**Введение**

Проблема школьной адаптации рассматривается в тесной взаимосвязи с вопросами психологической готовности ребенка к школьному обучению. Психологическая готовность ребенка к школьному обучению, с одной стороны, является одной из важнейших предпосылок его успешной адаптации, а с другой – определяет этапы и содержание коррекционной работы в начальный период обучения. К сожалению, вопросы психологической готовности к школьному обучению детей с нарушениями зрения не нашли еще достаточного разрешения в экспериментальных исследованиях и рассматриваются эпизодически в контексте других проблем, причем характерной тенденцией является отсутствие единого понимания особенностей этого феномена, его составляющих и критериев относительно детей с нарушениями зрения.

**Изучение мотивационного компонента готовности детей с нарушениями зрения к обучению в школе**

Так, в большинстве исследований готовность детей к школе, в том числе, и детей с нарушениями зрения, определяется на основе выявления уровня развития психических процессов (мышления, восприятия, памяти, речи и т.д.), навыков чтения, письма, счета. Очевидно, что названные показатели в большей мере отражают интеллектуальную готовность ребенка к обучению, поскольку лишь констатируют факт овладения знаниями и навыками. Одним из важных показателей, по мнению Л.И. Божович, готовности к школьному обучению считается такое психологическое новообразование, как «внутренняя позиция школьника», выражающее стремление ребенка идти в школу и готовность выполнять школьные требования.

Осознанная потребность в приобретении знаний и развитии своих способностей, собственно учебный мотив формируется в процессе школьного обучения и в мотивационной структуре дошкольников и начинающих школьников, как правило, отсутствует. Однако, говоря о мотивах учения в структуре стартовой готовности к школе, мы имеем в виду те факторы, внешнего и внутреннего характера, которые побуждают деятельность ребенка, направленную на усвоение новых знаний, на данном этапе развития и которые могут служить основой для формирования собственно учебных мотивов.

В структуре мотивов, так или иначе определяющих отношение будущих первоклассников к учению, Е.П. Ильин выделяет шесть групп мотивов: социальные мотивы, основанные на понимании общественной значимости и необходимости учения и стремления к социальной роли школьника («Я хочу в школу, потому что все дети должны учиться, это нужно и важно»); учебно-познавательные мотивы, интерес к новым знаниям, желание научиться чему-то новому; оценочные мотивы, стремление получить высокую оценку взрослого, его одобрение и расположение («Я хочу в школу, потому что там я буду получать только пятерки»); позиционные мотивы, связанные с интересом к внешней атрибутике школьной жизни и позиции школьника («Я хочу в школу, потому что там большие, а в детском саду маленькие, мне купят тетради, пенал и портфель»); внешние по отношению к школе и учению мотивы («Я пойду в школу, потому что мама так сказала»); игровой мотив, неадекватно перенесенный в учебную деятельность («Я хочу в школу, потому что там можно играть с друзьями»).

Как показывают исследования, в старшем дошкольном возрасте у детей с нарушением зрения структура мотивов приобретает относительную устойчивость. Доминирующее положение в ней начинают занимать познавательные и широко социальные потребности (потребность в социальном познании, стремление к неигровым видам деятельности, потребность в самоутверждении, мотивы долженствования). К концу дошкольного возраста ребенок с нарушением зрения, также как и ребенок с нормальным зрением исчерпывает возможности игровой деятельности по удовлетворению своих потребностей, игровые мотивы продолжают играть важную роль, но уже не занимают ведущего места в мотивационной структуре дошкольника.

В нашем исследовании участвовали дети с косоглазием и амблиопией (6–7 лет). Исследование проводилось на базе специальных дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения г. Тулы и Тульской области. В эксперименте приняли участие дети, имеющие сходный диагноз (косоглазие и амблиопия) и остроту зрения (в пределах от 0,8 до 0,2 на лучше видящем глазу). Все дети с нормальным интеллектуальным развитием.

