

Список литературы

1. *Бабанский, Ю. К.* Избранные педагогические труды / Ю. К. Бабанский; АПН СССР. – Москва: Педагогика, 1989. – 558 с.
2. *Выготский, Л. С.* Проблема возраста / Л. С. Выготский // Собрание сочинений: в 6 т.; Т. 4: Детская психология / Л. С. Выготский; под ред. Д. Б. Эльконина. – Москва: Педагогика, 1984. – 433 с.
3. *Эльконин, Д. Б.* К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д. Б. Эльконин // Вопросы психологии. – 1971. – № 4. – С. 6–21.
4. *Юсупов, В. Б.* Графическая наглядность как средство интенсификации учебного процесса в ССУЗ: специальность 13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования: диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Юсупов Валерий Белялович; науч. рук. Ю. С. Иванов; Институт педагогики и психологии профессионального образования РАО. – Казань, 2005. – 213 с.

УДК 37.02

МОНТЕССОРИ-ТЕРАПИЯ: РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ, КОГНИТИВНЫХ И РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ

MONTESSORI THERAPY: DEVELOPMENT OF SOCIAL COMPETENCES, COGNITIVE AND SPEECH FUNCTIONS

Александра Юрьевна Юсупова, Фаина Лазаревна Ратнер

Alexandra Yurievna Yusupova, Faina Lazarevna Ratner

Россия, Казань, казанский федеральный университет

Russia, Kazan, Kazan federal university

E-mail: alex.yusupova@mail.ru

Аннотация

Социализация личности, предполагающая развитие самостоятельности и коммуникативных способностей, является актуальной проблемой наших дней, о чем свидетельствует растущее число нарушений социального и тесно связанных с ним языкового и когнитивного развития. Одним из инструментов для решения данной проблемы стала Монтессори-терапия – построенный на принципах Монтессори-педагогики развивающий метод, нацеленный на поддержку самостоятельности и независимости ребенка, его умственного и физического развития. В настоящей работе описан наш опыт применения Монтессори-терапии в работе с детьми дошкольного возраста с целью компенсации таких нарушений в развитии, как дефицит внимания, поведенческие и речевые нарушения, трудности в обучении. Метод статистического наблюдения использовался для подтверждения эффективности применения Монтессори-терапии в современных реалиях. Перспективным видится изучение возможностей Монтессори-терапии в развитии социальных, речевых и когнитивных функций в подростковой и юношеской возрастной группе.

Ключевые слова: Монтессори-терапия, социальное развитие, самостоятельность, развитие речи, когнитивное развитие.

Abstract

The socialization of the individual, which involves the development of independence and communicative abilities, is an urgent problem of our time, as evidenced by the growing number of violations of social and closely related language and cognitive development. One of the tools for solving this problem was

Montessori therapy – a developmental method built on the principles of Montessori Education, aimed at supporting the independence and independence of the child, his mental and physical development. This paper describes our experience of using Montessori therapy in working with preschool children in order to compensate for such developmental disorders as attention deficit, behavioral and speech disorders, and learning difficulties. The method of statistical observation was used to confirm the effectiveness of Montessori therapy in modern realities. It seems promising to study the possibilities of Montessori therapy in development of social, speech and cognitive functions in the adolescent and youth age group.

Keywords: Montessori therapy, social development, independence, speech development, cognitive development.

Развивающая педагогическая Монтессори-терапия была разработана в Мюнхенском детском центре под руководством его создателя – профессора Теодора Хелльбрюгге [3]. Монтессори-терапия стала одним из терапевтических методов реализуемой с конца 1960-х годов концепции ранней диагностики, терапии и социальной интеграции детей с нарушениями в развитии. Разработка идей Монтессори-терапии связана с именем Лоры Андерлик – педагога Мюнхенского детского центра [1]. В 1990-е годы Монтессори-терапия получила научно-методический статус в системе профессиональной переподготовки [2].

Представленные ниже результаты и наблюдения были получены нами в процессе апробации подходов Монтессори-терапии в рамках междисциплинарного сотрудничества с медицинским неврологическим центром НЭО (Казань) в период с 2017 по 2021 годы. Созданный здесь кабинет индивидуальной Монтессори-терапии был оборудован подготовленной дидактической средой, где каждый ребенок мог двигаться по индивидуальной траектории развития. Дидактическая среда включала в себя специальные материалы, ориентированные на освоение навыков практической жизни, развития функции восприятия, языкового развития и математического мышления, формирования представлений об окружающем мире природы и культуры. Монтессори-материалы обладают привлекательным внешним видом и ведут ребенка через обогащение сенсорного опыта к пониманию существа предмета. Таким образом, как и говорилось выше, цель Монтессори-терапии – это развитие детской самостоятельности в рамках внутренне мотивированной созидательной деятельности. Только здоровый ребенок демонстрирует способность к подобной работе. Поэтому предпосылкой самостоятельности становится так называемая нормализация ребенка, то есть приведение в равновесие его природной тяги к познанию и его индивидуального физического, психического и социального инструментария, требующегося на пути развития.

