Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Рукович Александр Владимирович
Должность: И.о. директора
Дата подписания: 25.09.2026 12:02:24
Уникальный программный ключ:
184c95f9790455a36aca7c7c4514e23047857c37

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Технический институт (филиал) федерального государственного
автономного образовательного учреждения высшего образования
«Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова»
в г. Нерюнгри

МАМЕДОВА Л.В., КОБАЗОВА Ю.В.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ»

для студентов направлений подготовки
44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»,
профиль – Общая и специальная психология и педагогика в образовании
44.03.05 «Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки)»,
профиль - Дошкольное образование и начальное образование
(очная, заочная формы обучения)

Издательство ТИ (ф) СВФУ
Нерюнгри
2023

УДК 37+159.9(075.8)
ББК 74.5
М 22

Утверждено научно-методическим советом ТИ (ф) ФГАОУ ВО «СВФУ»

Рецензенты:
О.Ф. Сорокатая, заместитель директора по ВР МОУ СОШ№ 13 г. Нерюнгри
С.В. Попова, ст. преподаватель кафедры ПиМНО ТИ(ф) СВФУ

Подготовлено на кафедре ПиМНО ТИ (ф) ФГАОУ ВО СВФУ

Печатается в авторской редакции

В учебно-методическом пособии излагаются основные цели, задачи и принципы специальной педагогики и психологии, раскрываются специальные и общепедагогические методы коррекционного педагогического воздействия на детей, обучающихся и воспитывающихся как в общеобразовательных, так и в специальных образовательных учреждениях.

Содержание каждого раздела данного пособия содержит теоретические материалы по актуальным вопросам специальной педагогики и психологии; перечень практических заданий и вопросов для самоконтроля, направленных на расширение знаний и закрепление навыков профессиональной деятельности обучающихся; тестовые задания, необходимые для проверки качества освоения разделов дисциплины.

Учебно-методическое пособие рекомендуется студентам педагогических специальностей, изучающим дисциплины психолого-педагогической и социальной направленности.

© Технический институт (ф) СВФУ, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 4
1. ВВЕДЕНИЕ В СПЕЦИАЛЬНУЮ ПЕДАГОГИКУ. ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ И ПОНЯТИЯ 5
1.1. Предмет и задачи специальной педагогики и специальной психологии 5
1.2. Организация и содержание психолого-педагогического изучения детей с нарушениями в развитии 15
1.3. Основные закономерности аномального (нарушенного) развития 28
1.4. Основное содержание комплексной коррекционной работы с детьми 40
ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 48
2. НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 50
2.1. Коррекционное обучение и воспитание детей с нарушениями слуха и зрения 50
2.2. Организация и содержание коррекционной педагогической работы с детьми с нарушениями в развитии эмоционально-волевой сферы, расстройствами аутического спектра 68
2.3. Организация и содержание коррекционной педагогической работы с детьми с детьми с задержкой психического развития, умственной отсталостью, интеллектуальными нарушениями 82
2.4. Организация и содержание коррекционной педагогической работы с детьми с нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата 101
ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 118
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ 123
ЛИТЕРАТУРА 127

ВВЕДЕНИЕ

Государственная политика и правовое регулирование отношений в сфере образования основываются на следующих принципах: обеспечение права каждого человека на образование, недопустимость дискриминации в сфере образования; гуманистический характер образования, приоритет жизни и здоровья человека, прав и свобод личности, свободного развития личности, воспитание взаимоуважения; свобода выбора получения образования, согласно склонностям и потребностям человека, создание условий для самореализации каждого человека, свободное развитие его способностей, включая предоставление права выбора форм получения образования, форм обучения, организации, осуществляющей образовательную деятельность, направленности образования в пределах, предоставленных системой образования, а также предоставление педагогическим работникам свободы в выборе форм обучения, методов обучения и воспитания.

Воспитание и обучение детей с ограниченными возможностями здоровья - сложная социальная и педагогическая проблема. Ее решение служит целям подготовки детей с ОВЗ в соответствии с их возможностями к самостоятельной, активной общественно полезной жизни. Психолого-педагогическое изучение особенностей психофизического и познавательного развития детей с ОВЗ, а также диагностика нарушенного развития осуществляется с опорой на ряд принципов, сформулированных ведущими специалистами в области специальной психологии и коррекционной педагогики Л.С. Выготским, В.И. Лубовским, И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной, Е.А. Стребелевой. Развитие отечественной науки в этом направлении связано с именами Л.С. Выготского, Т.А. Власовой, И.И. Данюшевского, Л.В. Занкова, Р.Е. Левиной, Н.М. Морозовой, И.А. Соколянского, В.Г. Петровой и др. Особо следует отметить И.А. Сикорского, Ф.А. Рау, Г.Я. Трошина, П.П. Блонского и др.

Большой вклад в развитие науки по вопросам психофизиологии детей с ограниченными возможностями здоровья внесли Т.А. Власова, Д.И. Азбукин, В.М. Бехтерев, В.П. Сербский и многие другие отечественные ученые. При этом особую значимость приобретают работы Л.С. Выготского, Г.В. Грибановой, Е.Е. Дмитриевой, С.Д. Забрамной, Е.Л. Инденбаум, В.А. Калягина, Н.А. Киселевой, И.Ю. Левченко, Н.Н. Малофеева, С.В. Алехиной, М.М Семаго, Н.Я. Семаго, Л.И. Плаксиной, ЕА. Стребелевой, Н.Д. Шматко, Л.М. Шипицыной, В.Ф. Базарнова, которые рассматривали возрастные и психофизиологические особенности детей с ОВЗ, механизмы функций компенсаторных психических образований, которые определяют задачи, разработку принципов психологического сопровождения детей и позволяют более дифференцированно воздействовать на потенциальные возможности ребенка

Пособие знакомит студентов психолого-педагогических специальностей с основами специальной педагогики и психологии, их категориальным аппаратом, теоретическими аспектами аномалий в психическом и физическом развитии детей, возможностями и трудностями интеграции ребенка с проблемами развития в нормальный учебно-воспитательный процесс. В пособии представлен цикл лекционных, семинарских (практических) и самостоятельных занятий, тестовые

задания, необходимые для проверки качества освоения разделов дисциплины.

В пособии рассматривается история возникновения специальной психологии как отрасли психологической науки и практики, методологические вопросы специальной педагогики и психологии, связанные с современным пониманием нормального и отклоняющегося развития, дает понимание сущностных особенностей психического развития детей с ограниченными возможностями, знакомит с формами, методами и технологиями коррекционной и развивающей работы с детьми ОВЗ и детьми инвалидами. Кроме того, рассмотрены вопросы организации специальной психологической помощи в системе образования и пути ее реализации; основные принципы психолого-педагогической диагностики отклоняющегося развития и вопросы психокоррекционной работы, в рамках профессиональной компетентности будущего специалиста.

Практические занятия по дисциплине «Специальная педагогика и психология» представляют собой важнейшую форму активной работы обучающихся. Благодаря практическим занятиям студенты могут систематически проводить оценку уровня усвоенного материала, демонстрировать знания по специальной педагогике и психологии, а также умело их применять на практике. Выполнение заданий на практических занятиях позволит обучающимся сформировать представления о закономерностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья.

РАЗДЕЛ 1. ВВЕДЕНИЕ В СПЕЦИАЛЬНУЮ ПЕДАГОГИКУ. ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ И ПОНЯТИЯ

1.1 Предмет и задачи специальной педагогики и специальной психологии

Воспитание и обучение детей с ограниченными возможностями здоровья, детей инвалидов отличается большим своеобразием и требует специально организованных условий. Потребность в организации таких специальных условий для обучения и воспитания привела, в ходе общественно-исторического развития, к возникновению особой отрасли знаний и сферы общественной практики – дефектологии.

Специальная (коррекционная) педагогика и специальная психология - это основные составные части, области, отрасли дефектологии. Дефектология (от лат. defectus – недостаток и греч. logos – слово, учение) - это наука о закономерностях и особенностях развития лиц (детей и взрослых) с ограниченными возможностями здоровья, их воспитании, обучении и трудовой подготовке, социальной адаптации и реабилитации.

Специальная психология изучает психофизиологические особенности аномальных детей, закономерности их воспитания, обучения, подготовки к социальной адаптации и реабилитации различных категорий детей с проблемами в развитии.

Специальная педагогика – это теория и практика специального образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств, затруднительно

или невозможно.

Предмет специальной педагогики и психологии – теория и практика специального образования, что включает в себя изучение особенностей развития и образования человека, имеющего ограниченные возможности жизнедеятельности, особенностей его становления и социализации как личности, а также использование этого знания для нахождения наилучших путей, средств, условий, которые обеспечат коррекцию физических или психических недостатков, компенсацию деятельности нарушенных органов и систем организма, и образование такого человека, в целях его социальной адаптации и интеграции в общество, и обеспечения ему возможности максимально независимой жизни. Предметом изучения дефектологии являются лица (дети и взрослые), имеющие отклонения в психофизическом и речевом развитии, их воспитание, обучение и адаптация к жизни в обществе.

Объектом специальной педагогики и психологии является специальное образование лиц с особыми образовательными потребностями как социокультурный, педагогический феномен. Объектом исследования специальной педагогики и психологии и, одновременно, – объектом оказания всесторонней социальной помощи с их стороны являются лица с различными нарушениями (дефектами) психического и физического развития.

Субъектом изучения и педагогической помощи, оказываемой в системе специального образования, является человек с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности, имеющий вследствие этого особые образовательные потребности.

Цель специальной педагогики и психологии – достижение развивающейся личностью социализации и самореализации, специальная педагогика подчеркивает в этой цели сущностный для человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности смысл: достижение им максимально возможной самостоятельности и независимой жизни, как высокого качества социализации и предпосылки для самореализации. Специальная педагогика и психология имеет и систему целей, без достижения которых невозможна ни социализация, ни самореализация человека с ограниченными возможностями. К числу целей более общего уровня относятся: коррекция недостатка, его компенсация педагогическими средствами; абилитация (применительно к младенческому и раннему возрасту) и реабилитация, в первую очередь социальная и личностная. Достижение этих целей специальной педагогики становится возможным тогда, когда достигнуты конкретные цели обучения и воспитания, образования в целом, т.е. когда налицо положительные результаты коррекции и компенсации недостатка.

К специфическим конкретным целям можно отнести и компоненты личностной реабилитации - воспитание чувства собственного достоинства, преодоление чувства малоценности или завышенной самооценки, формирование адекватных форм социального поведения и некоторые другие.

Для достижения указанных целей специальная педагогика и психология решает целую систему задач:

− осуществляет глубокое и разностороннее (психолого-педагогическое и клинико-физиологическое) изучение особенностей и закономерностей физического и психического развития детей с ОВЗ разных категорий;

− определяет структуру дефекта при различных нарушениях развития и компенсаторные возможности ребенка, потенциальные возможности развития различных сторон личности;

− разрабатывает психолого-педагогическую классификацию нарушений развития и основных категорий (групп) детей с ОВЗ;

− решает задачи организации их дифференцированного обучения и воспитания;

− обосновывает принципы создания и развития системы специальных учреждений для детей с различными нарушениями развития;

− устанавливает закономерности и особенности учебно-воспитательного процесса в специальных учреждениях; определяет цели, задачи, содержание, принципы, формы и методы их обучения, воспитания и трудовой подготовки;

− разрабатывает специальные технические средства, помогающие лицам с нарушениями развития в их познавательной деятельности и установлении контактов с окружающими;

− определяет эффективные пути и средства профилактики нарушений в развитии, предупреждения детской дефективности;

− изучает особенности и пути улучшения жизни и деятельности лиц с нарушениями развития в социальном окружении (в семье, в учебных и трудовых коллективах);

− разрабатывает принципы построения системы подготовки лиц с ограниченными возможностями к практической и профессиональной деятельности;

− решает задачи социальной адаптации и реабилитации лиц с ограниченными возможностями, интеграции их в современное общество.

Кроме того, следует указать ряд ведущих специфических задач специальной педагогики и специальной психологии. К первым из них относятся:

- изучение педагогических закономерностей развития личности в условиях ограниченных возможностей жизнедеятельности;
- определение и обоснование коррекционных и компенсаторных возможностей, в соответствии со структурой дефекта;
- определение, обоснование и построение педагогических классификаций нарушений развития;
- изучение закономерностей специального образования лиц с ограниченными возможностями;
- разработка коррекционных и реабилитационных программ, а также форм, методов, средств специального обучения и воспитания и др.

Решая перечисленные задачи, специальная педагогика и психология опираются на принципиальное положение о возможности достижения заметных положительных результатов в познавательном и личностном развитии детей и подростков с ОВЗ.

В настоящее время дефектология как наука включает следующие основные отрасли специальной педагогики и психологии:

− сурдопедагогику и сурдопсихологию (науки, изучающие особенности развития, обучения и воспитания детей с нарушениями слуховой функции);

− олигофренопедагогику и олигофренопсихологию, изучающие особенности развития, обучения и воспитания умственно отсталых детей и детей с задержкой психического развития;

− тифлопедагогику и тифлопсихологию, которые изучают специфику развития и учебно-воспитательной работы с детьми, имевшими глубокие нарушения зрения;

− логопедию и логопсихологию, изучающие нарушения и недостатки речи, методы их предупреждения и преодоления, специфику обучения и воспитания детей с тяжелыми нарушениями речи.

Кроме того, выделяются специальные отрасли, связанные с решением социальных задач развития, обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, детей с эмоционально-волевыми расстройствами и нарушениями поведения, а также детей с комплексными нарушениями развития (слепота и глухота и др.).

Существующая в нашей стране единая система лечебных, учебно-воспитательных учреждений для детей с ОВЗ находится в ведении государственного образования, здравоохранения и социального обеспечения. По своей организационной структуре она является строго дифференцированной системой, в соответствии с различными категориями нарушений развития.

В основу коррекционно-педагогической деятельности специальных образовательных учреждений положены педагогические принципы.

− принцип целенаправленности педагогического процесса;

− принцип целостности и системности педагогического процесса;

− принцип гуманистической направленности обучения и воспитания;

− принцип уважения к личности ребенка, в основе которого – разумная требовательность к нему;

− принцип опоры на положительное в человеке;

− принцип сознательности и активности личности в целостном педагогическом процессе;

− принцип сочетания прямых и параллельных педагогических воздействий.

Кроме вышеуказанных общепедагогических принципов, в основу коррекционно-педагогической деятельности положены специальные принципы:

− принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач;

− принцип единства диагностики и коррекции;

− принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка;

− деятельностный принцип коррекции;

− принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности;

− принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения.

Одним из основных направлений развития современной специальной

педагогики и психологии является единство педагогического процесса (воспитание, образование, обучение). Воспитание представляет собой воздействие одного человека на другого в целях становления личности. Образование основывается на человеческом опыте, научных и культурных ценностях. Обучение проходит под руководством подготовленного человека, который призван проводить воспитательный, образовательный и развивающий процессы в рамках дошкольного и школьного обучения.

Научный интерес к изучению особенностей аномального (нарушенного) развития детей возник еще в конце 18 века. Большой вклад в развитие данного направления внесли ученые того времени, такие, как французский врач-психиатр Филипп Нинель, его ученик Жан-Этьен-Доминик Эскироль, Жан Итар. В этот же период отмечено появление первых попыток организованного общественного обучения и воспитания аномальных детей. Первое учреждение школьного типа для глухонемых было создано в 1779 г. в Париже; в 1806 г. такое же учреждение было создано в России (в г. Павловск). Первое учебное заведение для слепых было создано в 1784 г. французским педагогом И. Брайлем в Париже; в России учреждение такого типа было открыто в С.-Петербурге, в 1932 г. Первая попытка воспитания и обучения умственно отсталого ребенка была предпринята французским врачом Итаром (1775 – 1838). Школьное обучение глубоко отсталых детей впервые организовано во Франции в середине 19 века (с 1841 г.), в России – в начале 20 века, в Москве (1908).

С середины 19 века пристальное внимание педагогов и врачей-психиатров начали привлекать психологические особенности умственно отсталых детей и подростков. Появились исследования, посвященные описанию и изучению нарушений речи у детей и взрослых. Нарушения речи у детей с сохранным слухом изучались тогда врачами-невропатологами.

В начале XX века появились дифференцированные исследования особенностей психического развития аномальных детей различных категорий. Ряд педагогов и врачей целиком посвятили свою деятельность обучению и воспитанию детей с различными дефектами развития в первых, тогда еще малочисленных специальных учреждениях, они носили, в основном, частно-благотворительный характер.

В России вопросами, связанными со слабоумными детьми, занимались И.В. и Е.Х. Маляревские, Е.К. Грачева и др. После 1917 г., в нашей стране заботу об умственно отсталых детях взяло на себя государство. Стали открываться специальные учреждения для данной категории детей. Наиболее значимым считали изучение и воспитание детей с отклонениями в интеллектуальной сфере, признавая важность выделения первичных и вторичных дефектов развития ребенка.