В результате исследования было выявлено, что каждый мотив из структуры в той или иной степени присутствует и в мотивационной структуре ребенка с нарушением зрения 6–7 лет, каждый из них оказывает определенное влияние на формирование и характер его учебной деятельности. Для каждого ребенка с нарушением зрения степень выраженности и сочетание мотивов учения индивидуальны. Было выявлено, что большинство детей с косоглазием и амблиопией хочет учиться в школе, но аргументирует это тем, что «так надо», «так мама говорит», то есть здесь еще рано говорить о собственном желании учиться в школе и осознанности мотивов учения. Личностные ожидания детей чаще всего связаны с тем, что «учительница научит меня читать и писать», «в школе меня научат писать, тихо сидеть и не баловаться», что свидетельствует о недостаточности знаний детей о школе. Результаты исследования объясняются тем, что в беседе, как правило, ребенок дает социально одобряемые ответы, т.е. отвечает так, как этого ждут от него взрослые. Есть и другая причина: дошкольнику с нарушением зрения еще трудно анализировать свои желания и переживания в отношении незнакомой ему ситуации школьного обучения и дать объективный ответ о том, хочет ли он учиться и почему.

В настоящее время нами разрабатывается программа коррекционно-развивающей поддержки формирования мотивационного компонента психологической готовности к обучения в школе у детей с косоглазием и амблиопией старшего дошкольного возраста, которая проходит апробацию.

**Формирование навыков общения у слабослышащих дошкольников**

Общение является необходимым условием социализации личности, формирования межличностных отношений и эмоционального благополучия ребенка.

В отечественной психологии широко представлены проблемы онтогенеза общения. Анализ результатов, полученных учеными данного направления, позволяет утверждать: а) общение развивается и приобретает различные новые формы; б) общение ребенка с окружающими людьми обогащает психологическую характеристику каждого возрастного этапа, в) «принимая во внимание общение, возможно приблизиться к пониманию механизмов смены ведущих деятельностей».

Исследования в области специальной психологии и педагогики показали, что наличие сенсорного дефекта у детей с нарушениями слуха отрицательно влияет на развитие межличностных отношений и общения, приводят к существенным изменениям в формировании социометрического статуса ребенка с патологией слуха, нарушениям в установлении контактов с окружающими людьми.

Основной проблемой, с которой сталкивается ребенок с нарушением слуха уже в раннем возрасте, является трудность установления взаимоотношений с окружающими людьми, которым принадлежит ведущая роль в создании адекватных и развивающих условий коммуникативной деятельности детей, что является важнейшим фактором их нормального психического развития. Этот сложный процесс слит с деятельностью ребенка, которая на каждом возрастном этапе приобретает новые черты и особенности.

В этой связи актуальным становится вопрос поиска новых решений проблемы развития и коррекции коммуникативных качеств у детей с нарушениями слуха.

Основной целью исследования являлось изучение структуры межличностных отношений и особенностей общения в коллективе детей с нарушениями слуха.

Исходя из цели исследования были поставлены следующие задачи:

Провести ретроспективный анализ литературы по проблеме общения и межличностных отношений детей с нарушениями слуха;

Определить структуру межличностных отношений в коллективе слабослышащих детей старшего дошкольного возраста;

Выявить особенности общения детей с нарушениями слуха старшего дошкольного возраста;

Разработать методику коррекционно-развивающей работы по результатам констатирующего эксперимента.

Объектом исследования является структура межличностных отношений и общения слабослышащих детей старшего дошкольного возраста.

Предметом исследования являются особенности межличностных отношений и процессов общения детей с нарушениями слуха старшего дошкольного возраста.

Гипотеза исследования: развитие общения и межличностных отношений детей с нарушениями слуха старшего дошкольного возраста имеет свои специфические особенности, обусловленные структурой основного дефекта и отсутствием ранней коррекционной помощи.

Социометрическое исследование было проведено в группе детей старшего дошкольного возраста с нарушениями слуха. Сравнительный анализ проведен с данными по детям с нормальным слухом, имеющимся в специальной литературе.

Анализ результатов эксперимента показал, что в группе слабослышащих детей старшего дошкольного возраста регистрируется высокий коэффициент взаимности выборов (62%), уровень благополучия взаимоотношений характеризуется как средний. При этом структура коллектива аморфная, нет ярко выраженных лидеров и аутсайдеров. Если в коллективе старших дошкольников с нормальным слухом «предпочитаемые» и «изолированные» составляют в среднем 6% коллектива, то в выборках детей с нарушенным слухом предпочитаемые и изолированные отсутствуют.

В выборке слабослышащих дошкольников детей чаще, чем в выборке детей с нормальным психофизическим развитием отмечается высокая избирательность в общении, более высокие критерии выбора партнера для общения.

У 29% слабослышащих детей старшего дошкольного возраста регистрируется низкий уровень социальной зрелости и они нуждаются в специальной психокоррекционной программе.