Посетителями кабинета Монтессори-терапии являлись дети в возрасте от 3 до 6 лет. В большинстве случаев дети приходили на Монтессори-терапию по рекомендации неврологов, обнаруживая такие проблемы в развитии, как сенсорные и моторные нарушения, речевые нарушения, трудности в обучении. В подавляющем числе случаев этим нарушениям сопутствовал диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Важно заметить, что чем дольше ребенок страдает от СДВГ, тем более длительным оказывается период дефицита сенсорной, моторной и социальной информации, необходимой для нормального развития ребенка. Подобный

«информационный» голод способен привести к вторичным отставаниям в основных одноименных функциональных областях развития: дети демонстрируют признаки общей моторной неловкости, неумение держать ложку и карандаш, неразвитый графический навык и нежелание рисовать, искажения в зрительном восприятии размеров и форм, трудности в стереогностическом различении предметов, речепроизводстве, сравнении, обобщении и анализе. Перечисленные нарушения, безусловно, могут иметь и органическую природу. Однако дефицит внимания, вследствие которого ребенок оказывается не в состоянии сосредоточиться на одном предмете долго, также перекрывает ему путь к учению и познанию и, как следствие, провоцирует в ряде случаев проявление вторичных дефектов. Последние приводят к проблемам социализации.

Таким образом, основные цели работы Монтессори-терапевта с ребенком с СДВГ можно сформулировать следующим образом:

1. Поляризация внимания имеет первостепенное значение на первом этапе работы. Отсюда главная задача – не обучение письму или чтению, а развитие концентрации внимания посредством первичного погружения в подготовленную дидактическую среду. Нормализация функции внимания требует опоры на внутреннюю мотивацию и интересы ребенка, предоставления свободы выбора вида, места, продолжительности и повторов деятельности.

2. Социальное развитие включает в себя развитие способности к установлению положительных контактов с окружающими. Как правило, дети с выраженной гиперактивностью испытывают значительные затруднения в общении со сверстниками и взрослыми, что делает их нежелательными участниками социума и сопровождается вторичными дефицитами. Социальное развитие предполагает, в том числе, развитие самостоятельности ребенка и способности соблюдать социальные правила.

3. Сенсомоторное развитие включает в себя развитие общих моторных навыков и отдельно – развитие ловкости рук. Последнее требуется не только в качестве подготовки к письму. Стимуляция тонкой моторики, как известно, имеет непосредственное отношение к развитию речи [Кольцова] и, как следствие, когнитивному развитию. Отдельное большое внимание уделяется развитию сенсорных функций, что объясняется необходимостью восполнения пробелов в чувственном опыте как основе мышления.

4. Когнитивное развитие рассматривается нами с позиций развития речи и понимания речи, а также развитие так называемого математического ума, то есть, развития логического мышления средствами математических дидактических материалов. Но как уже говорилось выше, сенсомоторное и когнитивное развитие часто выступают на первых порах фоном для развития социальных навыков и поляризации внимания.

Обозначенным выше целям предшествует обязательный этап фокусировки внимания детей на определенной деятельности. Сосредоточенность, или, как писала М. Монтессори, поляризация внимания становится отправной точкой в процессе положительных изменений в социальном и учебном поведении ребенка. Навык погружения в работу подлежит развитию, как любой другой. Можно

говорить о формировании полезной привычки искать, находить, погружаться в работу и получать результат. Постепенное наращивание времени активной сознательной деятельности с материалом позволяет ребенку последовательно развивать навыки работы, совершенствовать моторные и сенсорные способности, формировать знания и умения. Интерес к выполняемой работе снимает проблему поведенческих искажений: ребенок расслабляется, становится открытым для контактов и восприимчивым к обучению.

Из нашей практики можем говорить о том, что этот этап может занимать период до десяти недель. Первые признаки сосредоточенности можно наблюдать в первые два-три занятия, когда ребенок задерживает внимание на работе хотя бы на две-три минуты. Более продолжительное внимание отмечается во второй половине курса, рассчитанного на 2-3 месяца. В этом случае ребенок демонстрирует способность выполнить до конца хотя бы одно упражнение, не отвлекаясь. Безусловно, определяющую роль в рамках терапии играет подготовленная среда, содержащая достаточное количество стимулов к активной деятельности. Интерес ребенка к предмету деятельности является ключевым фактором.