Исключительно важную роль для разработки теории и практики дефектологии сыграл, состоявшийся в 1924 г., II съезд по социально-правовой охране несовершеннолетних, на котором с докладом выступил выдающийся отечественный психолог и дефектолог Л.С. Выготский, который считается одним из основоположников коррекционной педагогике. В докладе о научных основах нарушений развития он предложил новый подход к анализу структуры дефекта,

его коррекции и компенсации, определил цели и задачи специального обучения, исходя из единых, с массовой школой, принципов коммунистического воспитания детей. Ярким выражением заботы государства об аномальных детях явилась организация подготовки учителей для специальных школ, для чего в 20-е годы были созданы дефектологические факультеты в МГПИ им. В.И. Ленина и ЛГПИ им. А.И. Герцена. В 1929 году был создан головной научный центр по разработке проблем дефектологии – Экспериментально-дефектологический институт (ЭДИ) – ныне НИИ Коррекционной педагогики РАО. Создание центра дефектологической науки способствовало проведению комплексного, всестороннего изучения аномальных детей, разработке научных основ дифференциации сети специальных учреждений и дифференцированного коррекционного обучения и воспитания детей с различными нарушениями развития.

При активном участии этого института в начале 30-х годов, на детей с отклонениями в развитии был распространен Закон об обязательном всеобуче. Наша страна является первым в мире государством, начавшим целенаправленно готовить педагогические кадры для специальных школ в вузах. За последние десятилетия значительно расширилась сеть дефектологических факультетов в педвузах и университетах нашей страны. Существенное развитие за последнее десятилетие получила система пропаганды и распространения дефектологических знаний и среди педагогов, в том числе, педагогов начальных классов общеобразовательных школ и специалистов в области дошкольного воспитания.

Многочисленные исследования отечественных и зарубежных дефектологов и многолетняя практика работы специальных учреждений, подтверждают обоснованность такого оптимистического подхода к развитию детей с различными формами нарушений.

У лиц с ограниченными возможностями общий ход онтогенетического развития нарушен по всем или по большинству параметров. Помимо нарушения общего психического и познавательного развития, как правило, нарушается процесс интеллектуального развития, весь ход формирования личности и эмоционально-волевой сферы, наряду с нарушением физического развития, формирования двигательной сферы, нарушен также процесс конституционального и соматического развития.

Федеральный закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» об образовании детей с ОВЗ определяет понятие, «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий».

Понятие «ограниченные возможности в здоровье» предполагает наличие стойких и выраженных (тяжелых) отклонений в развитии (вызванных патогенными болезнетворными влияниями), и ведущих к необходимости создания специальных условий для обучения и воспитания таких детей.

Понятие «выраженные» нарушения, помимо традиционного определения (нарушения средне-тяжелой и тяжелой степени тяжести), имеют в дефектологической практике и другое толкование: нарушения в развитии, не

требующие для своей идентификации и классификации проведения специального психолого-педагогического и клинического обследования, что в свою очередь определяется характером и степенью выраженности симптоматики (проявлений) отмечаемых нарушений.

К «стойким нарушениям» относятся такие отклонения в развитии, которые не преодолеваются ни в ходе спонтанного развития, ни в результате применения мер обычного психолого-педагогического воздействия (т.е. при использовании технологий общей педагогики и психологии). Соответственно, для эффективного преодоления стойких нарушений развития обязательно требуется применение арсенала средств и технологий специальной педагогики и специальной психологии.

Наличие у лиц с ОВЗ стойких и выраженных нарушений в развитии определяет необходимость создания специальных условий для обучения и воспитания данной категории детей и подростков. Отклонения от нормального развития, в ряде случаев, могут быть вызваны исключительно влияниями внешней среды, не связанными с нарушениями центральной нервной системы или периферических отделов анализаторов, например, неблагоприятные условия семейного воспитания могут привести к тому, что ребенок, к моменту поступления в школу, будет отставать от сверстников и испытывать затруднения в усвоении учебной программы. Однако такого ребенка нельзя относить к категории детей с ОВР, так как в данном случае нет никаких нарушений в организации материальной основы психики ребенка.

В основе же аномального развития лежат органические или функциональные нарушения центральной нервной системы (включая центральный и проводниковый отделы ведущих анализаторов – слухового, зрительного, общедвигательного) или периферические нарушения того или иного анализатора.

По этиопатогенетическому фактору все нарушения развития, проходящие «по сфере» дефектологии, подразделяются на органические и функциональные. К первым из них относятся нарушения развития при которых наличествуют структурные нарушения того или иного поврежденного органа (системы органов) человеческого организма. Ко второй группе нарушений относятся такие недостатки развития, при которых выраженных нарушений структуры не отмечается.

Выделяют следующие основные категории (группы) лиц (детей и взрослых) с ограниченными возможностями развития:

- дети с выраженными и стойкими нарушениями слуховой функции (неслышащие, слабослышащие, позднооглохшие);
- с глубокими нарушениями зрения (слепые, слабовидящие, дети с косоглазием и амблиопией);
- со стойкими нарушениями интеллектуального развития на почве органического поражения ЦНС (умственно отсталые);
- с задержкой психического развития;
- с тяжелыми речевыми нарушениями.
- дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- дети с нарушениями развития эмоционально-волевой сферы;

− с комплексными нарушениями развития (слепоглухие; дети, у которых нарушения слуха или зрения сочетаются с умственной отсталостью и др.).

Причины возникновения нарушений развития весьма разнообразны, и в зависимости от причины, вызвавшей данную аномалию развития, все нарушения подразделяются на врожденные и приобретенные.

Врожденные нарушения возникают при воздействии вредоносных факторов во внутриутробном периоде развития организма (воздействия на зародыш и развивающийся плод). Сюда относятся: инфекции и интоксикации (воздействие токсинов), травмы, нарушения питания (трофики плода), хроническая внутриутробная гипоксия плода (кислородное голодание). Это связано прежде всего с состоянием здоровья и образом жизни беременной женщины. На развитии плода могут отрицательно сказаться перенесенные матерью инфекционные, в том числе вирусные заболевания. Особую опасность представляет такое инфекционно-паразитарное заболевание как токсоплазмоз, распространяющееся через домашних животных и птиц. Перейдя от больной матери на плод, токсоплазмоз может привести к умственной отсталости ребенка, поражению зрительных функций и другим нарушениям.

Отрицательное влияние на развитие плода оказывают также заболевания почек, печени, сердечно-сосудистой системы у беременной женщины, различные гормональные нарушения. Большую опасность представляют различные интоксикации, например, в т.ч. необоснованное (без врачебного назначения) использование лекарственных препаратов (антибиотиков, сульфамидов и др.). Достаточно распространенной причиной нарушений развития является алкоголизм родителей. Одной из причин нарушений внутриутробного развития плода является резусная несовместимость группы крови матери и плода, что может быть причиной мозговых поражений у ребенка.

Многие виды врожденных нарушений носят генетически обусловленный характер. Так, по данным медицинских исследований, около 60% всех случаев рецепторной глухоты и тугоухости у детей имеют генетическое происхождение, т.е. вызваны генными мутациями или хромосомными аберрациями; более 40% случаев сложных нарушений развития (например, умственная отсталость в сочетании с нарушениями зрения, слепоглухота в сочетании с умственной отсталостью и др.) имеют генетическую природу. Причиной выраженных форм умственной отсталости у ребенка могут быть нарушения в строении и числе хромосом, вызванные нарушениями хромосомного набора у родителей (например, при болезни Дауна).

Приобретенные нарушения вызываются различными патологическими факторами, влияющими на организм во время родов и в последующие периоды развития ребенка. Наиболее частыми причинами приобретенных нарушений являются механические повреждения плода (природовые травмы), связанные с неправильным положением плода, затяжные или стремительные роды, природовая асфиксия (остановка дыхания), приводящая к нарушению мозгового кровообращения, кровоизлияниям в мозг и другим нарушениям.

В первые годы жизни приобретенные нарушения развития могут быть связаны с перенесенными инфекциями (менингит, энцефалит, тяжелые формы

гриппа и других вирусных инфекций), травмами и заболеваниями центральной нервной системы (ЦНС), заболеваниями уха и носоглотки, органов зрения и др.

В медицине и специальной психологии выделяют две основные группы причин, которые приводят к нарушениям психического и (или) физического развития:

- эндогенные (внутренние, главным образом, генетические);
- экзогенные (факторы среды).

К эндогенным причинам относятся:

- различные наследственные заболевания (например, аплазия – недоразвитие внутреннего уха, которое приводит к глухоте; микрофтальм – грубое структурное изменение глаза, характеризующееся уменьшением размеров одного или обоих глаз, что приводит к понижению остроты зрения; миопатия – нарушение обмена веществ в мышечной ткани, характеризующееся мышечной слабостью, и т. п.);
- заболевания, связанные с изменениями в численности или структуре хромосом, – хромосомные аберрации (например, полиплодия - увеличение хромосомного набора в несколько раз; трисомия – увеличение хромосом в одной паре; моносамия – уменьшение хромосом в паре на одну; лесамия – отсутствие какой-либо пары хромосом; дупликация – удвоение отдельных участков хромосомы; деления – утрата части материала хромосомы и др.).

Ярким примером хромосомной аберрации является трисомия 21-й хромосомы, которая вызывает синдром Дауна. Для синдрома Дауна характерны следующие особенности внешнего облика ребенка: раскосые глаза, короткий нос с плоской широкой переносицей, маленькие деформированные уши, выступающая вперед челюсть, увеличенный язык, короткие пальцы, «сандалевидная» щель на стопах, поперечная ладонная кожная складка, деформация черепа. У новорожденных часто отмечается мышечная гипотония, переразгибание конечностей в суставах, отставание в росте, снижение двигательной активности, вялость, нарушение глотания, сознания. Нередко отмечаются ожирение, расстройство кожной трофики, врожденные пороки сердца, атрезии и стенозы пищевого канала, диафрагмальные грыжи. У всех больных отмечается олигофрения. Выявляются нарушение координации и вегетативно-трофические расстройства.

Экзогенные причины вызывают отклонения в развитии, которые могут негативно влиять на общий ход развития в различные периоды онтогенеза:

- в пренатальный (внутриутробный) период (хронические заболевания родителей, особенно матери; инфекционные болезни, интоксикация (отравление) матери; недостаток питания матери во время беременности, особенно недостаток белков, микроэлементов; витаминов; резус-конфликт; травмы; влияние лучевой энергии и т. п.);
- в натальный (родовой) период (родовые травмы; инфицирование плода; асфиксия – удушье плода);
- в постнатальный период (после рождения) – остаточные явления после различных инфекционных и других заболеваний; различные травмы (черепно-мозговые; травмы анализаторов, конечностей и т.п.); интоксикации (алкогольные,

наркотические, никотиновые и т.п.); несоблюдение санитарно-гигиенических норм (так, несоблюдение гигиены зрения может привести к миопии высокой степени) и др.

Особенности развития ребенка с ограниченными возможностями рассматриваются в отечественной дефектологии как результат сложного процесса развития, протекающего при наличии первичного дефекта (нарушение слуха, зрения, нарушения двигательной сферы, высших нервных процессов). В ходе аномального (нарушенного) развития возникают те или иные вторичные отклонения, опосредованные (обусловленные) первичным дефектом (например, первичное поражение слуха вызывает нарушение или недоразвитие речи). Выраженность вторичных отклонений зависит как от характера и глубины первичного дефекта, так и от периода развития, на котором появляется первичный дефект. Вторичные отклонения могут быть преодолены с помощью рациональной, коррекционной системы обучения и воспитания. Дефектология разрабатывает научно-обоснованные пути компенсации этих дефектов.

Обучение и воспитание детей и подростков с ОВЗ в условиях специальных (коррекционных) учреждений строится на основе специальных, для каждого типа школ и дошкольных учреждений, учебных планов и адаптированных программ. Наряду с общеобразовательной подготовкой и трудовым воспитанием учебные планы предусматривают специфические виды работы, обусловленные характером имеющихся у детей нарушений (например, обучение глухих и слабослышащих включает: обучение чтению с губ, формирование правильного звукопроизношения, занятия по развитию остаточного слухового восприятия, занятия специальной ритмикой и др.).

Согласно ст. 79. Федерального закона "Об образовании в РФ" от 29.12.2012 N 273-ФЗ, психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь оказывается детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в том числе несовершеннолетним обучающимся, признанным в случаях и в порядке, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством, подозреваемыми, обвиняемыми или подсудимыми по уголовному делу, либо являющимся потерпевшими или свидетелями преступления, в центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, создаваемых органами государственной власти субъектов РФ, а также психологами, педагогами-психологами организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в которых такие дети обучаются. Органы местного самоуправления имеют право на создание центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи.

Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь включает в себя: психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников; коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия с обучающимися, логопедическую помощь обучающимся; комплекс реабилитационных и других медицинских мероприятий; помощь обучающимся в профориентации, получении профессии и социальной адаптации.

Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь оказывается

детям на основании заявления, или согласия в письменной форме, их родителей (законных представителей). Центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи также оказывает помощь организациям, осуществляющим образовательную деятельность, по вопросам реализации основных общеобразовательных программ, обучения и воспитания обучающихся, в том числе осуществляет психолого-педагогическое сопровождение реализации основных общеобразовательных программ, оказывает методическую помощь организациям, осуществляющим образовательную деятельность, включая помощь в разработке образовательных программ, индивидуальных учебных планов, выборе оптимальных методов обучения и воспитания обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, выявлении и устранении потенциальных препятствий к обучению, а также осуществляет мониторинг эффективности оказываемой организациями, осуществляющими образовательную деятельность, психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

На центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи может быть возложено осуществление функций психолого-медико-педагогической комиссии, в том числе проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей, в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии, и (или) отклонений в поведении детей, подготовка по результатам обследования детей рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи, и организации их обучения и воспитания, а также подтверждение, уточнение или изменение ранее данных рекомендаций.

Положение о психолого-медико-педагогической комиссии и порядок проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Психолого-педагогическая помощь в центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи оказывается педагогами-психологами, социальными педагогами, учителями-логопедами, учителями-дефектологами и иными специалистами, необходимыми для надлежащего осуществления функций такого центра, осуществляющего также комплекс мероприятий по выявлению причин социальной дезадаптации детей, оказания им социальной помощи, осуществляет связь с семьей, а также с органами и организациями по вопросам трудоустройства детей, обеспечения их жильем, пособиями и пенсиями.

1.2 Организация и содержание психолого-педагогического изучения детей с нарушениями в развитии

Одним из главных является гуманистический принцип, опора на который дает возможность вовремя создать каждому ребенку необходимые условия, при

которых тот сможет максимально развить и реализовать свои способности. Этот принцип предполагает глубокое и всестороннее изучение личностно-психологических особенностей ребенка, поиск путей и средств для преодоления трудностей, встречающихся на жизненном пути ребенка. Только в том случае, если все необходимые и возможные меры помощи, оказанные детям в условиях общеобразовательных учреждений, не дали положительных результатов, ставится вопрос о направлении их в специальные учреждения.

С целью обеспечения на практике детям с различными нарушениями развития, соответствующих медико-психолого-педагогических условий обучения и воспитания, необходимо глубокое, всестороннее изучение каждого ребенка. В отечественной науке сложился и нашел широкое практическое применение комплексный подход к изучению и диагностике нарушений развития. Всестороннее комплексное изучение ребенка позволяет целенаправленно, с учетом всех особенностей первичного дефекта и вторичных отклонений в развитии, реализовывать на практике систему коррекционно-восстановительных мероприятий.

Комплексное изучение особенностей познавательного и психофизического развития ребенка, предполагает выявление внутренних причин и механизмов возникновения того или иного отклонения. Комплексное изучение детей с ОВЗ проводится с участием педагогов-дефектологов, логопедов, психологов, социальных педагогов, врачей разного профиля, генетиков. Оно включает: генеалогическое исследование (выявление наличия и степени влияния генетических факторов нарушений развития); клинико-физиологическое изучение (установление причин возникновения того или иного нарушения развития, клинических проявлений дефекта, особенностей психофизического развития ребенка и др., и, наконец, психолого-педагогическое изучение. Используется инструментарий не только клинического и специально-психологического исследований, но и другие методы: анализ медицинской и педагогической документации, наблюдение за ребенком, социально-педагогическое обследование, а в наиболее сложных случаях – нейрофизиологическое, нейропсихологическое и другие виды исследования.

Принцип комплексного изучения детей обязывает учитывать при совместном обсуждении данные, полученные при обследовании ребенка всеми специалистами: врачами, дефектологами, психологами и педагогами. Следует отметить, что соблюдение указанного принципа, при изучении детей, позволяет еще до проведения, более точно определить их состояние, выявить причины имеющихся нарушений в развитии. Так, педагог может первым обратить внимание на усиливающую рассеянность, утомляемость, плаксивость ребенка и т.д. В свою очередь, врач может установить причины этих изменений и рекомендовать необходимые средства для их устранения.

