

ВКЛЮЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ФИЗКУЛЬТУРНО-МАССОВУЮ РАБОТУ ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

А.Ю. Филиппов

*Национальный государственный университет физической культуры,
спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург*

А.И. Бураншеева, С.О. Филиппова, А.Е. Митин

*Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург*

Процесс социализации - это процесс взаимодействия личности и общества. Но для людей, имеющих отклонения в физическом и интеллектуальном развитии этот процесс имеет свои особенности. Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении.

Для общества характерна оценка людей по их внешнему виду. Часто люди, так или иначе, отличающиеся от других, вызывают настороженное отношение. Поэтому стереотипы и предрассудки в восприятии людьми внешнего образа других людей часто препятствуют нормальной социализации детей-инвалидов.

С 3-х лет детский коллектив становится важнейшим фактором социализации ребенка. Если ребенок, вследствие своего дефекта, не может войти по-настоящему в детский коллектив, у него рождается неуверен-

ность в себе, тревоги, чувство неполноценности. Появляется угроза нормальному развитию личности, сознанию собственного «Я», своей общественной значимости. В процессе социального взаимодействия у человека формируется Я-концепция как неизбежный и всегда уникальный результат психического развития, как относительно устойчивое и в то же время подверженное внутренним изменениям и колебаниям психическое образование.

Как отмечают Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая [1], Я-концепция не только формируется под определяющим влиянием социального взаимодействия, но и исключительно в нем проявляется и реализуется: социальные взаимодействия определяют представления человека о себе, а сложившаяся в итоге Я-концепция обуславливает характер его дальнейших взаимодействий со своим социальным окружением.

Известно, что в Я-концепции выделяются описательная и оценочная составляющие, что позволяет рассматривать ее как совокупность установок, направленных на себя. В составе установки обычно выделяют три главных элемента: 1) убеждение, или когнитивная составляющая установки; 2) эмоциональное отношение к этому убеждению, или оценочная составляющая; 3) соответствующая реакция, которая может выражаться в поведении, или поведенческая составляющая.

Каждая из самоустановок может быть рассмотрена в четырех основных аспектах: физическое Я, социальное Я, умственное Я, эмоциональное Я. Таким образом физическое Я является неотъемлемой частью Я-концепции. Физическое Я – это совокупность всех представлений человека о собственном теле, сопряженных с эмоциональной оценкой и поведенческим рисунком.

Связью между телесным образом Я и самооценкой занимался А. Адлер. В частности, он утверждал, что некоторые типы человеческого по-

ведения представляют собой попытку компенсации истинной или воображаемой ущербности тела. А. Адлер непосредственно поставил вопрос о существовании тесной связи между физическим Я человека и его социальным поведением: не просто наличие телесного дефекта, а, прежде всего, его восприятие как такового (т.е. телесный образ Я), оказывает определяющее влияние на формирование личности и в большинстве случаев ведет к развитию стремления к превосходству над другими людьми. Однако позднее он существенно трансформировал свою теорию, заменив реальную неполноценность органа чувством социальной неполноценности [4].

Человеку свойственна потребность в эмоционально-доверительных отношениях и боязнь отвержения. В этой связи, представление ребенка-инвалида о своем физическом облике и его оценка непосредственно связаны с его ожиданиями и прогнозами относительно реакций на себя других людей.

Как отмечает Р. Бернс, огромная роль в формировании у ребенка позитивного отношения к своему физическому Я принадлежит родителям. Основы самооценки закладываются в раннем детстве, и главным фактором при этом выступает характер детско-родительских отношений. Так, неприязнь, отдаленность, неуважение переходят в дефект самоотношения вплоть до неприязни к себе – своим чертам, физическому облику. В итоге самооценка внешности оказывается практически не связанной с объективными физическими данными ребенка, а зависит от позитивного или негативного отношения со стороны родителей и ближайшего окружения [2].

Одним из путей решения проблемы реализации потребности ребенка-инвалида быть признанным группой сверстников является расширение доступа к различным мероприятиям во взаимодействии со здоровыми детьми, в первую очередь, к культурно-массовым и физкультурно-оздоровительным. Дети, в этом случае, получают возможность расшире-

ния социальных контактов. Однако совместная деятельность детей-инвалидов и здоровых детей может быть успешной в том случае, если здоровые дети будут готовы к такому взаимодействию. То есть у них должно быть сформировано толерантное отношение к сверстникам-инвалидам.

В этом случае, опыт успешных взаимодействий детей-инвалидов будет способствовать формированию у них стремления к общению с людьми, в первую очередь, со сверстниками.

