

Г. А. Глотова,  
Е. С. Набойченко

### СПЕЦИФИКА ПОТРЕБНОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Рассматриваются потребности развития детей с врожденными анатомо-физиологическими дефектами. Анализируются особенности внутреннего мира матерей, имеющих детей с аномалиями развития, их психические состояния и используемые копинг-стратегии.

Изучение врожденных расщелин верхней губы и неба (ВРГиН) прошло три характерных для медицины в целом этапа, выразившихся, во-первых, в доминировании нозоцентрической направленности, когда врача интересовал только сам дефект, во-вторых, в доминировании антропоцентрической направленности с ее «ориентацией на больного, на его личность, на его судьбу и целую историю», а в-третьих, в оформлении социоцентрической ориентации, где больной рассматривается как включенный в социум, в его интерперсональных отношениях [см.: 5, 198–199]. Социоцентрическая ориентация требует рассматривать ребенка с ВРГиН в его взаимосвязях с людьми, близкими и дальними, наполняющими собой формирующееся пространство, в котором реализуются процессы его развития.

При изучении процессов развития ребенка с ВРГиН важное значение имеет анализ понятия н о р м ы (нормы анатомо-физиологического развития, нормы психического развития), поскольку что-то может рассматриваться как дефект, как нарушение, отклонение, аномалия только при наличии представлений о том, что такое норма. Б. С. Братусь показал, что существует множество подходов к определению нормы, которая может рассматриваться и как статистическая, усредненная, и как идеал, определяться через перечисление ее позитивных показателей и через указание на отсутствие определенных дефектов и т. д. [см.: 1].

Мы полагаем, что, говоря об анатомо-физиологической организации человека, надо различать всеобщечеловеческую (безусловную) норму и норму конкретно-историческую (условную), т. е. такие варианты анатомо-физиологической организации, которые начинают выступать в качестве нормы при наличии определенных условий и факторов. Специфика всеобщечеловеческой нормальной анатомо-физиологической организации такова, что на ее основе, без какого бы то ни было медицинского вмешательства, при наличии благоприятных социальных условий могут быть сформированы любые человеческие таланты и способности [см.: 3]. Именно наличие людей с такой всеобщечеловеческой нормальной анатомо-физиологической организацией, представленной множеством различных вариантов, по-

---

ГЛОТОВА Галина Анатольевна — доктор психологических наук, профессор, декан факультета психологии Уральского государственного университета им. А. М. Горького» (E-mail: Galina.Glotova@usu.ru).

НАБОЙЧЕНКО Евгения Сергеевна — кандидат педагогических наук, доцент, психолог НПЦ «БОНУМ».

© Глотова Г. А., Набойченко Е. С., 2008

зволило человечеству выжить и выйти победителем из схватки с агрессивной неорганической природой, растительным и животным миром. Наличие таких вариантов анатомо-физиологической организации, которые способствуют выживанию и расширенному воспроизводству всего человечества, объективно превращает их в эталон, закрепляет в культуре в виде коллективных представлений об анатомо-физиологической норме. Подобные представления о норме — это не социальный миф, а отражение реальности, обеспечивающей человечеству выживание, благодаря доминированию в социуме людей, относящихся к тем или иным вариантам безусловной всеобщечеловеческой нормы анатомо-физиологической организации. Однако надо учесть, что человечество усиливает возможности своей анатомо-физиологической организации с помощью автомобилей и самолетов, микроскопов и телескопов, очков и контактных линз и т. д., т. е. о «силе» природы человека можно судить только «по силе всего общества» [6, 146]. Поэтому в ходе развития общества границы нормы начинают расширяться, ряд вариантов анатомо-физиологической организации, ранее представлявших собой патологию, теперь может перейти в разряд вариантов нормы, но, конечно, нормы конкретно-исторической, условной («нормы при условии»).

Поскольку любой вариант анатомо-физиологической *нормы* обеспечивает безграничные возможности для развития разнообразных человеческих качеств и способностей, постольку для любого варианта анатомо-физиологической *патологии* характерна потребность стать вариантом нормы, используя для этого всевозможные конкретно-исторические условия, факторы и средства, наличествующие в социуме, включая медицину как сферу социальной практики. Другими словами, у человека (ребенка, взрослого) с аномальной анатомо-физиологической организацией есть особая потребность — потребность трансформировать ее с помощью медицины в нормальную. Спрос на подобного рода медицинские услуги по переводу аномальной анатомо-физиологической организации в разряд вариантов нормы стимулирует развитие всех отраслей медицины, включая те, что относятся к «медицине детства» (начиная с вынашивания плода и кончая совершеннолетием ребенка).