Большое значение имеет принцип всестороннего и целостного изучения ребенка. Он предусматривает исследование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения. Учитывается также физическое состояние детей, которое может существенно влиять на формирование их интеллектуальных способностей. Говоря о целостности изучения, следует

помнить, что психическое развитие ребенка не определяется простой суммой отдельных, изолированных способностей, поэтому нельзя делать заключение о состоянии ребенка только на основании исследования его восприятия, памяти или других психических функций. Данный принцип предполагает обязательное сопоставление всех полученных о ребенке данных: об особенностях отдельных психических процессов, эмоций, воли, поведения и физического состояния.

Всестороннее, целостное изучение ребенка может быть успешным, если оно будет осуществляться в процессе его деятельности: учебной, трудовой или игровой. Методы, и материалы, используемые при изучении детей, должны быть максимально индивидуализированы с учетом их возрастных и характерологических особенностей. Установленный с ребенком контакт поможет лучше выявить все качества его личности: интересы, состояние волевой сферы, целенаправленность в действиях, особенности протекания основных психических процессов и т.д.

Системный подход к проведению исследования и диагностике познавательного и психофизического развития ребенка. Этот принцип опирается на представление о системном строении психики и предполагает всесторонний анализ результатов познавательной деятельности ребенка на каждом из ее этапов. Системный анализ в процессе психолого-педагогического обследования предполагает не только выявление отдельных нарушений, но, и установление взаимосвязи между ними, установление причинно-следственной обусловленности имеющихся нарушений. Очень важно, чтобы в ходе обследования были выявлены не только особенности и явления негативного характера, но и сохранные функции, положительные стороны личности, на которые следует опираться при проведении коррекционно-педагогических мероприятий.

Важное значение в медико-психолого-педагогическом исследовании имеет принцип динамического изучения детей, согласно которому при обследовании важно учитывать не только то, что дети знают и могут выполнить в момент исследования, но и их возможности в обучении. В основе этого принципа лежит концепция Л.С. Выготского о «зоне ближайшего развития» детей, их потенциальных возможностях в обучении. Чем выше уровень познавательного развития ребенка, тем успешнее он научится выполнять то или иное задание, переносить полученный опыт в новые условия деятельности. При обследовании детей с проблемами в развитии педагог-психолог должен всегда обращать внимание, насколько улучшается работа ребенка после объяснения, как он выполняет аналогичные основному другие задания. Все обследование рекомендуется строить с использованием методики обучающего эксперимента.

Динамический подход к изучению ребенка с нарушением развития предполагает учет возрастных особенностей ребенка при организации обследования, выборе методов исследования и анализе его результатов, учет текущего психофизического состояния ребенка, учет возрастных качественных «новообразований» и их своевременная реализация. Учет возрастного фактора имеет большое значение при осуществлении диагностического обучения, которое организуется только в пределах технических заданий, которые доступны детям данного возраста.

Выявление и учет потенциальных возможностей развития ребенка. Этот принцип опирается на теоретическое положение Л.С. Выготского о зонах актуального, ближайшего и последующего развития ребенка. Потенциальные возможности ребенка в виде зоны ближайшего развития определяют возможности и темп усвоения новых знаний и умений. Эти возможности выявляются в процессе общения и взаимодействия ребенка со взрослыми при усвоении новых способов действий.

Качественный анализ результатов психолого-педагогического изучения ребенка. Основными параметрами такого анализа являются:

- отношение к ситуации обследования и заданиям;
- способы ориентировки в условиях заданий и способы их выполнения;
- соответствие действий ребенка условиям задания, характеру экспериментального материала и предложенной инструкции;
- возможность использования помощи взрослого;
- умение выполнять задание по аналогии;
- отношение к результатам своей деятельности, критичность в оценке своих действий и достижений.

При оценке выполненного ребенком здания важно оценивать не только конечный результат, но и способ, рациональность выбранного обследуемым решения задачи, логическую последовательность операций, настойчивость в достижении цели и т.п.; при этом оценка должна быть дифференцированной.

Содержание и методы психолого-педагогического исследования детей с отклонениями в развитии определяются общими задачами их изучения и основываются на теории общей и специальной психологии. Основная цель психолого-педагогического исследования – выявление качественной характеристики особенностей психики ребенка и определение потенциальных возможностей его познавательной деятельности. Учитывая данные клинических исследований (этиология, патогенез нарушений развития), психолого-педагогическое обследование предусматривает, прежде всего, развернутый анализ качественных особенностей познавательной деятельности ребенка, индивидуальных особенностей его личности, интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы. Качественный анализ предполагает оценку особенностей процесса выполнения ребенком проверочных тестовых заданий и допускаемых ошибок на основе системы качественных показателей. Использование качественных показателей позволяет зафиксировать специфику психологических особенностей ребенка, выявить среди них такие, которые свидетельствуют о нарушениях психического и познавательного развития. С точки зрения И.Ю. Левченко, применение качественных показателей углубляет и одновременно упрощает процесс анализа результатов психолого-педагогического диагностического обследования, нацеливает внимание обследующего на определенный объект наблюдения.

Психолого-педагогическое обследование имеет большое значение для определения оптимального варианта организации обучения и воспитания каждого ребенка с ограниченными возможностями развития (выбора соответствующего типа образовательного или лечебного учреждения, адаптивной программы

коррекционного обучения и др.).

В комплексном психолого-педагогическом обследовании ребенка необходимо, чтобы экспериментальные задания были направлены на получение данных, характеризующих: уровень развития основных психических процессов (восприятия, внимания, памяти, мышления, воображения) и речи ребенка; особенности его произвольной деятельности и эмоционально-волевой сферы. Могут также использоваться задания, направленные на выяснение личностной самооценки и уровня притязаний. Для разносторонней психолого-педагогической характеристики ребенка с отклонениями в развитии рекомендуется использовать специальные задания (в т.ч. тесты), направленные на изучение его произвольной деятельности, степени устойчивости внимания и восприятия, уровня работоспособности (например, тесты Пьерона-Рузера, Бурдона в различных модификациях и др.).

Объектом психолого-педагогического исследования являются также:

- уровень знаний и представлений об окружающем мире (знаний о предметах и явлениях окружающей действительности, представлений о сезонных изменениях в природе и др.);
- психофизиологические особенности, отражающие индивидуальные свойства психической интеллектуальной деятельности (темп деятельности, работоспособность, уровень принятия помощи и т.д.);
- сформированность произвольных форм поведения.

Для исследования интеллектуальных способностей используется система заданий, предусматривающая решение обследуемым ребенком перцептивных (основанных на восприятии), мнемических (задействующих процессы памяти) и собственно мыслительных задач разной степени сложности, при оперировании наглядным и вербальным материалом. Предметом исследования при этом являются:

- степень овладения приемами и операциями умственной деятельности (операциями сравнения, обобщения, классификации, анализа строения и функций предметов, анализа простых причинно-следственных / условных, атрибутивных / отношений и др.);
- уровень развития математических способностей (степень сформированности первоначальных «количественных представлений» – о количестве, множестве предметов, уровень овладения счетными операциями и др.).

В ходе психолого-педагогического изучения устанавливается уровень развития речи ребенка. Общее представление об уровне речевого развития складывается на основе выяснения следующих основных моментов:

- уровень развития фразовой речи; сформированность навыков речевого общения;
- уровень овладения родным языком, степень сформированности языковых (фонетических, лексических, морфологических, грамматических) представлений и понятий;
- количественные и качественные характеристики (особенности) словарного запаса;

- уровень сформированности метаязыковой способности (способность к построению и намеренному использованию в речи связных высказываний как продукта речемыслительной деятельности);
- уровень развития связной монологической речи.

При обследовании детей с отклонениями в развитии следует уделять внимание развитию эмоционально-волевой сферы. Данные об этом постепенно накапливаются по мере того, как ребенок выполняет ряд заданий, направленных на исследование его памяти, мышления, речи, произвольной деятельности. Обследующему необходимо отмечать, как ребенок реагирует на одобрение или неодобрение взрослого, как он относится к предлагаемым заданиям, вызывают ли они у него интерес; к успешному или неуспешному их выполнению; проявляет ли ребенок волевые качества при встречающихся трудностях. Кроме того, в обследовании можно использовать специально подготовленные серии картинок с ярко выраженным эмоционально окрашенным сюжетом. Например, задание, в котором ребенку предлагается расположить картинки каждой серии в правильной последовательности. Обследующий наблюдает при этом за эмоциональными реакциями ребенка. Могут быть использованы (в адаптированном варианте) и специальные «проективные» тесты (например, тест Розенцвейга и др.).

Для того чтобы сделать обоснованный вывод об уровне познавательного и интеллектуального развития ребенка, проводится анализ как успешности и характера выполнения отдельных заданий, так и деятельности ребенка в целом.

При изучении особенностей развития детей с ограниченными возможностями важное значение имеет психолого-педагогический анализ их деятельности и ее результатов (продуктов), т.к. высказывания детей с нарушениями развития дают, как правило, только неполные и неточные сведения об особенностях его психической деятельности. Психолого-педагогическое изучение предполагает знакомство с деятельностью ребенка во время учебных занятий, игр, занятий предметно-практической деятельностью, при выполнении общественных поручений и т.д. При этом используется метод изучения продуктов деятельности детей (рисунки, поделки из пластилина, бумаги, различных видов конструктора; письменные работы детей, обучающихся в школе, и др.). Важно отметить, что анализируются не только конечный результат деятельности ребенка, но и ее промежуточные этапы; учитываются трудности и ошибки при выполнении заданий, а также способы, которыми пользуется ребенок для достижения целей деятельности, для преодоления встречающихся трудностей.

При анализе и оценке деятельности обследуемого ребенка учитываются следующие показатели:

- способен ли ребенок принимать помощь взрослого, как на нее реагирует, насколько успешно усваивает даваемые в виде образца способы действия;
- уровень (учебной, игровой или практической) деятельности, которым владеет ребенок: наглядно-действенный (решение задачи путем непосредственных практических действий с предметами); образно-действенный (решение задачи по схеме: «представление о предмете, выделение и анализ его свойств – практическое действие»); абстракто-символический (выполнение задания от начала до конца «в

уме» – его практическая реализация самым рациональным способом). Во время психолого-педагогического обследования необходимо обращать внимание не только на слабые, но и на сильные стороны интеллектуальной деятельности ребенка.

Полученные в ходе обследования данные, отражающие уровень обучаемости ребенка и некоторые его индивидуальные психологические черты, имеют важное значение, как для психологической характеристики отмечаемого нарушения развития, так и выбора организационной формы его обучения и воспитания.

При составлении программы психолого-педагогического обследования ребенка обязательно учитываются его возраст, а также условия воспитания и обучения (например, воспитывался ли ребенок дома или в дошкольном учреждении компенсирующего вида, в ДОУ общего типа, в специальной или массовой общеобразовательной школе, по какой программе обучался и т.д.).

Психолого-педагогическому обследованию обязательно должно предшествовать изучение медицинской и педагогической документации (педагогических характеристик и заключений из ДОУ и школ, рабочих тетрадей, рисунков и др.). Анализ этих документов позволяет правильно построить процедуру обследования. Так, например, обследование детей со сниженным слухом или системными нарушениями речи целесообразно начинать с предъявления заданий, которые могут быть выполнены без активного использования речи; обследование детей с выраженным отставанием в психическом развитии нужно начинать с предъявления самых простых заданий в игровой форме. С учетом содержащихся в характеристике данных во время беседы можно задавать вопросы, связанные с кругом интересов ребенка и его любимыми занятиями. В то же время во время беседы с ребенком не следует затрагивать неприятные для него темы.

Можно рекомендовать начинать обследование с предъявления средних по трудности вариантов заданий. Практика психолого-педагогических исследований показывает, что обследуемый ребенок уже может устать, если перед предъявлением заданий средней сложности ему предлагают выполнить целую серию более простых заданий. В то же время не рекомендуется начинать обследование с предъявления трудного задания: это может смутить ребенка, лишить его уверенности в своих способностях и создать у него негативное отношение к процедуре обследования.

При организации комплексного психолого-педагогического обследования, определении его содержания должны учитываться специфические для каждого вида нарушения проявления общих закономерностей развития детей с ограниченными возможностями здоровья.

Для большинства детей с задержкой психического развития характерно снижение работоспособности и внимания, ярко проявляющееся в процессе обследования. У многих детей затруднены ориентировка в новом материале, включение в работу, нарушен общий темп деятельности. Для других детей характерно снижение внимания из-за повышенной утомляемости, неустойчивость внимания в процессе деятельности. Действия детей с ЗПР недостаточно целенаправленны по сравнению с деятельностью нормально развивающихся детей.

Часто они не могут объяснить свое решение (даже в случае правильного выполнения задания). Активный словарный запас, отображающий знания ребенка об окружающем мире, существенно ограничен. В то же время, если ребенок с задержкой психического развития получает организующую и обучающую помощь, качество выполнения заданий приближается к тому, которое наблюдается у нормально развивающихся детей.

Познавательную деятельность детей с нарушениями интеллекта (дети с олигофренией в степени дебильности) характеризуют такие черты, как замедленная ориентировка, инертность, отсутствие глубины осмысления и низкий уровень обобщений. Запас знаний детей об окружающем беден и очень поверхностен. (Например, дети младшего школьного возраста знают только основные цвета и геометрические формы.) Как правило, с помощью взрослого дети составляют простые узоры Кооса, складывают разрезные картинки. С небольшой помощью дети могут проанализировать простую и конкретную, хорошо знакомую им ситуацию, понимают явный смысл сюжетной картинки, в состоянии установить несложную последовательность картинок. Вместе с тем у этих детей возникают затруднения в понимании даже простых текстов, смысла пословиц и метафор. Наиболее трудными для них являются задания, при выполнении которых необходимо понимание внутреннего смыслового содержания ситуации или явления. В процессе ориентировки в новом материале, при необходимости переноса способов решения задачи на аналогичные задания, особенно ярко проявляется инертность психических процессов и конкретность мышления. При выполнении интеллектуальных заданий эти дети часто опираются на внешние признаки предметов, явлений, которые во многих случаях являются несущественными. Организующая помощь мало помогает при выполнении заданий, вызвавших затруднения. Помощь обучающего характера воспринимается с трудом, в замедленном темпе, плохо усваиваются адекватные способы решения задачи, при этом они практически не используются при выполнении аналогичного задания.

Для детей с эпилептоидной психопатией характерны замедленность, инертность процессов мышления, дети медленно усваивают инструкцию, медленно включаются в работу, крайне трудно переключаются с одного вида деятельности на другой. Дети с шизоидной психопатией часто с трудом вступают в контакт, обнаруживают неадекватность эмоциональных реакций, Их суждения во многих случаях носят формальный, поверхностный характер. Во время общения с обследующим дети проявляют склонность к резонерству. В большинстве случаев этим детям сложнее работать с наглядным материалом.

Первичная интеллектуальная сохранность детей с нарушенным зрением обычно выявляется в процессе анализа характера выполнения различных заданий, предлагаемых с целью установления уровня развития мышления. При проведении обследования таким детям следует давать задания, при выполнении которых они могут опираться не на зрение, а на слух, осязание и речь. Из-за снижения зрения у этих детей существенно нарушен зрительный гнозис и затруднена пространственная ориентировка.

У детей с расстройствами двигательной сферы, не сопровождающимися

нарушениями интеллекта, нередко нарушено пространственное восприятие. Поэтому они затрудняются при выполнении заданий, основанных на ориентировке в пространственных отношениях, нередко – при отображении в собственной речи пространственного взаиморасположения предметов.

Одно из общих требований к проведению психолого-педагогического обследования заключается в том, чтобы было обеспечено адекватное понимание ребенком каждого предложенного задания. Если ребенок недостаточно хорошо владеет устной речью, он может неправильно, неполно или неточно понять словесную инструкцию обследующего. Причем это далеко не всегда обнаруживается сразу: иногда ребенок понимает инструкцию по-своему и либо выполняет иное задание, либо выполняет его не так, как требуется. Такое в среде детей с нарушениями развития наблюдается достаточно часто (выраженное в той или иной степени недоразвитие речи отмечается у большинства детей с нарушениями слуха, у детей с нарушениями интеллекта, опорно-двигательного аппарата и, конечно, у многих детей с речевой патологией). В связи с этим, при проведении обследования необходимо каждый раз добиваться правильного понимания задания. С этой целью рекомендуется:

- задавать ребенку уточняющие вопросы о том, как и в какой последовательности он будет выполнять задание, какие предметы - атрибуты для этого использует, в чем конкретно будет состоять то или иное действие и т.д.;
- проанализировать начальные действия ребенка по выполнению предложенного задания, адекватность использования атрибутов деятельности;
- до проведения обследования по основному заданию, обследуемому можно предложить предварительное задание, относительно более легкое, но по содержанию сходное с ним. Если ребенок не может понять и предварительное задание, то используют при его объяснении наглядность и жесты. К основному заданию переходят только после того, как ребенок правильно выполнит предварительное.