Формат проводимой работы рассчитан на два этапа: педагогическую диагностику и курс педагогической терапии из 10 занятий, проводимых 1 раз в неделю. Рекомендуются также проведение повторных курсов. Следует отметить, что далеко не все родители оказываются готовы участвовать в работе, меняться вместе с ребенком и выдерживать данный ритм. Поэтому лишь одна треть наших посетителей завершает полный курс, достигая реальных улучшений. Положительная динамика по результатам первого заверщенного курса работы отмечены в таких областях, как нормализация поведения и социальная адаптация ребенка (в 81 % случаев) и внимание (в 75 % случаев). Хорошие результаты получены в области развития самостоятельности, зрительного восприятия и математического мышления (по 50 % соответственно). В этой связи важно отметить, что первичные результаты, свидетельствующие о достигаемых улучшениях, наблюдаются в период с 3 по 9 занятие, т.е. процесс нормализации протекает исключительно индивидуально. Это означает, что невозможно заранее предсказать, когда, в какой области и с какой интенсивностью будут наблюдаться изменения. Можно лишь сделать осторожное предположение, что минимальным порогом прохождения Монтессори-терапии, после которого можно ожидать положительных результатов, является третье-четвертое занятие (т.е. не менее 1 месяца совместной интенсивной работы с ребенком и родителями).

В качестве иллюстрации можно привести пример девочки 5 лет, направленной на Монтессори-терапию с диагнозом СДВГ. Ребенок проходил курс Монтессори-терапии на протяжении 4 месяцев с небольшими перерывами. Диагностика показала хорошее развитие моторных и сенсорных функций, некоторое отставание в развитии математических представлений: ребенок не мог сосчитать предметы до 3, совсем не узнавал цифр. В речепроизводстве также были отмечены небольшие лакуны. Реакция на обращенную речь не всегда была адекватной. Значительные проблемы были связаны с функцией внимания: ребенок не мог остановиться на чем-либо, работа прерывалась или наблюдался полный отказ от

нее. Самые массивные проблемы обнаруживались в социальном поведении и детско-родительских отношениях: капризы, демонстративный отказ от общения и соблюдения правил, непослушание, манипулирование взрослыми, крик, слезы, агрессия. Со стороны родителей – уговоры, потакания капризам, обещания выполнить желания ребенка, одергивания, резкий тон голоса, завышенные требования при одновременной заниженной оценке общих способностей ребенка.

В течение курса велись регулярные наблюдения за поведением ребенка. Результаты заносились в таблицу по шкале от 1 до 4 в интервале от «выраженного агрессивного поведения» до «спокойного уравновешенного поведения». Так, кривая показала, что первичная агрессия постепенно уменьшалась и казалась практически преодоленной к середине курса. Однако к середине второй половины курса произошел значительный возврат всеотрицающего, негативного отношения, после которого ситуация полностью стабилизировалась, и курс был закончен успешно. Итак, к концу первого курса отмечено соблюдение ребенком правил, стабильно положительное поведение. Наблюдалась высокая мотивация к деятельности. В когнитивном развитии и развитии математического мышления отмечены такие положительные сдвиги, как овладение навыком четкого определения количества в диапазоне от 1 до 10, уверенное распознавание и графическое обведение цифр от 1 до 9, выстраивание числового ряда, верное соотнесение количества с цифрами от 1 до 10. Отмечался очень высокий уровень концентрации внимания. Закреплением и подтверждением нормализации стал второй курс, пройденный спустя пару месяцев уже без проблем в области социализации и внимания.

Подводя итог, еще раз подчеркнем эффективность метода Монтессори-терапии в работе с детьми с нарушениями в социальном, когнитивном и речевом развитии. Перспективным видится применение рамочных подходов Монтессори-терапии при адекватном дидактическом сопровождении в области развития внимания, самостоятельности и мышления у подростков и юношества.

Список литературы

1. *Anderlik, L.* Montessori – ein weg zur inklusion / L. Anderlik. – Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 2011. – 270 s.
2. *Findelsberger, P.* Montessori-therapie im kindesalter – entstehung und zukunftsprospektiven / P. Findelsberger // Früherkennung, Frühtherapie und soziale Inklusion / Hrsg. V. Mall, F. Voigt. – Lübeck: Verlag Schmidt-Römhild. – 2021. – S. 198–206.
3. *Hellbrügge, T.* Vom Deprivationssyndrom zur Entwicklungs-Rehabilitation / T. Hellbrügge // Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung. – Lübeck: Hansisches Verlagshaus. – 1999. – S. 205–228.