Потребность ребенка с аномалией иметь нормальную анатомо-физиологическую организацию (как обеспечивающую наиболее благоприятные условия для развития и включения в социум) получает свою представленность во внутреннем мире его родителей как потребность иметь ребенка с нормальной анатомо-физиологической организацией, что побуждает их предпринимать значительные усилия для достижения данной цели. Потребность иметь нормальную анатомо-физиологическую организацию есть и у ребенка, и у его родителей, что совершенно очевидно, когда речь идет, например, о врожденных пороках сердца и иных соматических нарушениях, которые медики стараются устранить как можно раньше. Сюда же относится все, что касается коррекции нарушений зрения, причем потребность иметь нормальную анатомо-физиологическую организацию имеется у людей во все периоды жизни, поэтому они покупают очки или контактные линзы, соглашались на дорогостоящие операции и т. д.

Таким образом, у людей есть специфическая потребность, которая породила медицину как сферу социальной практики и обуславливает ее (медицины) прогрессивное развитие — это потребность иметь в каждом из возрастов нормальную

анатомо-физиологическую организацию, т. е. организацию, обеспечивающую принципиальную возможность достижения конкретно-исторического максимума в развитии различных качеств и способностей.

Рождение ребенка с аномалией — это двойной удар по потребностям родителей, особенно матери, поскольку, во-первых, ее анатомо-физиологическая организация оказалась не относящейся к анатомо-физиологической норме, она оказалась носителем дефектной генетической программы, о чем и не подозревала, или она не смогла нормально выносить плод, значит, у нее есть какие-то нарушения (т. е. потребность самой матери иметь анатомо-физиологическую организацию, относящуюся если не к всеобщечеловеческой, то хотя бы к конкретно-исторической норме, оказывается трагическим образом фрустрированной, что порождает чувства вины перед ребенком и обиды на судьбу); во-вторых, представленная во внутреннем мире матери потребность ребенка иметь нормальную анатомо-физиологическую организацию (хотя сам он об этой потребности еще даже и не подозревает) тоже является фрустрированной.

Мать, родив ребенка с явными отклонениями в анатомо-физиологической организации, испытывает в связи с этим тяжелые переживания, для анализа которых воспользуемся представлениями Ф. Е. Василюка [см.: 2] о четырех типах жизненных миров личности, которые условно обозначим как инфантильный, реалистический, нравственный (пассивный) и творческий (ответственный) типы [см.: 4]. Эти четыре типа жизненных миров могут быть представлены у конкретного человека в той или иной пропорции, образуя инфантильную, реалистическую, нравственную и творческую части личности.

В ситуации рождения ребенка с ВРГиН *инфантильная* часть личности матери реагирует на невозможность иметь ребенка с нормальной анатомо-физиологической организацией возникновением *стрессового* состояния, приводящего к дезорганизации жизнедеятельности различных ее органов и систем. *Реалистическая* часть личности матери, которой не удалось достигнуть цели рождения нормального, здорового ребенка, испытывает в психологическом плане тяжелые страдания типа *фрустрации*. В проведенном Е. С. Набойченко анкетировании 172 семей, имеющих детей с ВРГиН [см.: 7], 22 % респондентов указали на нервное напряжение и срывы, что явно указывает на наличие у них состояния стресса и фрустрации. *Нравственно* ориентированная часть личности матери переживает тяжелый *внутриличностный конфликт*, связанный с тем, что ей изначально не удалось удовлетворить базовую потребность своего ребенка в нормальной анатомо-физиологической организации (возможно, он когда-либо упрекнет ее в этом), что порождает мучительное чувство вины перед ребенком, стыда за свою репродуктивную несостоятельность и т. д. В вышеупомянутом анкетировании отметили у себя наличие чувства вины 12 % респондентов, имеющих детей с ВРГиН. Наконец, *творчески* ориентированная часть личности матери испытывает тяжелый *внутриличностный кризис*, связанный с крушением возможных планов о собственной карьере, профессиональном и социальном успехе, надежд на профессиональный и социальный успех своих детей и внуков. Анкетирование показало, что 30 % респондентов, имеющих детей с ВРГиН, не удовлетворены своей работой, а 11 % потеряли работу,

У каждой матери в ситуации невозможности иметь здорового, нормального ребенка в той или иной мере представлены все четыре типа страданий (стресс,

