи уровню развития детей; недостаточная эмоциональность во всех формах вокально-речевого поведения.

На основании полученных результатов нами были выделены психолого-педагогические условия необходимые для развития вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС: соответствие формы и содержания вокально-речевого поведения взрослому уровню развития ребенка, обеспечивающее развитие инициативности детей в проявлениях вокализаций, эмоциональная насыщенность

общения, организация развивающей среды, способствующая формированию поисково-ориентировочной активности ребенка в процессе развития ведущей деятельности.

Все это явилось основой для разработки содержания коррекционно-развивающей работы по развитию вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС с учетом поэтапного включения в этот процесс их матерей.

На втором этапе исследования проводился обучающий эксперимент, в котором принимали участие 24 ребенка в возрасте от 2 мес. до 1 года 3 мес., имеющих перинатальное поражение ЦНС разной степени выраженности. В основу содержания работы по развитию вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС автором работы были положены: выделенные в ходе анализа литературы по теме исследования параметры изучения голосовых проявлений детей младенческого возраста и вокально-речевого поведения их матерей; полученные в ходе констатирующего эксперимента данные характеризующие голосовые проявления детей с перинатальной патологией ЦНС и особенности вокально-речевого поведения матерей, а также определенные психолого-педагогические условия, способствующие развитию детских вокализаций.

Содержание коррекционно-развивающей работы по развитию вокализаций проектировалось с учетом выделенных в ходе констатирующего эксперимента периодов развития голосовых проявлений ребенка первого года жизни. Каждый период содержал 4 направления в соответствии с выделенными психолого-педагогическими условиями, необходимыми для развития вокализаций детей младенческого возраста:

I. Развитие поисково-ориентировочной активности и голосовой инициативности.

II. Формирование ведущей деятельности.

III. Развитие адекватных возрасту форм и содержания вокально-речевого взаимодействия.

IV. Развитие эмоциональности вокально-речевого взаимодействия.

Содержание каждого из периодов различалось и основывалось на морфофункциональных и педагогических условиях развития, выделенных в работах физиологов, психофизиологов, психологов, лингвистов, психолингвистов, педагогов.

В зависимости от периода работа велась по развитию приятных тактильных и вестибулярных ощущений, вызывающих появление положительных вокализаций, зрительных и слуховых ориентировочных реакций (в первом периоде); зрительно-слуховых, зрительно-голосовых, зрительно-двигательных реакций, слухового и голосового предвосхищения (во втором периоде); зрительно-двигательно-голосовых реакций, зрительного, слухового и голосового предвосхищения (в третьем периоде); ориентировки на отдельные свойства предмета (в четвертом периоде). Голосовая инициативность также формировалась посредством условно-рефлекторного механизма (через «подхватывание» – мимическое и голосовое – взрослым вокализации ребенка, и удовлетворение возникшей потребности). Т.е., чем быстрее мать откликалась на крик ребенка и, правильно понимая причину дискомфорта, устраняла ее, тем быстрее формировались «призывные» инициативные голосовые реакции (в зависимости от периода в виде звуков гуления, лепета и т.д.). Развитие ведущей деятельности ребенка осуществлялось через создание ситуации общения «Пра мы» (Л.С.Выготский) в первый период, ее развития во второй и третий периоды, и формирование ситуации «партнерства» в четвертом периоде. Работа велась также по формированию адекватной возрасту формы

вокально-речевого взаимодействия (монолог – в первом периоде, обращенный монолог – во втором, дуэт – в третьем и диалог – в четвертом). Особое внимание на занятиях уделялось речи взрослого, ее содержанию и эмоциональной составляющей.

Коррекционно-развивающий процесс основывался на обучении родителей организации развивающей среды, т.е. необходимых психолого-педагогических условий и близких взрослых в процесс работы с ребенком, что предполагало определенную этапность:

Первый этап. Наблюдение матери за работой специалиста. Специалист объяснял цель каждой из выполняемых с ребенком игр-упражнений, демонстрируя правильное их выполнение, обращая внимание матери на использование разных приемов работы, а также на интонационно-ритмическую и содержательную сторону речи, обращенной к ребенку.

Второй этап. Применение матерью усвоенных знаний и отработка умений. Усвоенные на предшествующем этапе навыки отрабатывались родителями в процессе взаимодействия с ребенком и в паре со специалистом. Специалист обучал родителей точно имитировать показываемые им интонации (восходящие и нисходящие), подражать его мимике (выражению радости, удивления, недовольства и т.д.). Он также демонстрировал, как и в каких ситуациях нужно изменять силу и высоту голоса, как правильно интонировать, и пользоваться мимикой (выражая эмоции) в соответствии с содержанием фраз, обращенных к ребенку. Специалист обучал родителей различать интонации и эмоции ребенка, точно их имитировать. Также родители практиковались в проведении различных игр-упражнений, которые они ранее наблюдали в работе специалиста с ребенком, в правильном использовании стимулирующих приемов.

Третий этап. Закрепление сформированных умений в домашних условиях. Родители получали домашнее задание - ежедневно выполняли с ребенком ряд определенных игр-упражнений. Во время следующей встречи специалист оценивал навыки, которые за прошедший период времени должны были сформироваться у ребенка.

По окончании обучающего эксперимента был проведен контрольный эксперимент, подтвердивший эффективность предложенного нами содержания коррекционно-педагогической работы. Проведенный эксперимент показал, что для развития вокализаций детей с перинатальной патологией развития необходимо соблюдение определенных психолого-педагогических условий. Представленное нами содержание работы по развитию вокализаций детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС, в основе которого лежат создание психолого-педагогических условий и поэтапное включение родителей в процесс коррекционно-развивающей работы, обеспечивает положительную динамику не только развития голосовых проявлений детей, но и их общего психического развития.