Особый методический подход к обследованию детей с нарушениями развития состоит в том, что предлагаемые им проверочные или тестовые задания должны быть по своему содержанию не только речевыми, но и наглядно-практическими (предполагающими действия с реальными предметами и оперирование наглядными образами и не требующими активного использования речи). Если от детей, не имеющих отклонений в развитии, в большинстве случаев удается получить адекватный словесный отчет о выполнении задания, то у детей с недоразвитием речи (дети с речевой патологией, дети с нарушениями слуха, интеллекта и др.) возможности такого словесного описания своих действий резко ограничены. Исходя из этого, при изучении познавательных процессов у детей с недоразвитием речи широко используются их изобразительная и конструктивная деятельность. Рекомендуются, в частности, такие методики исследования, как воспроизведение предметных изображений после их кратковременной наглядной экспозиции, восстановление целостных изображений по матрицам Равена, воссоздание изображений предметов по разрезным картинкам, задания с использованием геометрических форм и др.

Важным требованием к содержанию психолого-педагогического

обследования детей с нарушениями развития является широкое варьирование включаемых в него заданий по их назначению и степени сложности для исследуемых. Так, в программу обследования помимо заданий, доступных для детей того же возраста, не имеющих отклонений в развитии, включаются задания, предназначенные для нормально развивающихся детей более раннего возраста. С другой стороны, в программе обследования, наряду с заданиями, доступными для большинства детей с недостатками развития той или иной категории, могут быть включены и задания, более сложные по содержанию. Плохие или удовлетворительные результаты в выполнении какого-либо одного задания не дают основания судить об уровне познавательного и интеллектуального развития ребенка. Необходимо учитывать особенности деятельности ребенка при выполнении достаточно большого числа разноплановых заданий и отмечать наиболее характерные для него личностно-психологические особенности.

Все задания психолого-педагогического исследования строятся таким образом, чтобы выяснить, задание какой меры сложности может быть выполнено ребенком самостоятельно, а какое – может с помощью обследующего. Работу с ребенком в ходе обследования необходимо строить в форме обучающего эксперимента. Если у ребенка возникают трудности, ему должна быть оказана помощь. При этом выявляется уровень необходимой помощи: помощь в виде общей стимуляции, поощрения; в виде организации деятельности ребенка, наводящих вопросов, прямой подсказки, использования приема совместных действий, показа или обучения на материале аналогичного задания и др. Для этого при организации обследования должна быть предусмотрена строго дозированная помощь по принципу «микрошагов». При анализе полученных результатов учитывается, какой вид помощи и в каком объеме был оказан ребенку, а также насколько эта помощь помогла ему справиться с заданием.

Необходимо, чтобы методика обследования (и каждое отдельное задание) была направлена не просто на то, чтобы установить, решает или не решает ребенок поставленную перед ним задачу, а на то, чтобы выявить его реальные и потенциальные возможности, определить, при каких условиях он может справиться с предложенным заданием. Этот принцип, выдвинутый в свое время Л.С. Выготским, должен быть реализован в каждом психолого-педагогическом исследовании особенностей психического и познавательного развития ребенка.

Если проводится обследование ребенка (подростка) с нарушением поведения, следует учитывать, что объективная оценка уровня и особенностей его познавательного и интеллектуального развития возможна только в оптимальных условиях: при хорошем контакте с обследующей и значимой мотивации. Чтобы правильно оценить, насколько качество ответов ребенка обусловлено девиациями поведения, полезно сравнить результаты обследования до и после установления позитивного эмоционального контакта.

Для проведения психологического обследования необходима спокойная обстановка. Обследование осуществляется в отдельной комнате с небольшим количеством мебели и игровых предметов, чтобы не отвлекать внимание ребенка. С ребенком до 4-х лет обследование проводится за маленьким детским столом или на ковре, с ребенком 4-6-ти лет – за детским столом, с более

старшими детьми – за обычным столом, при этом на столе не должно находиться посторонних предметов.

Если качество ответов и практической деятельности ребенка, ее темп ухудшаются или улучшаются, существенно изменяются к концу или даже к середине обследования, это может быть связано с нарушением работоспособности. В этом случае необходимо проанализировать, как именно можно изменить эти параметры исследования в зависимости от времени наступления утомления или врабатываемости. Снижение работоспособности можно наблюдать у детей с различным уровнем познавательного и интеллектуального развития, поэтому при анализе результатов обследования важно сравнить качество выполнения заданий в начале и в конце обследования, до и после кратковременного отдыха.

Чтобы более быстро вовлечь ребенка в совместную работу в начале обследования ему необходимо дать интересное задание, которое не требует длинной и сложной речевой инструкции. При этом крайне важно, чтобы предлагаемое задание было заведомо доступно ребенку. Обследование лучше начинать с заданий заведомо легких для данного ребенка. Психолог должен вести себя спокойно и доброжелательно, внимательно наблюдать за всеми действиями ребенка. Благодаря этому ребенок с самого начала попадает в «ситуацию успеха». После этого можно переходить к более сложным заданиям. Чтобы ребенок в процессе исследования не устал, а также для поддержания интереса к процедуре обследования, следует чередовать задания вербального и невербального характера, невербальные же задания – с различными приемами исследования (игровыми и графическими).

Важное условие успешности обследования – приспособление к индивидуальным особенностям ребенка: его темпу, уровню утомляемости, колебаниям мотивации и т.д. Так, в случае быстрого утомления можно сделать перерыв и поговорить с ребенком на отвлеченную тему, давая ему возможность отдохнуть.

Все результаты обследования фиксируются в протоколе, отмечается время выполнения заданий, ошибки, допускаемые ребенком, виды помощи, ее эффективность. В тех случаях, если ребенок категорически отказывается от обследования без матери, она может присутствовать при обследовании, в других же случаях ее присутствие нежелательно. В то же время, после обследования психолог должен обсудить с матерью его результаты, ответить на вопросы, дать соответствующие рекомендации. Если по каким-либо причинам ребенок плохо ведет себя во время обследования, отказывается выполнять задания, то необходимо выяснить причины такого поведения и вызвать ребенка на повторное обследование, которое может проводиться через несколько дней. На повторное обследование необходимо приглашать также тех детей, которые быстро утомляются, в связи с чем, обследование должно проводиться в несколько «приемов».

После экспериментально-психологического обследования с ребенком может быть повторно проведена беседа (как правило, непродолжительная). Ее цель – уточнение данных о личностно-психологических особенностях ребенка, выяснение личностной реакции ребенка на процедуру обследования (какие

задания ему понравились, а какие – нет, что было трудно, что – легко, как ребенок сам оценивает свои успехи, как себя чувствует и т.п.).

Педагогическое обследование ребенка дошкольного или младшего школьного возраста, в рамках комплексного изучения, целесообразно проводить путем оценки успешности и «качества» усвоения им программного материала. При этом желательно анализировать показатели развития детей по четырем основным линиям психофизического и личностного развития ребенка дошкольного и младшего школьного возраста: познавательное, социальное, нравственно-эстетическое и физическое развитие.

Социальное развитие характеризуется общением ребенка со взрослыми (родителями и воспитателями в детском саду и семье) и сверстниками, приобретающим на каждом возрастном этапе своеобразные формы. Оно определяется формированием адекватного восприятия окружающих предметов и явлений, положительного отношения к предметам живой и неживой природы, созданием предпосылок и закладкой первоначальных основ мироощущения окружающей природы, присвоением ребенком нравственных общечеловеческих ценностей, национальных традиций, любви к своей семье и к Родине. Социальное развитие включает в себя формирование у ребенка представлений о самом себе, воспитание элементарных интеллектуальных способов самоанализа (прежде всего, с точки зрения формирования адекватной системы положительных личностных оценок и позитивного отношения ребенка к себе).

Социальное развитие ребенка старшего дошкольного и младшего школьного возраста определяется по следующим оценочным критериям, характеризующим сформированность знаний и представлений о себе и окружающем социуме и соответствующих им интеллектуальных способностей:

- дети должны знать и правильно называть свое полное имя, фамилию, возраст, домашний адрес;
- соблюдать элементарные правила личной гигиены;
- уметь рассказать о составе семьи и труде родителей (по вопросам педагога), уметь задать такие же вопросы другим детям;
- знать и называть имя и отчество взрослых, работающих в группе, имена своих товарищей;
- соблюдать основные формы обращения к взрослым и детям;
- знать и выполнять основные правила поведения на занятиях;
- уметь организовывать свое рабочее место и приводить его в порядок после окончания занятия;
- оказывать товарищу помощь при выполнении учебных заданий, изготовлении поделок;
- соблюдать правила гигиены труда и безопасности при выполнении практических заданий;
- соблюдать правила поведения на улице и в общественных местах;
- соблюдать правила поведения на природе (в парках, скверах и других местах отдыха), охранять растения и животных;
- уметь ухаживать за комнатными растениями;

− уметь проявлять волевые усилия: выдержку, настойчивость, решительность, смелость во всех видах предметной и учебной деятельности и др.

В познавательном развитии выделяются следующие показатели: ориентировка ребенка в окружающем мире, сформированность способов и средств познавательной деятельности, способность видеть общее в единичном явлении и находить самостоятельное решение возникающих проблем социально-бытового и учебного характера.

Эстетическое развитие рассматривается в единстве формирования эстетического отношения к миру и художественного развития ребенка средствами искусства (изобразительная деятельность, музыка, художественная литература).

Физическое развитие предполагает формирование у детей начал здорового образа жизни, физической культуры, представлений о собственном теле, умений адекватно реагировать на изменение окружающей среды, сознательного отношения к своему здоровью, безопасности.

Психолого-педагогическое изучение детей с проблемами в развитии в условиях образовательного учреждения. Большое значение имеет целенаправленное изучение неуспевающих детей в условиях общеобразовательной школы. Обычно уже в первой четверти у некоторых детей выявляются трудности в обучении. Педагог совместно с психологом и логопедом должен установить характер и причину неуспеваемости детей, наметить пути педагогической работы с каждым ребенком, познакомить воспитателя и родителей с приемами наиболее эффективной помощи ребенку с учетом его индивидуальных особенностей. Учитель организует обучение и наблюдение за ребенком по предложенной психологом программе. Повторное изучение неуспевающих детей проводится в конце первого года обучения (первого полугодия). На основании анализа динамических изменений решается вопрос о целесообразности направления ребенка в психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) с целью установления места дальнейшего обучения ребенка. При этом необходим тесный контакт педагога с психологом, врачом-педиатром и школьным логопедом.

Если выявленная у ребенка проблема оказывается сложной в диагностическом плане, может возникнуть необходимость в продолжении психолого-педагогических наблюдений. В зависимости от количества детей, нуждающихся в дополнительном изучении, их возраста и состояния могут быть использованы разные пути. В тех случаях, когда речь идет сразу о нескольких детях учащихся, в образовательном учреждении могут быть созданы диагностические группы. Диагностические группы создаются на базе специальной школы в период работы психолого-медико-педагогической комиссии. Срок функционирования группы – от 5 до 12 дней. Занятия в группе проводит педагог-дефектолог, владеющий методикой обучения детей в начальных классах. Периодическое наблюдение за детьми, их обследование проводят психолог, логопед и психоневролог. В зависимости от состава детей в диагностической группе, составляется расписание на каждый день. В учебных группах проводится по 4 урока, а в первый и последний дни недели – 3 урока с переменами в 15-20 минут. Поведение детей на уроках и во время отдыха является предметом изучения и фиксируется в протоколе наблюдений.

Для того чтобы наиболее полно выявить особенности познавательной деятельности ребенка, его эмоционально-волевые качества, используются специальные уроки, которые несколько отличаются от обычных обучающих уроков. Основное место на таких уроках отводится индивидуальным формам занятий с детьми. Учитель стремится максимально полно определить возможности каждого ребенка.

Из педагогической практики известно, что нарушения взаимоотношений в семье, ошибки семейного воспитания негативно влияют на соматическое и психическое развитие ребенка. Многие исследователи указывают, что главные причины детских неврозов и пограничных психических заболеваний связаны с дефектами воспитания и конфликтными отношениями в семье (А.И. Захаров, В.В. Ковалев, В.В. Ткачева и др.). Нарушения семейных взаимоотношений оказывают негативное влияние и на ребенка с нарушениями развития, на эффективность проводимых коррекционно-педагогических мероприятий, провоцируют разнообразные вторичные отклонения в психическом развитии ребенка. Семья играет важную роль в формировании умственных способностей ребенка, его эмоционально-волевой сферы и личности. Дети с социально-педагогической запущенностью чаще встречаются в семьях, где родители страдают психическими заболеваниями, алкоголизмом, в конфликтных семьях, в неблагополучных семьях, где ребенок воспитывается в условиях безнадзорности.

При проведении социально-педагогического исследования необходимо оценить следующие показатели: уровень образования родителей, общий культурный уровень семьи, материальную обеспеченность, жилищно-бытовые условия; особенности взаимоотношений в семье, наличие вредных привычек у родителей, состояние здоровья родителей.

Беседы с родителями являются обязательной составной частью комплексного изучения ребенка с нарушениями развития. В беседе с родителями следует выяснить роль отца и матери в воспитании ребенка, оценить тип семейного воспитания, установить причинно-следственные связи между типами правильного воспитания и особенностями развития ребенка, сопоставить тип семейного воспитания с особенностями его умственного и личностного развития.

1.3 Основные закономерности аномального (нарушенного) развития

Прежде чем подойти к общей характеристике особенностей нарушенного (аномального) развития, следует остановиться на основных закономерностях развития ребенка в норме, так как наиболее существенные черты аномального развития выявляются в сопоставлении с закономерностями развития нормального ребенка. На протяжении длительного времени многие исследователи, занимавшиеся проблемой развития ребенка, придерживались той точки зрения, что все свойства, характеризующие взрослого человека, заложены в самом человеческом зародыше, процесс же развития сводится к постепенному развертыванию и вызреванию врожденных задатков. Согласно этой теории, носящей название преформизма (предобразования), весь процесс развития определяется наследственностью, а воспитание – лишь внешнее условие для выявления врожденных задатков.

Социальные факторы, по мнению сторонников этой теории, играют крайне пассивную роль в развитии организма – ведь все заранее предопределено наследственностью; воспитание и другие условия жизни могут лишь в большей или меньшей мере способствовать выявлению врожденных свойств человека. Указанная теория и до настоящего времени имеет ряд сторонников в зарубежной педагогической и психологической науке.

Такая односторонняя трактовка проблемы развития не позволяет правильно понять закономерности формирования и развития психическую практику, поскольку игнорирует определяющее влияние обучения и воспитания на процесс развития ребенка.

Появившись на свет, младенец не владеет никакими способами самостоятельного удовлетворения своих врожденных потребностей (в питании, способе движения и др.), он может лишь криком «сигнализировать» о том, что его состояние неблагополучно, что он испытывает отрицательные эмоции. Окружающие его люди приходят на помощь – устраняют неблагоприятные факторы, что способствует возникновению у ребенка положительных эмоций.

В дальнейшем индивидуальное развитие психики зависит не только от созревания мозговых структур, но и от усвоения (или по-другому, «присвоения») ребенком человеческого опыта.

Не случайно он научается говорить на том языке, на котором разговаривают окружающие, овладевает теми способами поведения, общения, которые приняты в окружающей его социальной среде, обучается тем предметно-практическим действиям, которым его (прямо или опосредованно) учит социальное окружение. На основе овладения внешней предметно-практической деятельностью возникает внутренняя психическая (умственная) деятельность ребенка: он усваивает способы мышления и запоминания, которыми владеют окружающие его люди. Таким образом, по выражению А.Н. Леонтьева, ребенок «впитывает в себя опыт человечества».

С другой стороны, развитие всякого психического процесса зависит и от биологических факторов, от индивидуальной специфики природной основы психики человека. Установлено, что у разных людей обнаруживаются различия в ряде врожденных свойств нервной системы (нервно-психическая активность, быстрота возникновения и прочность сохранения условных связей, умственная работоспособность и др.). Эти различия обусловливают разную способность людей к усвоению общественного опыта – его восприятию, запоминанию, обобщению и практическому использованию – от этого зависит, насколько человек сможет активно и осознанно познавать действительность, преобразовывать ее, проявляя свои творческие способности. В то же время, такие сложные психические функции, как память, активное внимание и др. формируются в процессе развития под влиянием социальных условий. В их основе лежат не только природные задатки, но и формы, способы деятельности ребенка, виды его общения с окружающими.