фрустрация, внутриличностный конфликт и внутриличностный кризис), но какие-то (или какие-то) варианты страданий представлены в большей степени, какие-то в меньшей. В зависимости от того, как в целостном жизненном мире личности матери представлен каждый из четырех типов жизненных миров, возникает целый спектр вариантов проявления страданий матери в связи с рождением ребенка, имеющего серьезные нарушения анатомо-физиологической организации. Для одних самым травматичным окажется ощущение вины перед ребенком, для других — утрата надежд на профессиональный и личный успех, для третьих — ощущение собственной неполноценности, анатомо-физиологической ущербности, а для четвертых — неспособность справиться со своей «пошедшей вразнос» телесностью.

Отметим, что аналогичные страдания в данной ситуации выпадают и на долю отцов, причем, возможно, даже в усиленном варианте, поскольку у мужчин есть (и это хорошо показал в свое время еще З. Фрейд) потребность не просто находиться в границах анатомо-физиологической и социальной нормы, но и относиться к лучшим вариантам этой нормы, к ее наиболее полноценным, привилегированным, успешным во всех сферах, в том числе и в репродуктивной, представителям. В этом смысле ситуация складывается так, что в силу исторических причин формирования гендерных различий, обуславливающих мужчинам более привилегированное положение в обществе, для большинства женщин потребностью является находиться в границах анатомо-физиологической нормы (и для себя, и для ребенка), а для большинства мужчин потребностью является находиться не просто в границах анатомо-физиологической нормы, а именно среди лучших вариантов этой нормы, лучших ее представителей (и для себя, и для ребенка).

Ситуация с отцами осложняется еще и тем, что у матери в период беременности возникает более выраженная привязанность к ребенку, чем у отца, который наблюдает за процессом вынашивания ребенка лишь со стороны. В рассматриваемом смысле психологическая ситуация для матери оказывается более благоприятной, чем для отца, в силу их исходных базовых установок, а именно: позитивной установки на любой вариант нормы у матери, и на лучшие варианты нормы — у отца. В силу этого ситуация рождения ребенка с нарушениями в анатомо-физиологической организации, если медики, как в случае с ВРГиН, говорят, что такие нарушения постепенно могут быть с помощью серии медицинских вмешательств устранены, для матери становится не столь безнадежной, как для отца. В этом смысле отношение матери к ребенку носит более безоценочный характер, чем у отца. Мать вполне способен вдохновить такой вариант развития событий, при котором у ребенка произойдут значительные изменения к лучшему, хотя он при этом и не войдет в границы анатомо-физиологической нормы, если же есть шанс войти в границы нормы — пусть даже в лице ее наименее продуктивных, ослабленных вариантов, — это может способствовать тому, что мать удесятрит свои усилия в борьбе за ребенка и его будущее. У отца чаще всего психологическая ситуация иная, и подобные вышеназванным перспективы для него совсем и не перспективы, а полная безнадежность, поскольку ребенок явно никогда не станет лучшим представителем анатомо-физиологической нормы, а всегда будет, даже при самом благоприятном исходе медицинских и иных вмешательств, плестись где-то в ее хвосте. Для молодого амбициозного мужчины это может стать психологически непереносимым, что нередко и побуждает его для восстановления душев-

ного равновесия оставить семью. Это, в свою очередь, сильно осложняет ситуацию, в которой предстоит развиваться ребенку с ВРГиН, ухудшая и без того незавидное положение его матери и лишая ребенка значительной части перспектив в развитии.

Таким образом, есть две потребности: а) потребность «быть, как все», которая содержит в себе жесткий императив «не быть худшим»; б) потребность быть «лучше других», что предполагает не только не быть худшим, но и «не быть, как все». Разумеется, здесь описаны лишь наиболее типичные сценарии развития событий. В реальной жизни все может оказаться значительно сложнее, особенно в наше непростое время, связанное с утратой прежней четкости гендерных ролей. И тогда мы можем столкнуться с ситуацией, когда сама мать отказывается от ребенка, когда ближайшие родственники мужа подталкивают его к тому, чтобы он бросил семью, хотя он сам этого бы не сделал, и т. д.

К счастью, по данным анкетирования только в 3 % семей, имеющих ребенка с ВРГиН, отмечены конфликты, а 2 % браков распались. Напротив, 19 % опрошенных ответили, что лечение сплотило и укрепило их семью, хотя степень участия отцов в воспитании детей с ВРГиН, исключая вопросы дисциплинирования ребенка, весьма невелика и колеблется от 8,5 % — помощь ребенку в приготовлении уроков до 1,9 % — уход за больным ребенком.