Была разработана методика коррекционно-развивающей работы с детьми дошкольного возраста с нарушениями слуха, основанная на психологическом тренинге, цель которой – помочь детям справиться с переживаниями, которые препятствуют их нормальному эмоциональному самочувствию и общению со сверстниками.

Структура группового занятия включает следующие элементы: ритуал приветствия, разминку, основное содержание, рефлексию (в рисунках), ритуал прощания. Занятия строятся на материале, близком и понятном детям, связанным с актуальными для них проблемами.

**Социальная компетентность подростков, больных шизофренией**

Социальная компетентность является фактически новым понятием как для психологии вообще, так для клинической психологии в частности. Однако это проблема является актуальной и значимой на сегодняшний день. Количество людей, страдающих от психического неблагополучия, неуклонно растет, приводя при этом больного к социальной дезадаптации.

Под социальной компетентностью нами понимается способность индивида, состоящая из следующих составляющих её звеньев – способностей:

эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений;

умение ориентироваться в социальных ситуациях;

правильно определять личностные особенности и эмоциональные состояния других людей;

выбирать адекватные способы обращения с ними;

реализовывать эти способы в процессе взаимодействия;

социальные навыки.

Таким образом, в качестве главных составляющих социальной компетентности мы выделяем социальный интеллект, социальные навыки (6), а также свойственный человеку паттерн поведения в ситуации межличностного общения.

Научная актуальность и значимость этой работы представляет интерес не только для клинической психологии, в частности для патопсихологии и психологии аномального развития, но, безусловно, имеет значение, как для общей и возрастной психологии, так и для социальной психологии. Данная работа позволяет расширить представления о развитии социальной компетентности в подростковом возрасте, отследить формирование отдельных звеньев социальной компетентности на данном возрастном этапе, в частности формирование и развитие отдельных составляющих социального интеллекта.

Болезнь является одним из наиболее частых и драматических событий человеческой жизни. Р.П. Колтунова пишет, что больной – это человек, в котором объединены в сложном единстве и взаимообусловленности его организм и личность. Эта связь заключается в том, что личность претерпевает изменения под влиянием болезни.

Любая болезнь, особенно хронически текущая, оказывает существенное влияние на многие стороны жизни больного, нарушая его личностные планы, делая невозможными достижение определенных целей, нарушая внутрисемейные отношения. Дезорганизация социальной жизни пациента, вызываемая болезнью, иногда более остро переживается им, чем нарушения функционирования организма. Болезнь сужает пространство возможной активности человека, создает дефицитарные условия для развития его личности, может даже спровоцировать кризис психологического развития человека.

Соматическое заболевание (в особенности, с тяжелым хроническим течением) качественно изменяет всю социальную ситуацию развития человека: изменяет уровень его психических возможностей, ведет к ограничению контактов с людьми, т.е. оно меняет объективное место, занимаемое человеком в жизни, а также его «внутреннюю позицию» по отношению к самому себе и жизни в целом.

Болезнь разрушает или дестабилизирует уже сложившуюся систему смыслов, ценностей, паттернов отношения к себе и поведения в целом. Эти все черты свойственны такому психологическому явлению, как кризис, но кризис не связанный с какими-либо возрастными периодами, а с образовавшейся «социальной ситуацией развития». Если обратиться к теории Э. Эриксона, мы можем обозначить данное явление как кризис идентичности. Это связано с тем, что обретение идентичности – это та задача, которую человек решает на протяжении всей жизни, и это явление не обязательно связано с каким-либо определенным периодом жизни, исключая подростковый возраст.

Вилюнас считает, что системообразующая категория концепции кризиса – категория индивидуальной жизни, понимаемой как жизненный путь личности. Когда критические события нарушают важнейшие жизненные отношения человека, и он оказывается бессильным, возникает кризис.

Кризис идентичности в ситуации соматического заболевания возникает по схеме взаимонарушенной обратной связи, когда внутри устойчивого временного и смыслового поля рождается хаос, сомнения, разочарования, а за ними и разотождествлённость, нарушение целостности личности.

Ф.Е. Василюк, анализируя механизмы преодоления критических ситуаций, рассматривал переживание как особую форму деятельности, направленную на восстановление нарушенной идентичности, утраченной осмысленности существования.

В ситуации тяжелого заболевания, понимаемой нами как критической, значимую роль играют процессы переживания смысла болезни (настоящего момента), эмоциональные реакции и контекст ситуации.