Видный отечественный ученый в области генетики, академик Н.П. Дубинин указывал, что человек обладает исключительной пластичностью нормы реакции, и это определяет огромную роль среды воспитания при формировании личности

человека. Вместе с тем, каждый человек уникален по заложенной в нем генетической программе. В результате он развивается под воздействием двух программ. Первая программа – это наследственные задатки, вторая – задается воспитанием, через которое «личность испытывает формирующее влияние всей истории человечества, кристализованной в этой современной человеку социальной среде, в которой он живет».

Согласно концепции Л.С. Выготского о единстве биологического и социального в онтогенетическом развитии - любой психический процесс в своем развитии несет в себе как наследственные предпосылки, так и влияния окружающей среды. При этом в понятие окружающей среды входит и биогеографическая среда обитания, и социальная среда.

Сложный и многогранный процесс развития личности обусловлен единством биологических и социальных факторов. Это единство, как подчеркивал Л.С.Выготский, не выступает в виде механического сочетания наследственных и средовых факторов, а представляет собой сложное диалектическое единство, изменчивое как по отношению к отдельным психическим функциям, так и к разным этапам возрастного развития ребенка. Поэтому для правильного понимания процесса психического развития важно определить роль и значение наследственных факторов и средовых влияний.

Роль биологических и социальных факторов в психофизическом развитии ребенка в разном возрасте неодинакова. Например, простой двигательный акт, формирующийся на ранних этапах жизни ребенка, больше зависит в своем развитии от биологических факторов; более сложные предметные целенаправленные действия, включенные в сферу психомоторики, требуют более длительного пути для своего формирования и в большей мере зависят от социальных, средовых факторов.

Развитие таких сложных психических процессов, как произвольное внимание, активное запоминание, мыслительная деятельность, а также развитие характера, поведения неизмеримо больше зависит от окружающей социальной среды (условий воспитания и обучения, культурно-бытового окружения, характера общения, форм и способов деятельности и др.).

Ребенок с первых дней существования находится во взаимодействии с окружающей его социальной средой, которая определяет его развитие и, как отмечал Л.С. Выготский, «как бы ведет за собой его развитие». Процесс развития ребенка имеет ту характерную особенность, что на каждом последующем возрастном этапе происходят не только количественные изменения, но возникают новые свойства и качества личности. Появление нового (новых знаний, новоприобретенных умений и навыков) на каждом возрастном этапе онтогенеза является главным признаком познавательного развития ребенка.

Для развития психики человека характерно неодновременное и неравномерное формирование различных психических функций. Каждая психическая функция, как указывал Л.С. Выготский, в процессе своего формирования имеет свой оптимальный этап развития, получивший в возрастной психологии название сензитивного.

Так, у новорожденного ребенка в недифференцированном сознании вначале

выделяется функция восприятия. И хотя она еще слита с элементарными аффективными реакциями, выделение этой функции обусловливает ее доминирующее развитие в младенческом возрасте. Функция восприятия развивается и на дальнейших возрастных этапах, но наиболее интенсивно – в период раннего развития.

То же можно отметить и в отношении сензитивного периода развития речевой деятельности, которая занимает центральное место в общем психическом развитии ребенка. Решающий этап наиболее интенсивного ее развития приходится на период от 1,5 до 5-ти лет. Речь ребенка в определенной мере развивается и до 1,5 лет; интенсивно и многообразно она развивается после 5-ти лет, но, ни в каком другом возрастном периоде она не достигает такого темпа развития как в возрасте от 1,5 до 5-ти лет.

В дошкольном возрасте доминирующее положение в развитии занимает и такой психический процесс, как память, которая именно в этом возрасте достигает максимального темпа своего развития. Это не случайно, так как деятельность ребенка-дошкольника требует запечатления, сохранения и воспроизведения все большего и большего количества впечатлений. Развитие памяти в этот период происходит под влиянием уже в известной мере развившихся процессов восприятия, мышления и речи, что создает благоприятные условия для ее развития; в то же время, память, в силу своего доминирующего положения, в свою очередь содействует их развитию. К началу школьного возраста доминирующая роль в сознании принадлежит мышлению. Развиваясь в этот период наиболее интенсивно, под влиянием уже достигших определенного уровня процессов памяти, речи, внимания, мышление оказывает преобразующее влияние и на их развитие.

Физиологической основой высших психических функций являются сложные функциональные системы, включающие как афферентные и эфферентные звенья, так и корковые отделы. Одни из этих звеньев закреплены за определёнными участками мозга, другие обладают высокой пластичностью и могут заменять друг друга. Это свойство положено в основу механизма перестройки функциональных систем, обеспечивающего процессы компенсации.

В рамках своей теории, Л.С. Выготский развил идею Г.Я. Трошина об общих закономерностях нормального и аномального развития. Важнейшее значение для всех областей специальной психологии и педагогики имеет вывод о том, что развитие психики аномальных детей подчиняется в основном тем же закономерностям, которые отмечаются в развитии нормального ребёнка.

К наиболее общим и значимым закономерностям относятся – поэтапность и неравномерность (скачкообразность) психического развития, наличие сензитивных периодов, соотношение влияющих на развитие ребёнка биологических и социальных факторов, пластичность нервной системы и основанная на этом способность к компенсации.

Возрастные этапы развития ребенка исчисляются с момента рождения, формирование различных систем, лежащих в основе всего дальнейшего психического развития, начинаются во внутриутробном периоде. Однако уровень развития анализаторов к периоду новорожденности оказывается далеко не

законченным. Как правило, к моменту рождения ребенка наиболее полно сформированными оказываются периферические отделы всех анализаторов (что проявляется в виде защитных и примитивных безусловных рефлексов). В постнатальном периоде происходит дальнейшее развитие анализаторов за счет включения стволовых и подкорковых отделов, а затем и коркового (центрального) конца анализатора. Именно развитие корковых отделов анализаторов обеспечивает аналитико-синтетическую деятельность нервной системы.

На основании педагогического опыта и психолого-физиологических исследований принято выделять следующие этапы психического развития детей: младенческий – от рождения до I года; преддошкольный – от 1-го до 3-х лет; дошкольный – от 3-х до 7-ми лет; младший школьный – от 7-ми (6,5) до 11 лет; подростковый – от 11 до 15 лет и юношеский – от 15 до 17 лет.

Знание особенностей возрастных этапов развития является чрезвычайно важным, так как в едином процессе формирования психических качеств личности каждый возрастной этап самым тесным образом связан с предыдущим. Нарушение развития на каком-либо этапе неизбежно будет влиять на последующие этапы развития. Поэтому, при анализе особенностей развития ребенка важно знать, как протекало его развитие на предыдущих возрастных этапах.

Необходимо также учитывать, что процесс психического развития ребенка на каждом этапе находится в сложном отношении с факторами окружающей среды, которые на разных возрастных этапах имеют разную степень значимости для формирования психических функций и познавательной деятельности.

Например, в возрасте от 1,5 до 5-ти лет речевая среда для развития ребенка имеет особо важное значение, поскольку речь ребенка в этот период развивается наиболее интенсивно.

Коротко остановимся на последовательных этапах психического развития.

К моменту рождения у ребенка сформированы врожденные безусловные рефлексы, на базе которых в младенческом возрасте формируется ряд подготовительных стадий для психофизического развития, развития познавательных функций и речи, концу первого года жизни ребенок начинает делать первые шаги, понимает некоторые обращенные к нему слова и становится способным сам произносить первые слова.

В преддошкольном возрасте происходят особенно большие сдвиги в развитии, имеющие исключительное значение для формирования психических функций. В связи с развитием моторики ребенок активно действует с предметами, игрушками, начинает усваивать способы употребления различных предметов, что расширяет его познавательный опыт, особенно интенсивно развивается речь (к концу третьего года словарь ребенка достигает примерно 1000-1500 слов), что способствует развитию общения ребенка с окружающими, восприятия и познания окружающего мира. Приобретая, помимо конкретного, развернутое обещающее значение, слово становится основой, «структурной базой» для формирования как образного, так и понятийного мышления.

В раннем и младшем дошкольном возрасте особенно интенсивно идет развитие психических функций и свойств личности. В этот период совершенствуется двигательная сфера, что расширяет круг практической

деятельности ребенка. Исключительно бурно идет развитие речи. К 3-4-х летнему возрасту нормально развивающийся ребенок обычно овладевает всей системой звуков родного языка и основными формами его грамматического строя. Значительно обогащается словарный запас, который к 6-ти годам составляет свыше 3-3,5 тысяч слов.

В связи с расширением форм общения с окружающими у ребенка появляется связная речь, при посредстве которой он может передать свои переживания и впечатления. Начинает формироваться регулирующая и планирующая функции речи. В старшем дошкольном возрасте у ребенка начинает формироваться и контекстная речь (речь понятная по содержанию вне зависимости от конкретной ситуации общения), развивается монологическая речь. Такого уровня речевого и психического развития достигает ребенок в процессе речевого общения, активной деятельности, взаимодействия с внешней средой.

Значительные изменения происходят в развитии процесса восприятия, которое в этот период приобретает черты самостоятельного, целенаправленного процесса. Ребенок оказывается в состоянии выделять предмет из ряда других предметов, выделять его качества, детали предмета, наблюдать явления окружающей действительности. Следует отметить, что для обогащения восприятия детей существенное значение имеет уровень речевого развития, так как они уже владеют словами для обозначения свойств и качеств предмета.

В дошкольном возрасте, особенно на начальном его этапе, усиленно развивается непроизвольное запоминание – дети легко запоминают стихи, сказки, рассказы. Позднее (главным образом, в игровой деятельности), у них постепенно начинают складываться элементы произвольного активного запоминания,

Расширяется практическая сфера широкого знакомства с окружающей действительностью, развитие речи и, в связи с этим, овладение более совершенным способом общения – все это формирует у дошкольника сознательное отношение к действительности. В период 3-4 года у ребенка появляются разнообразные вопросы, свидетельствующие о том, что его интересуют причинно-следственные связи между явлениями окружающей действительности. Это говорит о возникновении у ребенка более обобщенных форм мышления, развитие которых играет огромную роль на всех последующих возрастных этапах.

Сложный путь развития ребенка-дошкольника находится в тесной связи и зависимости от его активной и разнообразной деятельности. Возросшая активность, стремление к самостоятельности, наличие интересов с ярко выраженной эмоциональной окраской обусловливают возникновение игры как ведущей деятельности этого возраста, в которой формируются все стороны личности ребенка.

К концу дошкольного и началу школьного возраста происходят изменения в развитии эмоционально-волевой сферы. Деятельность дошкольника, его отношения с окружающими носят непосредственный эмоциональный характер. Это объясняется тем, что у ребенка, даже старшего дошкольного возраста, внутренняя речь еще не достигает достаточного уровня развития. Ребенок 4-6 лет нередко сопровождает свою деятельность речью. При этом он прибегает к

проговариванию, особенно в тех случаях, когда испытывает какие-либо затруднения. Речь в этом случае является своеобразным регулятором деятельности ребенка. Постепенно эта речь свертывается, как бы уходит внутрь, создавая ребенку возможность обдумать про себя ситуацию, оценить тот или иной поступок, свои желания, прежде чем ответить на вопрос или осуществить какое-либо действие.

Развитие эмоционально-волевой сферы и личности в целом в старшем дошкольном возрасте формирует у ребенка способность критически относиться к своей деятельности и поведению. К старшему дошкольному возрасту оказывается сформированным, хотя и в элементарном виде, отношение к ситуации, поступкам, действиям окружающих.

Таким образом, весь путь развития ребенка в дошкольном возрасте приводит к определенному уровню созревания его личности, что в свою очередь оказывает влияние на формирование всех видов произвольной деятельности.

Перед ребенком, поступившим в школу, встает задача овладеть новыми формами деятельности. Постепенно учебный труд начинает занимать настолько значительное место в деятельности ребенка, что сам становится важнейшим фактором развития его личности. В период обучения в школе особенно интенсивно развиваются и совершенствуются такие высшие психические функции, как логическая память, произвольное внимание, более сложные формы мышления и др. Возникает способность активно и произвольно направлять свое внимание, удерживать и сосредоточивать его на определенном объекте деятельности.

В школьном возрасте большие изменения происходят в развитии мышления. Школьник начинает более отчетливо осознавать причинно-следственные связи событий и явлений, и постепенно овладевает способностью словесно формулировать их. Вместо характерного для дошкольника наглядно-образного мышления, появляется мышление, основанное на абстракции и обобщении.

В период начального школьного обучения наиболее отчетливо проявляется взаимосвязь между процессами обучения, воспитания и развития детей. Обучение и воспитание имеют определяющее значение для психического развития ребенка, а продвижение в развитии в свою очередь оказывает положительное влияние на процесс обучения. Тесная взаимосвязь процессов обучения и развития особенно отчетливо выявляется при анализе трудностей в обучении детей, имеющих те или иные отклонения в развитии.

Оптимистически оценивая возможности психического развития аномальных детей, отечественная дефектология утверждает ведущую, определяющую роль процесса обучения в таком развитии. Теоретической основой этого положения является концепция Л.С. Выготского наличии у ребенка (в том числе ребенка с ОВР) как бы двух уровней развития познавательных возможностей: уровня актуального (уже достигнутого) развития, опираясь на который ребенок может полностью самостоятельно выполнять те или иные задания или действия, и зоны ближайшего развития, отражающей его потенциальные возможности. Реализовать их ребенок в настоящий момент может только при оказании ему той или иной педагогической помощи. Л.С. Выготский подчеркивал, что обучение должно вести

за собой развитие, идти впереди него, т.е. опираться не только на сформировавшиеся психические функции ребенка – уровень его актуального развития, но и на формирующиеся функции, находящиеся в зоне ближайшего развития. Ориентиром, открывающим «перспективу» личностного развития, является уровень последующего развития (знания, умения и навыки, к овладению которыми ребенок переходит на следующем этапе своего развития).

Только в тех случаях обучение будет активно способствовать развитию ребенка, если то, что он сегодня выполняет с помощью педагога, завтра сможет выполнить самостоятельно. Эта основная общепсихологическая закономерность развивающего обучения имеет огромное значение для дефектологии, так как ребенок с ограниченными возможностями в большей степени, чем его нормально развивающиеся сверстники, нуждается в педагогической помощи, в том, чтобы его потенциальные (сохранные) возможности были реализованы.

Таким образом, психическое развитие человека определяется объемом и качеством присвоенного им социального опыта (выполнения различных видов деятельности), но предпосылки этого создают биологические факторы. И чем сильнее нарушено биологическое в индивиде, тем сложнее обеспечить эффективность психолого-педагогического влияния на его развитие.

Понятие о сложной структуре дефекта развития. Особенности процесса, нарушенного (аномального) развития

Наличие у детей стойких дефектов обусловливает своеобразие их психофизического развития. Важно учитывать, что это своеобразие не означает наличия только отрицательных признаков аномального развития ребенка. Хотя дефект, безусловно, вызывает целый ряд нарушений общего процесса развития, все же и в развитии ребенка с ограниченными возможностями присутствуют некоторые моменты положительной направленности. Они возникают при соответствующих условиях воспитания как следствие приспособления ребенка с дефектом к реальному окружению. Так, у незрячих детей хорошо развиваются способы ориентировки, связанные с тактильными, слуховыми и другими ощущениями, которые в определенной мере возмещают утраченную зрительную функцию.

В отечественной дефектологии прочно утвердилось выдвинутое Л.С. Выготским положение о том, что развитие психики детей с нарушениями развития подчиняется тем же закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка. Вместе с тем имеется целый ряд закономерностей, характерных только для аномального (нарушенного) развития. Одна из важнейших закономерностей развития аномальных детей была сформулирована тем же Л.С. Выготским. Критически изучив проблему компенсации психических функций Л.С. Выготский обосновал её понимание на основе представлений о синтезе биологических и социальных факторов. Данная закономерность основывается на его учения о сложном, системном строении дефекта, в связи с чем используется понятие «структура дефекта».

Согласно этой концепции, наличие нарушения функций какого-либо одного анализатора (или интеллектуального дефекта) не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений, в результате

чего возникает целостная картина своеобразного атипичного развития. По Л.С. Выготскому, любой дефект характеризуется сложной иерархией первичных нарушений, вызванных поражением центральной нервной системы или анализаторов; вторичных нарушений, детерминированных первичными, третичных нарушений (отклонений в личностном развитии) и сохранных функций.

При анализе сложной структуры аномального развития необходимо, прежде всего, выделять первичный дефект, непосредственно вызванный тем или иным болезнетворным фактором (травма, инфекция) и вторичные отклонения, возникающие в онтогенетическом развитии ребенка как следствие первичного дефекта. Как указывал Л.С. Выготский, в процессе аномального развития возникают вторичные нарушения, которые, не будучи непосредственно связаны с первичным дефектом, проистекают сами из влияния этого дефекта на развитие других функций.