Эмпирические данные подтверждают наличие у родителей, имеющих детей с ВРГиН, эмоционального неблагополучия на этапах проведения хирургических операций по устранению ВРГиН. Показатель вытеснения основных цветов на позиции неприятия в тесте М. Люшера достоверно отличался на всех этапах оперативного лечения от аналогичного показателя в группе родителей, имеющих детей без ВРГиН. Эмоциональное неблагополучие сохраняется и после хирургического устранения видимого дефекта.

Поскольку страдания родителей разворачиваются на четырех уровнях, соответствующих четырем типам жизненных миров личности по Ф. Е. Василюку, то преодоление этих страданий, осуществляемое человеком самостоятельно или с помощью специалистов (психологов, медиков, педагогов, социальных работников и др.) может осуществляться (и реально осуществляется, если ребенок долгие годы живет в семье) посредством четырех типов деятельности переживания: инфантильного переживания, реалистического, ценностного и творческого.

*Инфантильное переживание*, позволяющее предотвратить переход стрессового состояния в хроническую форму, реализуется в виде иллюзорно-конструктивной деятельности, которая может быть представлена использованием родителями психологических защит (например, «отрицание» самого факта наличия у ребенка серьезного нарушения, «рационализация» причин возникновения нарушения и др.); уходом в мир фантазий и грез, где ребенок представляется уже выросшим, здоровым и успешным; а также злокачественным вариантом иллюзорно-конструктивной деятельности, который связан с использованием алкоголя, наркотиков, токсических веществ для вызывания ярких и поначалу позитивно окрашенных образов и переживаний. Это в той или иной мере способствует ослаблению или даже снятию стрессового состояния, обусловленного рождением ребенка с неблагоприятными анатомо-физиологическими особенностями.

*Реалистическое переживание* предполагает активные действия для снятия фрустрации, обусловленной тем, что цель иметь ребенка с нормальной анатомо-физи-

ологической организацией не достигнута. Реалистическое переживание, использующее реалистическое отражение ситуации, терпение и волю, в зависимости от конкретных условий может принимать различные формы. Во-первых, можно пустить все «на самотек», не вмешиваться в ситуацию и ничего не предпринимать, если реалистическое отражение ситуации обнаруживает, например, в ней выгоду (получение пенсии на ребенка-инвалида может стимулировать к тому, чтобы не лишиться этой пенсии в случае, если самочувствие ребенка улучшится, а значит, нужно игнорировать разнообразные требования и рекомендации, даваемые медиками или психологами). Во-вторых, можно заменить объект потребности суррогатом (перестать ориентироваться на анатомо-физиологическую норму и вместо этого удовлетвориться тем, что есть, стараясь найти в этом какие-то плюсы, что может быть весьма эффективным, если анатомо-физиологические нарушения у ребенка очень серьезные и современной медицине не под силу что-то существенно изменить; тогда и появляются высказывания матерей, что «я его для себя родила», «я счастливая мать, потому что он всегда будет рядом со мной» и т. д.). В-третьих, можно в разных формах осуществить смену вида деятельности, например, родить другого ребенка, который будет здоровым, и отдавать ему все силы и время, а больным ребенком заниматься лишь постольку, поскольку, или переключиться на профессиональную карьеру и др. В-четвертых, может иметь место нарушение общепринятых норм, включая и нормы уголовного законодательства (например, за взятку обеспечить ребенку более благоприятные условия для получения того или иного вида помощи, преградив тем самым путь более нуждающимся, но менее обеспеченным детям и их родителям). В-пятых, как наиболее благоприятный вариант может осуществляться компенсация недостающих способностей (своих и ребенка), связанная с получением дополнительных знаний о данном нарушении, освоением методик и техник оказания ребенку помощи и поддержки, развития тех особенностей психики и личности ребенка, которые являются более сохранными, и т. д.

*Ценностное переживание*, позволяющее справиться с внутриличностным конфликтом, представляет собой осуществление особой духовной деятельности, направленной на иерархизацию родителями (матерью, отцом) своей ценностной системы таким образом, что потребности, ценности другого человека — их ребенка — становятся самыми глубинными ценностями, а их собственные эгоцентрические ценности превращаются в поверхностные ценности, от которых они легко способны отказаться. Такая иерархически упорядоченная ценностная система, сложившись, начинает действовать автоматически, обеспечивая в любых ситуациях выбор в пользу более глубоко лежащей ценности, представленной в данном случае интересами больного ребенка. Жизнь родителей становится служением больному ребенку, ощущается как высоконравственное деяние, как ниспосланное Богом испытание, которое надо выдержать.