В своем исследовании мы предприняли попытку изучить особенности смысла наличной ситуации как критической и соотнести с событийным контекстом жизни и рядом индивидуально-психологических особенностей у людей, страдающих хроническими кардиологическими заболеваниями. Мы предполагаем, что ситуация болезни является личностно-значимой, а следовательно, провоцирует активную внутреннюю деятельность у больного человека, запускает процессы рефлексии и переосмысления ситуации болезни в частности и своей жизни в целом. Эти процессы связаны с локализацией локуса контроля личности и отражаются в эмоциональных реакциях.

В нашем исследовании приняли участие 61 человек, находящихся на стационарном лечении в городской больнице №3 г. Курска по поводу хронического заболевания сердечно-сосудистой системы, средний возраст которых составил 42 г. В выборку вошли 26 женщин и 35 мужчин.

Для изучения социального контекста событий, которые могли способствовать развитию кризиса на фоне хронической кардиологической патологии, мы использовали шкалу Холмса – Раге, для оценки осмысленности жизни – тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева. Структура жизненного пути была исследована с помощью процедуры «Линия жизни». Рефлексивность оценивалась посредством метода «Уровень рефлексивности» А.В. Карпова, локализация локуса контроля личности измерялась методикой «Локус контроля» Е.Г. Ксенофонтовой, а особенности эмоционального состояния оценивались посредством восьмицветового теста М. Люшера в адаптации Л.Н. Собчик.

Для анализа полученных данных использовался статистический пакет STATISTICA 6.0., корреляционный анализ R – Спирмена. На основании полученных результатов были сделаны следующие выводы.

Чем лучше человек переживает свой настоящий момент, тем он менее контролирует, несет ответственность за свое здоровье. Т.е. мы можем проинтерпретировать данное положение тем, что люди, фиксирующиеся на состоянии своего здоровья, пытающиеся его контролировать, более негативно переживают само состояние болезни.

Ситуация кризиса связана с контекстом общей ситуации жизни, шансы на развитие кризиса увеличиваются при более высоких значениях социального стресса за последний год.

Фактор реакции на ситуацию отражает собственно специфику потенциально критической жизненной ситуации, и показывает нам роль контекста (социальные стрессоры) в переживании ситуации, эмоциональные аспекты переживания ситуации и важность процессов рефлексии в формировании реакции на ситуацию.

В ситуации кризиса происходит фиксация на своем болезненном состоянии.

Формируется комплекс реакций и механизмов (рефлексивных процессов и эмоциональных реакций) которые направлены на переосмысление ситуации с целью «пережить» ситуацию, разрешить ее, а личности обрести новую идентичность.

**Заключение**

Таким образом, сам факт болезни, ряд личностных особенностей и жизненная ситуация есть совокупность факторов, включенных в формирование кризиса в ситуации болезни. Достаточное развитие учебно-познавательных и социальных мотивов в сочетании с оценочными мотивами оказывает положительное влияние на психологическую адаптацию к школе. Преобладание игрового мотива, перенесенного в неадекватную ему сферу учебной деятельности, оказывает отрицательное влияние на успешность усвоения знаний о школе. На занятиях большое внимание уделяется сохранению тесной взаимосвязи знания, чувства, поведения в раскрытии и осмыслении решаемых проблем. То, что познается детьми, проводиться через эмоциональную сферу, чтобы ребенок мог почувствовать другого человека, его проблемы, откликнуться на его состояние, обогащая этим свою личность. Анализ результатов формирующего эксперимента показал, что почти у всех дошкольников с нарушениями слуха уровень социальной зрелости повысился.

**Список литературы**

1. Астапов В.М. Особенности адаптации ребенка к школе // Психическое здоровье учащихся и осуществление индивидуального подхода к ним: Методические рекомендации. – М., 2009.
2. Гуткина Н.И. Поступление ребенка в школу // Практическая психология образования / Под ред. И.В. Дубровиной. – М: Сфера, 2007.
3. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. – М.: Педагогика, 2001.
4. Солнцева, Л.И. Тифлопсихология детства. – М.: Полиграф сервис, 2008.
5. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М., 2004.
6. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал 2008.
7. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М., 2008.
8. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: 2007.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 2007.
10. Соколова Е.Г., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях, М.: 2006.
11. Тхостов А.Ш. Психология телесности М.: 2008.