Так, в структуре аномального развития глухого ребенка первичным дефектом является тяжелое нарушение слухового восприятия. Слуховая функция играет важнейшую роль в овладении ребенком словесной речью. Поэтому если потеря слуха произошла на ранних этапах развития ребенка, то в обычных условиях воспитания его устная речь не развивается, возникает немота. Она уже является вторичным отклонением в развитии глухого ребенка, вызванным наличием первичного дефекта.

В условиях полной или частичной потери слуха для обучения ребенка устной речи используют различные «обходные пути», опору на сохранные анализаторы (зрительный, кинестетический и др.). Однако без полноценного участия слуха процесс овладения речью отличается значительным своеобразием: имеют место нарушения звукопроизношения, очень медленно накапливается словарный запас, обнаруживаются серьезные недостатки в формировании грамматического строя речи, в развитии импрессивной речи (понимание значения отдельных слов, словосочетаний и др.). В свою очередь, недостаточное овладение устной речью приводит к целому ряду других нарушений в психическом развитии ребенка, поскольку речь имеет первостепенное значение для формирования познавательной деятельности. Например, при нарушениях в развитии речи, возникших вследствие недостаточности слуховой функции, выявляются серьезные затруднения в формировании словесно-логического мышления ребенка, в частности, в овладении языковыми обобщениями, трудности запоминания языкового материала. Вынужденная ограниченность полноценного речевого общения может привести к отклонениям в развитии характера, личности глухого ребенка.

Различение и разграничение первичного дефекта и вторичных отклонений в развитии помогает разобраться в сложной структуре дефекта и при других формах нарушений развития.

У детей с тяжелым недоразвитием речи речевой дефект, непосредственно вызванный каким-либо болезнетворным повреждающим фактором, является первичным, но он также приводит к целому ряду вторичных отклонений в развитии психической и познавательной деятельности. Изучение личностно-психологических особенностей детей с общим речевым недоразвитием показывает, что для них характерны: неустойчивость внимания, нарушения памяти

(прежде всего вербальной памяти), восприятия, умственной работоспособности, формирования комбинаторных функций, различные отклонения в эмоционально-волевой сфере (вялость, инертность, эмоциональная возбудимость и др.).

Итак, развитие аномального ребенка характеризуется целым рядом специфических проявлений. Как подчеркивал Л.С. Выготский, все симптомы нарушения нормального развития не выстраиваются в один ряд, члены которого находятся в тождественном отношении к причине, породившей весь этот ряд. Одни симптомы непосредственно вызваны болезнетворными факторами, другие связаны с ними в различной степени опосредствования. Чем меньше возраст ребёнка, тем более выражен первичный дефект, вторичные же нарушения формируются в ходе социального развития ребёнка, его взаимодействия с окружающими.

Исследованиями дефектологов и врачей-специалистов было установлено взаимодействие первичного дефекта и вторичных отклонений при различных нарушениях развития. Мы рассмотрели примеры, когда наличие первичного дефекта вызывает множественную вторичную симптоматику. В свою очередь вторичные нарушения могут влиять на первичный дефект. Так, если ребенок с тяжелым нарушением слуховой функции, но при наличии остаточного слуха, не овладел разговорной речью, то он и не пользуется своим остаточным слухом для восприятия чужой речи. По мере же преодоления вторичного дефекта – речевого недоразвития – все более адекватно начинают использоваться сохранные возможности слухового восприятия.

Из первой общей закономерности аномального (нарушенного) развития вытекают несколько частных его закономерностей, учет которых имеет важнейшее значение для специальной педагогики и психологии. Основными положениями, имеющими прикладное значение для дефектологии, выступают следующие:

- Направленному коррекционно-педагогическому воздействию, прежде всего, поддаются вторичные отклонения в развитии аномального ребенка, в возникновении и в преодолении которых большую роль играют средовые факторы.
- Чем дальше отстоит от первичного дефекта вторичное отклонение, тем легче оно поддается целенаправленному психолого-педагогическому воздействию. Это можно проиллюстрировать следующими примерами.

В речевом развитии глухого ребенка очень трудно исправить недостатки произношения звуков и слов, т.к. они ближе всего относятся к первичному дефекту. Недостатки произносительной стороны устной речи в данном случае зависят от невозможности полноценно обеспечивать слуховой контроль за собственной речью.

Другие недостатки речевого развития неслышащих (словарный запас, понимание значения слов, грамматический строй речи) более успешно поддаются коррекции, при создании соответствующих педагогических условий. Для их исправления широко используется сохранное зрительное восприятие неслышащих, их возможности в осуществлении активной мыслительной деятельности.

При проведении коррекционно-воспитательной работы с умственно

отсталыми детьми крайне трудно добиться успехов в преодолении инертности, тугоподвижности их мышления, тесно связано с нарушением подвижности нервных процессов в коре головного мозга. Значительно большая эффективность достигается, например, при целенаправленном педагогическом воздействии на такие типичные недостатки личности как снижение самокритичности, нарушение адекватной самооценки в сочетании с неуверенностью в себе. Указанные недостатки, как правило, прямо не связаны с ядерными признаками умственного недоразвития, а возникают опосредованно, как вторичные нарушения.

При раннем начале коррекционной работы можно ослабить проявление первичного дефекта и предупредить (или ослабить) проявления вторичных нарушений;

Коррекционная работа с детьми, имеющими недостатки в развитии, строится с опорой на сохранные функции («принцип обходного пути»). Учёт этих основополагающих факторов позволяет более эффективно строить процесс коррекционного воздействия.

Если воспитание аномального ребенка, начиная с самых ранних этапов его развития, не учитывает специфические трудности в овладении им «социальной культурой общества» (по терминологии Л.С. Выготского), то это ведет к возникновению вторичных отклонений в развитии ребенка. В таких условиях, как отмечал Л.С. Выготский, возникает «дивергенция», расхождение обоих планов развития, слияние которых характерно для нормального ребенка.

Несовпадение биологических предпосылок развития и внешних влияний на аномального ребенка, не приспособленных к его особенностям (т.к. они рассчитаны на нормально развивающийся организм) Л.С. Выготский считал «основной отличительной чертой всякого развития аномального ребенка».

Л.С. Выготский отмечал также, что для всех форм аномального развития характерны затруднения во взаимодействии со средой, прежде всего, социальной. Развивая это положение, известный советский дефектолог Ж.И. Шиф отмечала, что во всех случаях аномального развития совокупность порождаемых дефектом последствий отражается на развитии личности ребенка. Особенностями такой личности являются пониженный фон настроения, астенические черты, нередко ипохондричность, тенденция к ограничению социальных контактов, заниженная самооценка, тревожность, повышенная нервозность, фобии (страхи) и др. Такие нарушения особенно вероятны при неправильном семейном воспитании и несвоевременно, и неверно организованном обучении.

Это можно видеть на следующем примере. К характерным признакам недоразвития умственной деятельности относятся слабость ориентировочной деятельности и связанная с ней низкая познавательная активность, слабость замыкательной функции коры головного мозга, выраженная инертность нервных процессов и др. Наличие этих первичных (или «ядерных», по терминологии Л.С. Выготского) признаков приводит к тому, что ребенок с интеллектуальным дефектом, при обычных условиях воспитания, не имеет возможности в полной мере «проходить» ряд важнейших социальных школ: совместных со взрослым предметных действий, коллективной игры, полноценного речевого общения с окружающими. В результате, у умственно отсталого ребенка возникают различные

нарушения формирования личности (воли, уверенности, критичности, самостоятельности и др.).

Исходя из сказанного, становится очевидным, что чем раньше будут созданы специальные условия для воспитания ребенка с ограниченными возможностями, чем они больше будут учитывать специфику его развития, обусловленную первичным дефектом, тем с большей степенью эффективности можно предотвратить или сгладить возникновение вторичных отклонений в развитии.

У детей с ограниченными возможностями всех категорий в той или иной степени выражены нарушения речевого общения и, следовательно, речевой коммуникации. Это обусловлено как первичными, так и вторичными нарушениями процесса речевого развития, отмечаемыми у большинства детей с ограниченными возможностями.

Другой особенностью, характерной для всех видов аномального развития, является снижение способности к приему и переработке информации (В.И. Лубовский). При этом уменьшается скорость и объём воспринимаемой информации, нарушается хранение информации и её использование. Причинами этого являются как первичные, так и вторичные нарушения в деятельности ведущих анализаторов: зрительного, слухового, общедвигательного, а также снижения функциональных возможностей интеллектуальной деятельности – у детей с интеллектуальными нарушениями. Еще одним фактором, обусловливающим данную закономерность, являются первичные и вторичные нарушения речевого развития, поскольку речевой канал приема и переработки информации для человека, в его познавательной деятельности, является ведущим каналом передачи и приема информации.

Ещё одной общей закономерностью аномального развития, по мнению В.И. Лубовского и И.Т. Власенко является нарушение словесной регуляции деятельности, что проявляется в недостаточности и специфических особенностях словесного опосредствования. По мнению И.Ю. Левченко и С.Д. Забрамной, затруднения при приёме и переработке информации, трудности словесного опосредствования, особенно вербализации воспринимаемого и анализируемого, искажение запоминаемого материала ведут к нарушениям в развитии мышления, в частности, к замедленному формированию процессов обобщения и отвлечения, трудностям символизации.

Своеобразие развития ребенка с ОВР определяется, прежде всего, степенью выраженности и качеством первичного дефекта. Так, умственная отсталость может быть вызвана различными по характеру и тяжести поражениями дне, а от этого зависят индивидуальные возможности познавательной деятельности ребенка.

При частичном нарушении зрительного анализатора (у слабовидящих) запас представлений об окружающем, естественно, богаче, чем при тотальной слепоте, хотя в этих представлениях обнаруживаются серьезные искажения, связанные с тем, что дети используют частично сохранное, но неполноценное зрительное восприятие.

Таким образом, от степени выраженности и характера первичного дефекта зависят не только количественное, но и качественное своеобразие вторичных отклонений в развитии аномального ребенка.

Важным фактором, влияющим на своеобразие развития аномального ребенка, является фактор времени возникновения основного дефекта. Так, различие между позднооглохшими детьми и глухими от рождения (или оглохшими в самом раннем возрасте) состоит в том, что у первых остается в той или иной степени сохранной устная разговорная речь. Чем позднее возникла у ребенка глухота, тем сохранней его речевое развитие, что отражается и на других особенностях психической и познавательной деятельности.

Дети с врожденной или приобретенной в раннем детстве умственной отсталостью по особенностям развития весьма отличаются от детей, у которых поражение ЦНС, вызвавшее стойкий интеллектуальный дефект, на более поздних этапах развития (например, при травматических повреждениях мозга). У последних недостатки мышления, речи, логической памяти и др. выражены в значительно меньшей степени. В то же время, для них характерны чрезвычайно высокая утомляемость при умственных нагрузках, что приводит к нарушениям устойчивости внимания, произвольного запоминания, а также к развитию некоторых характерологических особенностей.

Приспособление ребенка с отклонениями в развитии к окружающей действительности происходит за счет опоры на более сохранные функции. Так, при поражениях отдельных анализаторов активно включаются в процесс познания окружающего мира те анализаторы, в деятельности которых нарушений нет. К примеру, познавательное развитие незрячего (слепого) ребенка происходит с опорой на акустическое восприятия, осязательную (тактильную) и обонятельную чувствительность, с помощью которых он получает различную информацию, ориентируется в пространстве. Неслышащие дети прежде всего опираются на сохранное зрение. Широко используются в работе с глухими и сохранные возможности других анализаторов. Так, при постановке звуков речи и обучении контролю за собственной речью в работу включается и кинестетический анализатор.

Если для умственно отсталого ребенка постоянно создавать ситуации, которые пробуждают у него хотя бы слабо выраженный интерес к познанию, давать ребенку возможность самому прийти пусть к элементарным, но все же, в какой-то мере самостоятельным выводам, учить его анализу, сравнению, обобщению – развитие его умственной деятельности будет проходить более эффективно.

Развитие аномального ребенка в значительно большей степени зависит от обучения, чем у нормально развивающихся детей. Для ребенка с ОВЗ необходимо как можно более раннее и полное специально организованное психолого-педагогическое вмешательство. Важно не только раннее педагогическое воздействие, но такое педагогическое воздействие, которое обусловливает наиболее полное развитие различных сторон психики и поведения ребенка.

1.4 Основное содержание комплексной коррекционной работы с детьми

В Федеральном законе № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», инклюзивное образование определяется, как обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых

образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Согласно Статье 79, № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»: определен порядок получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья. Содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Адаптированная образовательная программа – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья, с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Общее образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам. В таких организациях создаются специальные условия для получения образования указанными обучающимися.

Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья в настоящем Федеральном законе понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Отдельные организации, осуществляющие образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам, создаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами и других обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации образовательной деятельности для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по основным общеобразовательным программам, образовательным программам среднего профессионального

образования, соответствующим дополнительным профессиональным программам, программам профессионального обучения и дополнительным общеобразовательным программам определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере общего образования, совместно с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Особенности организации образовательной деятельности для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, по образовательным программам высшего образования и соответствующим дополнительным профессиональным программам, определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере высшего образования, совместно с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья, проживающие в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, находятся на полном государственном обеспечении и обеспечиваются питанием, одеждой, обувью, мягким и жестким инвентарем. Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья, не проживающие в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, обеспечиваются учредителями таких организаций бесплатным двухразовым питанием за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов и иных источников финансирования, предусмотренных законодательством РФ.

Порядок обеспечения бесплатным двухразовым питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучение которых организовано федеральными государственными образовательными организациями на дому, в том числе возможность замены бесплатного двухразового питания денежной компенсацией, устанавливается федеральными государственными органами, в ведении которых находятся соответствующие образовательные организации. Порядок обеспечения бесплатным двухразовым питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучение которых организовано государственными образовательными организациями субъектов РФ и муниципальными образовательными организациями на дому, в том числе возможность замены бесплатного двухразового питания денежной компенсацией, устанавливается соответственно органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления.

Профессиональное обучение и профессиональное образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе образовательных программ, адаптированных при необходимости для обучения указанных обучающихся. Лица, признанные инвалидами I, II или III группы после получения среднего профессионального образования или высшего образования, вправе повторно получить профессиональное образование соответствующего

уровня по другой профессии, специальности или направлению подготовки за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов в порядке, установленном настоящим Федеральным законом для лиц, получающих профессиональное образование соответствующего уровня впервые. Профессиональными образовательными организациями и образовательными организациями высшего образования, а также организациями, осуществляющими образовательную деятельность по основным программам профессионального обучения, должны быть созданы специальные условия для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации обеспечивают получение профессионального обучения обучающимися с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющими основного общего или среднего общего образования.

При получении образования обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков. Указанная мера социальной поддержки является расходным обязательством субъекта РФ в отношении таких обучающихся, за исключением обучающихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Для инвалидов, обучающихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, обеспечение этих мер социальной поддержки является расходным обязательством РФ.

Государство в лице уполномоченных им органов государственной власти РФ и органов государственной власти субъектов РФ обеспечивает подготовку педагогических работников, владеющих специальными педагогическими подходами и методами обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, и содействует привлечению таких работников в организации, осуществляющие образовательную деятельность.

Психолого-педагогическая помощь детям предусматривает решение ряда организационно-педагогических задач и практическую реализацию следующих направлений коррекционной работы:

- Всестороннее изучение причин нарушения у данного ребенка, нарушений поведения, причин, способствовавших возникновению аффективных реакций. Выяснение условий воспитания и развития ребенка в семье.
- Устранение (по возможности) или ослабление психотравмирующих моментов (в том числе негативных психотравмирующих факторов социального плана, например, неблагоприятных условий жизни и деятельности ребенка в семье, неправильного педагогического подхода к воспитанию ребенка и т.д.).
- Определение и практическая реализация рационального (с учетом индивидуальных особенностей ребенка) режима дня и учебной деятельности. Организация целенаправленного поведения ребенка; формирование адекватного поведения в различных социально-бытовых ситуациях.
- Установление позитивного тесного эмоционального контакта с ребенком, включение его в увлекательную деятельность (совместно с педагогом и другими

детьми) – с учетом его интересов и склонностей. Поддерживание позитивного контакта с ребенком в течение всего периода педагогической работы в данном образовательном учреждении.

- Сглаживание и постепенное преодоление отрицательных качеств личности у детей с эмоционально-волевыми расстройствами (замкнутость, негативизм/в том числе речевой негативизм/, раздражительность, сензитивность /в частности, повышенная чувствительность к неудачам/, безразличное отношение к проблемам окружающих, к своему положению в детском коллективе и др.).
- Важное значение имеет преодоление и предупреждение невротических реакций и патохарактерологических нарушений: эгоцентризм, инфантильность с постоянной зависимостью от окружающих, неуверенность в своих силах и др., с этой целью предусматривается:

– предупреждение аффективных реакций, реактивного поведения; недопущение возникновения социально-бытовых ситуаций, вариантов межличностных контактов между детьми, провоцирующих аффективные реакции у ребенка;

– рациональная, четкая, продуманная словесная регуляция деятельности ребенка;

– предупреждение учебных (психологических) перегрузок и переутомления, своевременное переключение внимания ребенка с данной конфликтной ситуации на другой вид деятельности, на обсуждение «нового» вопроса и т.д.