*Творческое переживание* внутриличностного кризиса, обусловленного ситуацией рождения и воспитания больного ребенка, предполагает, с одной стороны, использование механизмов реалистического отражения, терпения и воли, которые использовались и при реалистическом переживании подобной ситуации, а с другой стороны, построение такой иерархически организованной системы ценностей, где интересы ребенка занимают положение глубинных ценностей, причем интере-

сы не только своего больного ребенка, но и других больных детей, имеющих такие же или иные нарушения развития, что сопровождается взятием на себя ответственности за жизнь и развитие как своего больного ребенка, так и многих других детей. В этом случае, чтобы пережить свою собственную трагедию, мать или отец начинают проявлять активность, направленную на создание ассоциаций по оказанию помощи родителям, имеющим больных детей, собирают пожертвования, стимулируют проведение научных исследований по соответствующей проблеме, пишут статьи и книги, организуют конференции и симпозиумы, т. е. ведут активную творческую жизнь, становясь самоактуализирующимися личностями и подавая позитивный пример своему больному ребенку. Эти люди вносят, тем самым, свой посильный вклад не только в развитие своего ребенка, но и в развитие различных сфер здравоохранения, образования, науки и т. д., способствуя постепенному переходу данного варианта конкретно-исторической патологии в разряд особенных конкретно-исторических вариантов нормы.

Можно предположить, что реалистическое переживание в форме компенсации недостающих способностей может приводить к авторитарной гиперсоциализации, а ценностное переживание — к симбиотической связи между родителем и ребенком с ВРГиН. В исследовании Е. С. Набойченко, проведенном с использованием «Опросника родительского отношения», были выявлены статистически достоверные различия между семьями, имеющими и не имеющими детей с ВРГиН: в семьях, имеющих детей с ВРГиН, показатели авторитарной гиперсоциализации ( $p \leq 0,05$ ) и симбиотической связи ( $p \leq 0,01$ ) достоверно выше.

Таким образом, можно попытаться ответить на вопрос: какие особые потребности развития есть у ребенка с измененной по отношению к норме анатомо-физиологической организацией. Прежде всего, это потребность иметь нормальную анатомо-физиологическую организацию. Средством если не полного удовлетворения этой потребности, то хотя бы определенного приближения к такому удовлетворению для все новых и новых поколений носителей данной анатомо-физиологической организации является развитие медицинской науки и практики. От здорового ребенка больной ребенок отличается тем, что у здорового ребенка потребность иметь нормальную анатомо-физиологическую организацию изначально удовлетворена. Отметим, что если первоначально ребенок не осознает своей потребности иметь нормальную анатомо-физиологическую организацию и эту потребность осознают за него его родители, то в 5–7-летнем возрасте он уже ощущает, даже после оперативного лечения, некоторую неудовлетворенность этой потребности, что отражается в форме его эмоционального неблагополучия. Использование теста «Кинетический рисунок семьи» позволило Е. С. Набойченко выявить достоверные отличия детей 5–7 лет с ВРГиН от их сверстников, не имеющих такой анатомической особенности, по следующим индикаторам неблагополучия: наличие беспокойства у детей об отношении к ним взрослых, эмоциональное напряжение и дистанция, дискомфорт, наличие враждебности по отношению к взрослым. У детей с ВРГиН младшего школьного возраста выявлены достоверно более высокие показатели депрессии, тревожности по отношению к взрослым, по отношению к детям, эмоциональной напряженности. Подростки с ВРГиН достоверно отличаются сниженным настроением, личностной дезадаптацией, калечностью, ощущением неполноценности.