Следует отметить, что сегодня еще продолжается обсуждение семантического и прикладного значения слов «интеграция» и «инклюзия». Многие исследователи считают эти понятия синонимами. По нашему мнению, наиболее точно в своем выступлении разделила эти понятия О. Борущкая [5], акцентировав внимание на том, что «интеграция – это приспособление ребенка к среде, а инклюзия – это приспособление среды к ребенку».

Таким образом, можно выделить главное в явлении, обозначаемом «инклюзия»: включение людей с ограниченными возможностями в состоянии здоровья в общество на их собственных условиях, а не на условиях приспособления к правилам мира здоровых людей. Именно поэтому инклюзия должна рассматриваться как основной принцип организации занятий по физической культуре с детьми-инвалидами.

В то же время, необходимо отметить, что организация инклюзивного физического воспитания несет в себе определенные трудности: разработки программно-нормативных документов, изменения образовательного процесса и физкультурно-образовательной среды. То есть проблема барьерной среды в случае занятий физическими упражнениями приобретает еще большее значение и выражается в определенных особенностях, связанных со специальным оборудованием мест занятий. Изменение содержания образовательного процесса, требует не только выбора учебного материала в соответствии с интересами и возможностями всех детей, обучающихся в

одной группе, но и определения системы оценивания их успехов в двигательной деятельности.

Кроме этого, повышается психологическое напряжение специалиста по физической культуре, так как в значительной степени усложняются выполнения требования обеспечения безопасности занятий физическими упражнениями для всех участников образовательного процесса, так как педагогу необходимо больше внимания уделять детям-инвалидам. Хочется акцентировать внимание, и на том, что от специалиста по физической культуре при организации инклюзивного физического воспитания требуется компетентность во многих областях адаптивной физической культуры, в зависимости от заболевания детей.

Все вышесказанное дает основание предполагать, что наиболее доступными в рамках инклюзии являются рекреационные виды занятий физическими упражнениями. В наших предыдущих исследованиях было определено, что включение детей-инвалидов в совместную со здоровыми детьми физкультурно-рекреационную деятельность целесообразно определить термином *инклюзивная физическая рекреация*. Инклюзивная физическая рекреация - это социально-значимая деятельность, направленная на формирование толерантности во взаимоотношениях здоровых и инвалидов и расширения их социальных контактов при занятиях физическими упражнениями с целью активного отдыха [3].

Наши исследования показали, что такая деятельность способствует проявлению творчества в общении, независимо от того, это дети без нарушений в развитии или дети с ограниченными возможностями здоровья. Дети-инвалиды приобретают большую социальную компетентность, а у «условно здоровых» детей формируется «внутреннее» принятие по отношению к ним. В рекреационной деятельности наиболее ярко проявляются такие компоненты структуры личности человека, как социальная оценка и

самооценка, а совместно выполняемая деятельность позитивно влияет на взаимоотношения, учит уважать другого человека, принимать его таким, какой он есть.

Инклюзивную физическую рекреацию можно рассматривать как одно из направлений мейнстриминга. Мейнстриминг (*mainstreaming* - проникновение) предполагает, что дети-инвалиды общаются со сверстниками на праздниках, в различных досуговых программах, прежде всего для того, чтобы **расширить возможности социальных контактов**, а не для достижения физкультурно-оздоровительных или образовательных целей.

Литература

1. *Белинская, Е.П.* Социальная психология личности: учеб. пособие / Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 301 с.
2. *Бернс, Р.* Развитие Я-концепции и воспитания / Р. Бернс; Пер. с англ. - М.: Прогресс. – 1986. – 422 с.
3. Инклюзивная физическая рекреация в формировании толерантности здоровых школьников к сверстникам-инвалидам / В.П. Соломин, С.О. Филиппова, Е.А. Митин, А.Е. Митин, Т.В. Соловьева // Современные проблемы физической культуры и спорта: матер. междун. науч.-прак. конфер. –СПбНИИФК, 2008.- Т. 1. - С. 214-217.
4. *Мосак, Г.* Адлерианская психотерапия // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2000. - № 4. - С. 61-69.
5. Право на жизнь в обществе: механизмы образовательной интеграции детей-инвалидов: пресс-релиз конференции // Центр социальной политики и гендерных исследований, 2007. – Режим доступа: http://www.socpolicy.ru/activity/projects/2007/title_proj_inclus/calendar/press-realise_konf_pravo_na_jizn/ (дата обращения: 28.11.2015).