Не менее важное значение придается и другим направлениям коррекционно-педагогической и коррекционно-психологической работы. К ним относятся:

- Формирование социально-положительных личностных качеств: общительности, социальной активности, способности к волевым усилиям, стремления к преодолению встречающихся трудностей, к самоутверждению в коллективе в сочетании с благожелательным, корректным отношением к окружающим;
- Формирование правильных взаимоотношений детей в детском коллективе (прежде всего, нормализация или установление правильных межличностных отношений между ребенком, страдающим эмоционально-волевыми нарушениями, и другими детьми воспитательской группы/класса); проведение разъяснительной работы с окружающими данного ребенка детьми. Обучение ребенка сотрудничеству с другими детьми и взрослыми;
- Целенаправленное формирование у детей с эмоционально-волевыми нарушениями игровой, предметно-практической (в том числе художественно-изобразительной), учебной и элементарной трудовой деятельности; проведение на этой основе систематической разноплановой педагогической работы по нравственному, эстетическому воспитанию детей, формированию положительных качеств личности. Упорядочение и развитие ориентировочно-исследовательской деятельности (на основе целенаправленного формирования сенсорного восприятия, зрительного и слухового гнозиса, операций анализа воспринимаемого предмета и целостной предметной ситуации и др.);
- Приобщение к коллективным формам деятельности, вовлечение ребенка в

совместную с другими детьми игровую, предметно-практическую и учебную деятельность. Формирование у ребенка навыков работы в коллективе: умений учитывать общие правила и цели данного вида деятельности, интересы других детей, умения подчиняться требованиям коллектива, соотносить свои действия с работой других и т.д.

В содержание комплексной коррекционной работы входит следующее:

- Развитие познавательных интересов и потребностей, формирование сознательного, ответственного отношения к своим обязанностям, выполняемым учебным заданиям, общественным поручениям и др.
- Формирование устойчивых мотивов учебной и предметно-практической деятельности, соответствующей возрасту. Развитие речевого общения в ходе совместной с педагогом, с другими детьми деятельности (учебной, игровой, практической).
- Воспитание целенаправленности и планомерности деятельности, формирование тормозных («сдерживающих») реакций, правильной самооценки собственной деятельности и поведения.
- Активное вовлечение детей в участие в подготовке и проведении праздников, экскурсий, культурно-массовых и спортивных мероприятий.
- Развитие двигательных функций, общей и тонкой ручной моторики, в том числе при формировании предметно-практической деятельности, в различных ее видах. Подготовка к овладению двигательным актом письменной деятельности.

С этой целью предусматриваются:

– развитие познавательной активности детей;

– использование в процессе коррекционно-педагогической работы с детьми разнообразных методов и приемов, специально направленных на формирование активности и самостоятельности детей в учебной и предметно-практической деятельности (учебные задания с элементами соревнования, задания творческого характера с использованием яркого, красочного дидактического материала; упражнения, построенные по принципу «малых шагов», «подъема по ступенькам» и др.);

– регулярные занятия в разнообразных кружках, секциях, клубах по интересам.

Проводимые учебные и воспитательские занятия должны быть динамичными, разнообразными, интересными и в то же время не должны содержать излишней информации, большого числа трудных для самостоятельного выполнения заданий, что нередко вызывает у детей отрицательные эмоции, усталость, негативные поведенческие реакции.

Психологическая и психолого-педагогическая коррекция отмечаемых у детей нарушений эмоционально-волевой сферы предусматривают коррекционно-развивающие занятия, психологический тренинг, занятия по системе арткоррекции (осуществляется средствами игротерапии, музыкальной терапии, изобразительной деятельности: рисование, лепка, аппликация и др.). Важное значение при работе с детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста имеет игровая психотерапия. Для сюжетно-ролевых игр подбираются социально-бытовые

ситуации, которые хорошо понятны ребенку и актуальны для него в личностном плане. В процессе игры ребенок обучается адекватным взаимоотношениям с окружающими его людьми. Большое значение имеет дифференцированный подбор сюжетов для игр, способствующих адаптации ребенка к своему окружению (например: «Моя семья», где в роли родителей выступают дети, а «роль» детей выполняют куклы; «Наши маленькие друзья», «Мы – строители», «Космонавты», «Наш дом», «Играем на детской площадке» и др.).

Осуществление комплекса лечебных и лечебно-оздоровительных мероприятий предусматривает:

- врачебное консультирование (педагогов и родителей),
- правильное питание, диетотерапию и фитотерапию;
- медикоментозное лечение,
- физиотерапию,
- водолечение и закаливающие процедуры;
- лечебную гимнастику и массаж и др.

Педагогическая работа с семьей ребенка включает ряд мероприятий:

–выявление и оценка социально-бытовых условий, в которых проживает семья ребенка;

–изучение и анализ условий воспитания и развития ребенка в семье;

–выявление и устранение неправильных подходов к воспитанию ребенка в семье (воспитание в условиях гиперопеки, дефицита воспитательного воздействия окружающих /гипоопека/, завышенные или заниженные требования к ребенку со стороны взрослых при организации различных видов его деятельности и др.);

–выработка единого (для педагогов и родителей) и адекватного понимания проблем ребенка;

– определение (совместно с родителями) правильного педагогического подхода к воспитанию и обучению ребенка с учетом его индивидуальных личностно-психологических особенностей;

– формирование благоприятного «психологического климата» в семье (нормализация межличностных взаимоотношений внутри семьи – между родителями и ребенком, между ребенком и другими детьми в семье);

– педагогическое образование родителей; обучение их некоторым доступным приемам коррекционно-педагогической работы. Включение родителей (а также ближайших родственников) в коррекционно-педагогическую работу с ребенком (проведение коррекционно-развивающих занятий в домашних условиях) и др.

От педагогов и родителей требуется особенно внимательное, спокойное и тактичное отношение к ребенку с психопатологическими чертами личности. В педагогической работе следует опираться на положительные характерологические черты личности ребенка, активное использование приемов поощрения, воспитания на положительных примерах, отвлечение от неблагоприятно действующих моментов и сторон окружающей жизни. В работе с детьми, страдающими эмоционально-волевыми расстройствами, необходим спокойный, ровный тон, доброжелательность в сочетании с требовательностью, отсутствие разнонаправленных установок при организации деятельности и поведения

ребенка.

Для реабилитации аутичных детей в комплексной коррекционной работе реализуются следующие направления коррекционной работы. Психологическая коррекция, которая включает установление контакта со взрослыми, смягчение фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов, стимуляцию психической активности, направленной на воздействие со взрослыми и сверстниками, формирование целенаправленного поведения, преодоление отрицательных форм поведения. Работу по данному разделу осуществляет психолог.

Основные требования к организации психокоррекционных занятий. Продолжительность каждого занятия составляет 30-40 минут, включая последующее заполнение дневников-отчетов. На первых занятиях дети и подростки выполняют меньшее число упражнений, но каждое упражнение выполняется дольше. Таким образом, общая продолжительность занятий остается неизменной. Продолжительность курса зависит от индивидуальных особенностей пациента: он может продолжаться от 15 до 45 занятий. Частота занятий зависит от конкретных условий. В амбулаторных условиях занятия проводятся реже, чем в стационаре или в школе. В процессе занятий обязательно используется звуковое (музыкальное) сопровождение. Как правило, магнитофонные записи. Сразу после каждого занятия подростки получают домашние задания и заполняют дневники-отчеты. Отчеты являются важнейшим средством контроля психолога за состоянием и успехами пациентов. Кроме дневников-отчетов необходимы объективные наблюдения психолога за состоянием занимающихся и сопоставление их с самоотчетами.

Психорегулирующие тренировки (ПРТ) состоят из четырех этапов: установочный, успокаивающий, обучающий и восстанавливающий.

На первых занятиях установочного этапа психолог рассказывает пациентам о целях и задачах ПРТ, об их значении в регуляции поведения человека в экстремальных условиях. Приводимые примеры должны быть достаточно убедительными. Рекомендуется предложить пациентам задать вопросы, рассказать о том, что они сами знают о резервных возможностях психики человека, о йогах, медитациях и пр. Содержание установочной беседы зависит от возраста и индивидуально-психологических особенностей членов группы.

На следующих занятиях подросткам демонстрируются таблицы-схемы проекций частей тела в коре головного мозга. Обращается их внимание на то, что руки занимают непропорционально много места в кортикальном представительстве тела. Это указывает на то, что лицо и рука посылают в мозг наибольшее количество сигналов. «Чем больше сигналов, тем больше возбуждается мозг и наоборот, чем больше возбуждается мозг, тем больше импульсов он посылает на наше тело. Примером может служить тремор рук у человека после напряженной работы. Таким образом, существует тесная связь между нашим телом и мозгом. Эта связь двухсторонняя и, человек вполне может добиться самоуспокоения, управляя своей мускулатурой. Это доступно каждому».

На следующих занятиях установочного этапа проводится обучение подростков релаксации по методу Р. Джекобсона. Цель метода – произвольное

расслабление поперечно-полосатых мышц в покое. Обучение этому методу проводится в три шага. Основной целью этих занятий является обучение подростка осознавать и чувствовать даже слабое мышечное напряжение и целенаправленно расслаблять мышцы-сгибатели.

Рекомендуемые упражнения: предложить подростку, лежа на спине, сгибать и разгибать руки в локтевых суставах, резко напрягая мышцы рук, затем резко их расслабляя. Повторять упражнение несколько раз. Затем продолжать обучать подростка расслаблению мышц шеи, туловища, плечевого пояса, ног, а затем мышц лица, глаз, гортани. Второй шаг – обучение дифференцированной релаксации. Например, тренировать расслабленные мышцы в процессе чтения, письма и других занятий, в положении сидя расслаблять мускулатуру. Третий шаг – подростка обучают наблюдать за собой в повседневной жизни, отмечать, какие мышцы напрягаются при волнении, страхе, тревоге, смущении. Рекомендуется целенаправленно уменьшать, а затем снимать локальное напряжение мышц.

Второй этап – успокаивающий, в процессе которого используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Многочисленные исследования психологов показали, что сильное физиологическое воздействие на организм оказывают хорошо известные классические и народные мелодии. Рекомендуется подбирать музыкальные произведения в зависимости от состояния ребенка или подростка.

Третий этап – обучающий, цель - обучение детей и подростков произвольному расслаблению с помощью специальных релаксирующих упражнений. Используются упражнения из методик А. Шульца на вызывание ощущений тепла и тяжести, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений, модифицированные для детского и подросткового возраста. Словесные «формулы» должны сочетаться с конкретными эмоциональными образами, вызывающими у человека необходимые для данного упражнения ощущения. Формулы требуется произносить «про себя», соотнося их с дыханием. Как правило, формулы, произносимые на выдохе, дают больший расслабляющий эффект. Если формула слишком длинная и ее не успеть «проговорить» в течение одного выдоха, то рекомендуется растянуть ее на два выдоха.

Четвертый этап – восстанавливающий. На фоне релаксации («аутогенного погружения») предлагается выполнить специальные упражнения, направленные на коррекцию эмоциональных состояний, настроений, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов и др.

Вопросы для самоконтроля

1. Становление специальной психологии как независимой науки.
2. Основные категории специальной педагогики.
3. Современная система специальных образовательных услуг.
4. Образование лиц с нарушениями развития.
5. Характерологическая специфичность разных форм дизонтогенеза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Тема 1. Методы специальной психологии.

1 Метод эксперимента в специальной психологии.

2 Составьте веб-квест «Особенности методик эксперимента в специальной психологии».

3 Метод тестирования в специальной психологии.

4 Метод наблюдения в специальной психологии.

5 Анамнестический метод в специальной психологии.

6 Принципы проведения исследований в специальной психологии.

Тема 2. Отрасли специальной психологии.

1 Олигофренопсихология. тифлопсихология. сурдопсихология. логопсихология. Выделите основные цели и задачи каждой отрасли. Оформите данные в таблице.

2 Разработайте цикл лекций для родителей, педагогов по проблемам воспитания или обучения детей с нарушениями в развитии.

Тема 3. Теории компенсации.

1. Теоретические основы и принципы компенсации при нарушении функций. Виды компенсации. Внутрисистемная и межсистемная компенсация. Теории компенсации психических функций.

2. Л.С. Выготский, А.Р. Лурия о дефекте и компенсации. Проблемы компенсации психических функций в трудах Б.В. Зейгарник, Р.Е. Левиной, И.М. Соловьева, В.В. Лебединского.

3. Стадии возрастной периодизации и стадии развития процессов компенсации.

4. Оформление проекта: «Отрасли специальной педагогики и психологии».

Тема 4. Психологические закономерности дизонтогенеза.

1. Понятие аномального развития (дизонтогенез). Этиология и патогенез дизонтогений. Психологические параметры дизонтогенеза.

2. Типы нарушения психического развития: недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, искаженное развитие, дисгармоничное развитие.

3. Классификация психического дизонтогенеза.

4. Типы нарушений психического развития. Психическое недоразвитие. Задержанное психическое развитие. Поврежденное психическое развитие. Дефицитарное психическое развитие: нарушения развития в связи с недостаточностью зрения, слуха, двигательной сферы. Искаженное психическое развитие. Дисгармоничное психическое развитие.

Тема 5. Психология лиц с умственной отсталостью.

1. Интеллектуальная недостаточность. Причины умственной отсталости.

2. Классификация по степени тяжести и этиопатогенетическому принципу.

3. Особенности развития познавательной сферы.

4. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы. Особенности деятельности.

5. Психологическая диагностика и коррекция при умственной отсталости.

6. Составьте и оформите проект: «Дети с синдромом Дауна. Дети с умственной отсталостью».

Тема 6. Психология детей с ЗПР

1. Причины и механизмы задержек психического развития.

2. Классификация ЗПР.

3. Особенности развития познавательной сферы детей с ЗПР.

4. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР. Особенности деятельности.

5. Психологическая диагностика и коррекция при ЗПР.

6. Оформление блок-схемы на тему: «Биологические и социальные факторы в возникновении ЗПР в детском возрасте».

РАЗДЕЛ 2. НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2.1 Коррекционное обучение и воспитание детей с нарушениями слуха и зрения

Дети с нарушением слуха. Под нарушением слуха понимается нарушение способности воспринимать и дифференцировать (различать) звуковые колебания посредством слухового анализатора.

Слуховой анализатор у человека состоит из периферического звена (включающего наружное, среднее и внутреннее ухо), проводящих нервных путей и центрального (коркового) отдела, расположенного в височных долях больших полушарий головного мозга. Первичный анализ звуковых раздражений происходит в периферическом отделе (преимущественно в кортиевом органе внутреннего уха); высший анализ и синтез акустических раздражений осуществляется в корковом отделе слухового анализатора.

Слух играет важнейшую роль в развитии человека. Человек, лишенный слуха, не имеет возможностей для полноценного познания окружающей действительности, как следствие этого, отсутствуют условия для создания достаточно полных представлений о предметах и явлениях окружающего мира. При тяжелых нарушениях человек не может пользоваться многими источниками информации, рассчитанными на слышащего человека (радиопередачи, лекции и пр.), полноценно воспринимать содержание телепередач, фильмов, театральных спектаклей. Особенно важна роль слуха в овладении человеком речью. В силу этого резко, у детей с нарушениями слуха ограничиваются возможности общения с людьми, а значит, и познания, поскольку одним из основных способов передачи информации является устная речь. Отсутствие или недоразвитие речи ведет, в свою очередь, к нарушениям в развитии других познавательных процессов, главным образом, словесно-логического мышления. Стойкое нарушение слуха как первичный дефект приводит к целому ряду вторичных отклонений в развитии, затрагивающих как познавательную деятельность, так и личность ребенка в целом.

При отсутствии слуха или резком его снижении ребенок лишен возможности воспринимать речь окружающих и подражать ей и поэтому не может самостоятельно овладеть звучащей словесной речью. Если ко времени потери слуха у ребенка уже имелся некоторый «речевой запас», то при отсутствии специальных педагогических мероприятий этот запас не только не обогащается, но постепенно утрачивается. Вторичные нарушения речевого развития у ребенка с дефектом слуха резко ограничивают его возможности общения с окружающими, следовательно, и познавательные возможности, так как устная словесная речь является важнейшим способом передачи и получения информации.