У ребенка с измененной анатомо-физиологической организацией есть еще одна потребность — в психологическом благополучии его родителей, т. е. в том, чтобы его родители сумели успешно осуществить (самостоятельно или с помощью специалистов, в том числе психологов) деятельность по переживанию этой трудной для них ситуации, сумели справиться со своими тяжелыми отрицательными состояниями, будь то состояние стресса, фрустрации, внутриличностного конфликта или внутриличностного кризиса в краткосрочной перспективе в рамках своего доминирующего типа жизненного мира (инфантильного, реалистического, нравственного или творческого). У здорового ребенка потребность в психологическом благополучии его родителей (в аспекте восприятия ими его анатомо-физиологической организации как нормальной) также изначально удовлетворена

Еще у ребенка с измененной анатомо-физиологической организацией имеется потребность в том, чтобы в более долгосрочной перспективе соотношение типов жизненных миров в общей картине целостного жизненного мира его родителей изменялось и совершенствовалось в сторону доминирования творческого (ответственного) типа жизненного мира, поскольку при таком условии в развитии ребенка с измененной анатомо-физиологической организацией может быть достигнут наибольший для соответствующего исторического периода прогресс. Отметим, что эта потребность есть и у здорового ребенка, поскольку именно аутентичные, подлинно самоактуализирующиеся (А. Маслоу) родители способны помочь своему здоровому ребенку развить качества и способности до конкретно-исторического максимума в той сфере, склонность заниматься которой он проявит.

Овладение родителями стратегиями обеспечения собственного эмоционально-психологического благополучия как особыми копинг-стратегиями совладания с трудной жизненной ситуацией имеет значение для ребенка не только в плане того, что рядом с эмоционально благополучными родителями он будет чувствовать себя более психологически комфортно, но и потому, что он получит образы использования таких стратегий, которые ему пригодятся для включения в более широкий контекст социальных интеракций.

У ребенка с измененной анатомо-физиологической организацией есть еще и потребность в таких социальных условиях (в самом широком смысле, включая материальную обеспеченность, гарантии прав и свобод, в том числе свободы выбора места жительства и т. д.), которые позволили бы удовлетворить три вышеназванные потребности: первую — благодаря развитию и хорошему финансированию медицины и здравоохранения; вторую — благодаря качественной психологической службе; третью — благодаря как качественной психологической службе, так и иным социальным факторам, способствующим творческой самореализации родителей и самого ребенка с особыми потребностями развития.

- 
1. Братусь Б. С. Аномалии личности. М., 1988.
  2. Василюк Ф. Е. Психология переживания. М., 1984.
  3. Глотова Г. А. Методологические проблемы клинической психологии // Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / Под. ред. С. И. Блохиной, Г. А. Готовой. Екатеринбург, 2004.
  4. Глотова Г. А. Психологическая типология личности и проблема формирования гражданина // Социально-педагогические проблемы формирования гражданина. Свердловск, 1986.
  5. Конечный Р., Боухал М.. Психология в медицине. Прага, 1983.



6. Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд. Т 2.

7. Набойченко Е. С. Создание формирующего пространства как условие развития социальной компетентности детей с врожденной челюстно-лицевой патологией // Изв. Урал. гос. ун-та. Сер. 1. Проблемы образования, науки и культуры. 2004. № 3.

*Статья поступила в редакцию 19.04.2008 г.*

**О. В. Калинина,  
И. А. Алексеев**

### **МОДЕЛЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

Статья посвящена описанию результатов исследования по разработке теоретической модели системы коррекционно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. В основу модели положен историко-генетический подход, введены инновационные компоненты с учетом специфики региона. Проведен анализ современного состояния системы специального образования.

Позитивные изменения в социально-экономической, политической, правовой сферах, происшедшие в России в конце XX — начале XXI в., обусловили заметные положительные изменения в системе специального образования и сформировали общий гуманный фундамент современной специальной (коррекционной) педагогики [см.: 2].

Данный период характеризуется усилением центробежных процессов и регионализации социальной жизни, поэтому вопросы истории, теории и организации коррекционно-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии приобретают особую актуальность.

Современная оценка состояния специального образования, а также разработка новых моделей систем коррекционно-педагогической помощи невозможны без анализа развития данной сферы в регионах страны, одним из которых является Курганская область. Это обусловлено тем, что в решении вопросов воспитания, обучения и социальной адаптации детей с отклонениями в развитии далеко не последнюю роль играет специфичность территориальных условий, их природно-географические, культурологические, национальные и иные особенности.

Потребность современного общества и специальной педагогики в «...реформации с учетом новых социокультурных детерминант и логики развития отечественной дефектологической науки, часто опережающей в нашей стране организационное и законодательное оформление новых тенденций в развитии специального

---

КАЛИНИНА Ольга Валерьевна — кандидат психологических наук, проректор по заочному отделению Шадринского государственного педагогического института.

АЛЕКСЕЕВ Илья Александрович — ассистент кафедры психопатологии и логопедии Шадринского государственного педагогического института (E-mail: filologshgpi@mail.ru).

© Калинина О. В., Алексеев И. А., 2008