К категории детей с нарушениями слуха относятся дети, имеющие стойкое

(необратимое) двустороннее (на оба уха) нарушение слуховой функции, при котором обычное речевое общение с окружающими затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота). К стойким нарушениям слуховой функции относятся такие нарушения, при которых ни в процессе спонтанного развития, ни при проведении специальных лечебных мероприятий не достигается положительных результатов в восстановлении слуховой функции.

Глухота – наиболее глубокая степень поражения слуха, при которой полноценное восприятие акустических сигналов (включая звуки речи) становится невозможным. Глухие дети – это дети с глубоким, стойким двусторонним нарушением слуха, врожденным или приобретенным в раннем детстве. Глухота как первичный дефект, будучи причинно связанная с вторичным нарушением развития речи, приводит к ряду других отклонений психического развития. Серьезные нарушения формирования словесной речи, а тем более полное ее отсутствие, негативно отражаются на зрительном восприятии, на развитии не только словесно-логического, но и наглядного мышления и других познавательных процессов. Тугоухость (слабослышание) – стойкое двустороннее снижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи. Тугоухость может быть выражена в различной степени – от небольшого нарушения восприятия шепотной речи, до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости. Лиц с тугоухостью называют слабослышащими. Частичная слуховая недостаточность приводит не только к уменьшению объема воспринимаемой речевой информации и качественному своеобразию ее восприятия. Наличие остаточного слуха гораздо в более большей степени, чем у глухих детей, позволяет слабослышащим спонтанно накапливать определенный словарный запас и пользоваться им для общения с окружающими. Однако при рано наступившей или врожденной тугоухости, без специального обучения, устная речь у слабослышащих детей также не развивается.

В зависимости от степени выраженности нарушения слуховой функции и от времени потери слуха, выделяют три группы детей – неслышащие (глухие) дети, позднооглохшие и слабослышащие.

К первой группе относят детей, у которых глубокое стойкое двустороннее нарушение слуха является врожденным или приобретенным в раннем возрасте, до того, как у него сформировалась речь, т.е. в так называемом доречевом периоде.

Вторая группа – позднооглохшие дети – это дети, потерявшие слух в более позднем периоде развития, когда речь уже сформировалась; поэтому речь таких детей в той или иной мере сохранна.

В третью группу входят слабослышащие дети, имеющие частичную, в разной степени выраженную слуховую недостаточность, которая приводит к нарушениям в речевом развитии детей.

Причины нарушений слуха у детей многообразны. Определенную роль в возникновении врожденных нарушений слуха играют генетические факторы. Известно, что у родителей, глухих от рождения, глухие дети рождаются чаще, чем у нормально слышащих. Вероятность рождения глухого ребенка от глухих родителей резко возрастает при так называемых родственных браках.

Клинико-генеалогическими исследованиями установлено, что наследственная

глухота может передаваться как по доминантному, так и рецессивному признакам. По данным М.Г. Епишиной (НИИ Коррекционной педагогики РАО), среди распространенных у детей нейросенсорных нарушений слуха (с повреждением внутреннего уха) значительный процент случаев составляют наследственные формы глухоты и тугоухости.

К врожденной глухоте могут привести различные инфекционные болезни, особенно вирусные инфекции, перенесенные во время беременности (корь, краснуха, грипп и др.). Из других причин, приводящих к врожденной патологии слуха, следует отметить травмы плода, несовместимость резус-фактора матери и ребенка, вредное воздействие ряда химических веществ, поступающих в организм беременной (алкоголь, хинин, стрептомицин и др.). Наиболее опасными являются заболевания, травмы и интоксикации в первые три месяца беременности, когда формирующиеся органы слуха особенно чувствительны к вредным воздействиям.

От врожденных (пренатальных) дефектов слухового аппарата следует отличать повреждения, возникающие во время родового акта, например, вследствие сдавления головки новорожденного узкими родовыми путями, при наложении акушерских щипцов или применения вакуум-экстракции при патологических родах и др.

В возникновении приобретенных (постнатальных) нарушений слуха у детей большую роль играют детские инфекционные заболевания, особенно цереброспинальный менингит, корь, скарлатина, реже – паротит (свинка) и др. Большую опасность в отношении влияния на орган слуха в раннем возрасте, особенно у грудных детей, представляет гриппозная инфекция. При ряде инфекционных заболеваний возникает поражение нервного аппарата слухового анализатора (при менингитах, тяжелом вирусном гриппе), другие инфекции (корь, скарлатина), как правило, осложняются отитом (воспаление среднего уха), хотя процесс может распространяться и во внутреннее ухо.

Последствием отитов может быть тугоухость, чаще легкой и средней степени; распространение процесса на область внутреннего уха и слуховой нерв приводит к выраженной тугоухости или глухоте.

Частой причиной парциальных (частичных) нарушений слуха у детей являются заболевания носа и носоглотки, в частности аденоидит (аденоидные разращения). Кроме указанных причин, возникновение глухоты может быть связано с черепно-мозговыми травмами у детей, с длительным применением больших доз ряда антибиотиков (прежде всего, в раннем возрасте), в частности стрептомицина и его производных (мономицин, неомицин и др.). Частота распространенности выраженных нарушений слуха у населения составляет примерно 0,1% (М.Г. Блюмина).

Неслышащие (глухие) дети. Основной особенностью этой группы детей является то, что врожденное или приобретенное в доречевом периоде развития резкое нарушение слуха приводит к глухонемоте, так как ребенок без специального обучения не овладевает звучащей словесной речью.

По данным исследований (НИИ КП РАО), приобретенная глухота наступает чаще всего на первом и втором году жизни ребенка (58% случаев). С учетом случаев врожденной глухоты, потеря слуха, приводящая к глухонемоте, примерно

в 70% случаев происходит в возрасте до двух лет. Но даже если у глухого ребенка к моменту потери слуха имелся некоторый речевой запас, он утрачивается при отсутствии специального обучения.

Первичный дефект слуха, ведущий к немоте (вторичное нарушение речевого развития), сопровождается и рядом других отклонений в психическом и познавательном развитии глухого ребенка. Так, отсутствие словесной речи отрицательно отражается на развитии зрительного восприятия, внимания, мыслительной деятельности. Это связано, прежде всего, с вторичным нарушением речевого развития.

Испытывая потребность в общении, глухие дети прибегают к мимико-жестикулярной речи. Являясь способом общения и некоторой базой для развития мыслительной деятельности, мимико-жестикулярная речь не может заменить словесной речи, как важнейшего фактора психического развития ребенка.

Помимо отклонений в становлении речи и психическом развитии, у глухих детей отмечаются также нарушения со стороны двигательных функций, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также нарушения зрения. Причиной зрительных расстройств может быть интенсивная работа зрительного анализатора, ведущая к утомлению органа зрения. Отклонения со стороны двигательного анализатора проявляются в низких показателях уровня физической подготовленности, замедленных двигательных реакциях, нарушении координации движений.

Нарушения вестибулярных функций (головокружение, неустойчивость при стоянии и движениях и др.) часто встречаются при приобретенной глухоте вследствие поражения отделов внутреннего уха после перенесенного менингита, скарлатины и других тяжелых инфекционных заболеваний.

Как вторичные нарушения возникают изменения звучности и модальности голоса, гнусавость. Степень изменений голоса зависит от времени потери слуха и объема остаточной слуховой функции.

Позднооглохшие дети. У детей этой группы сохраняется речь в связи с относительно поздним наступлением глухоты. Степень сохранности устной речи зависит как от времени наступления глухоты, так и от условий, в которых протекает развитие ребенка. Так, дети, потерявшие слух в трех-пятилетнем возрасте и не получившие специального дошкольного воспитания и обучения, к моменту поступления в школу, имеют, как правило, небольшой запас слов. При наступлении же глухоты в более позднем возрасте речевой запас у детей почти полностью сохраняется, особенно в том случае, если они овладели уже чтением и письмом.

При условии специального коррекционного обучения речь может полностью сохраняться и при относительно более ранней потере слуха.

В связи с отсутствием или резким снижением слухового контроля за собственной речью у позднооглохших детей отмечаются различные дефекты произношения и построения высказываний. Характерны нарушения модуляции голоса, неточное артикулирование некоторых звуков, ошибки в словесном ударении и др. Позднооглохшие дети имеют более благоприятные условия для психического развития, по сравнению с глухими детьми. Однако потерю слуха в

более позднем возрасте дети переносят гораздо тяжелее, что может привести к возникновению психической травмы, невротическим состояниям и формированию нежелательных черт личности (замкнутость, негативизм и др.).

Полное отсутствие слуха (тотальная глухота) наблюдается редко; в большинстве случаев у глухих детей обнаруживаются остатки слуха. Аудиометрические исследования показывают, что остатки слуха у глухих детей неодинаковы и различаются по объему воспринимаемых частот. В зависимости от объема воспринимаемых частот глухие дети, имеющие остаточный слух, могут быть отнесены к 4 слуховым группам (по Л.В. Нейману).

К первой группе относятся дети, воспринимающие только самые низкие частоты (до 250 герц). Это лишает их возможности различать какие-либо звуки речи.

Дети, отнесенные ко второй группе, воспринимают частоты до 500 герц. Они реагируют на голос около ушной раковины и различают отдельные гласные (а, у, о).

В третью группу входят дети, воспринимающие низкие и средние частоты (до 1000 герц). Они реагируют на голос разговорной громкости и различают 4-5 гласных.

Дети, составляющие четвертую группу, воспринимают широкий диапазон частот (от 400 до 1500 гц). Большая часть этих детей слышат разговорный голос не только около ушной раковины, но и на некотором расстоянии от уха (до двух метров). Расширение частотного объема слухового восприятия позволяет детям этой группы различать почти все гласные звуки, некоторые согласные, а также отельные знакомые слова и короткие фразы.

Наличие остатков слуха дает возможность глухим детям непосредственно воспринимать некоторые звуки окружающего мира, что имеет большое значение в развитии их познавательной деятельности. Остаточный слух приобретает важное значение при обучении глухих детей, в частности, в работе по развитию у них произносительной стороны устной речи.

Вместе с тем нужно отметить, что для глухих, обладающих даже наибольшими остатками слуха, слуховое восприятие в процессе обучения может играть лишь подсобную роль и не может быть использовано для самостоятельного накопления хотя бы минимального речевого запаса.

Центральной проблемой обучения и воспитания глухих детей является формирование у них словесной речи. Глухие дети должны овладеть необходимым словарным запасом и грамматическим строем языка. Несмотря на то, что это связано с большими трудностями, психофизические возможности глухих детей позволяют им овладеть навыками восприятия устной речи и говорения. У них имеются сохранные зрительный, кожный и двигательный анализаторы. Кроме того, остатки слуха, имеющиеся у большинства глухих детей, могут быть успешно использованы для восприятия элементов звучащей речи, особенно после проведения слуховых упражнений и при условии использования звукоусиливающей аппаратуры. Однако основным для глухих детей является зрительное восприятие устной речи по видимым движениям речевых органов говорящего – «чтение с губ».

Для глухих, полностью лишенных слуха, или обладающих минимальными остатками слуха, особое значение имеют тактильно вибрационные ощущения, которые служат существенным дополнением к чтению с губ. С этой целью используются специальные электроакустические приборы – вибраторы, устройства, преобразующие звучащую речь или вибрацию тканей в оптические сигналы (ВИР, И-2), виброскопы и др.

Дошкольное и школьное обучение глухих детей строится так, что уже на ранних этапах находит широкое применение письменный вид речи, а также дактилология. Роль устной речи возрастает постепенно, по мере усвоения детьми навыков ее восприятия (зрительного, слухо-зрительного) и правильного произношения. В случае необходимости в качестве подсобного средства используются мимика и жесты. Раннее применение дактилологии позволяет с самого начала формировать у детей словесную речь в процессе непосредственного общения, в тесной связи с различными видами деятельности.

Глухие дети обучаются и воспитываются в специальных учреждениях системы гособразования. В детских садах воспитываются дети от 3-х до 7-ми лет, в яслях-садах – от 2-х до 7-ми лет. Здесь ведется планомерная работа по физическому, умственному, нравственному, трудовому и эстетическому воспитанию детей и одновременно большая коррекционно-педагогическая работа по формированию устной и письменной речи (включая навыки чтения с губ, произношения, чтения и начатки письма), на развитие остаточной слуховой функции, развитие моторики (специальная ритмика).

Дети, достигшие 6,5 лет, поступают в подготовительный класс специальной школы или в первый класс, если они получили подготовку в объеме подготовительного класса до школы (в условиях детского сада или в семье). Специальная общеобразовательная школа (школа-интернат) для глухих детей за 12 лет обучения предусматривает получение учащимися неполного среднего образования (а в условиях сокращенной наполняемости классов – до 3 человек и интенсификации учебного процесса – среднего образования).

Специфическое содержание программы школы для глухих детей составляет работа по формированию у учащихся словесной речи в ее устном и письменном виде и акупедическая (слуховая) работа. В первоначальный период обучения (подготовительный класс) в качестве исходной используется дактильная речь, которая постепенно заменяется устной речью. В младших классах (с подготовительного по четвертый) обычные уроки физкультуры дополняются ритмикой с целью коррекции моторики и содействия усвоения ритма речи. Особое внимание уделяется профориентации, трудовой подготовке и профессиональному обучению по различным видам труда.

Еще Л.С. Выготский указывал на то, что необходимым условием коренного улучшения воспитания глухих (неслышащих) детей максимальное использование всех видов речи, доступных для неслышащего ребенка и подчеркивал важность индивидуального, дифференцированного подхода к их образованию и выбору языковых средств их обучения. Несмотря на серьезное и разнонаправленное негативное влияние глухоты на общий ход развития ребенка, даже при самых тяжелых поражениях слуховой функции при сохранном интеллекте возможности

всестороннего развития личности детей с нарушениями слуха не ограничены. Под влиянием социальных факторов (главным образом, специального обучения), проявляя настойчивость в преодолении трудностей на пути своего развития, вызванных дефектом, лица со стойкими нарушениями слуха достигают значительных успехов в различных сферах производственной и общественной деятельности, в проявлении своих творческих способностей.

Сурдопедагогика глухих сегодняшнего времени находится в поисках новых образовательных направлений. Один из таких подходов – билингвистический подход, который в истории развития сурдопедагогики глухих не является новым, он применялся еще 25 лет назад. Значительная часть глухих в той или иной мере владеют и жестовым, и словесным языками. Исследования специалистов убеждают нас в том, что жестовой язык – это полноценный, сложный и лингвистически богатый язык со своей грамматикой, лексикой, морфологией. Многие исследовательские данные доказывают также, что раннее использование жестового языка и естественного формирования лингвистического багажа являются залогом успешного обучения. Более подробно с билингвистическим подходом в педагогической системе обучения и воспитания можно познакомиться в работах Г.Л. Зайцевой.

Слабослышащие дети. Слабослышащими считаются дети с понижением слуха в границах от 15-20 до 75/60 децибел. Если у глухих детей всегда наблюдается поражение звуковопринимающей части слухового анализатора, то у слабослышащих детей нередко бывает поражена только звукопроводящая часть (как правило, аппарат среднего уха). Стойкое понижение слуха при тугоухости, особенно у детей раннего возраста, может быть следствием поражения среднего уха при хронических воспалительных процессах в области носа и носоглотки (хронический ринит, аденоидиты).

Существуют различные классификации степени понижения слуха при тугоухости. Согласно аудиолого-педагогической классификации Л.В. Неймана слабослышащие дети могут быть отнесены к следующим степеням тугоухости: I степень – легкая; потеря слуха не превышает 50 дБ; II степень – средняя; потеря слуха – от 50 до 70 дБ; III степень – тяжелая – более 70 дБ. Условная граница между тугоухостью и глухотой – 80-85 дБ.

По глубине поражения слуховой функции и возможности адекватного восприятия обращенной речи (классификация Б.Ю. Преображенского) выделяют четыре степени тугоухости.

При легкой степени речь разговорной громкости воспринимается ребенком на расстоянии от 6 до 8 метров, а шепотная речь – от 3-х до 6-ти метров от ушной раковины.

При умеренной степени тугоухости ребенок слышит речь разговорной громкости на расстоянии от 4 до 6 метров, а шепотную речь – на расстоянии от 1 до 3-х метров от ушной раковины.

При значительной степени тугоухости громкая разговорная речь воспринимается на слух на расстоянии от двух до четырех метров, а шепотная речь – не далее одного метра от ушной раковины (от 0,5 до 1 метра).

Тяжелая степень тугоухости еще более ограничивает слуховое восприятие

ребенка: речь разговорной громкости воспринимается на расстоянии не более 2-х метров, а шепотная речь – лишь до 0,5 метров от ушной раковины.

Частичная слуховая недостаточность у слабослышащих детей приводит не только к уменьшению объема воспринимаемой речевой информации, но и к качественному своеобразию их речевого и общего развития.

Уровень речевой недостаточности у слабослышащих людей прежде всего зависит от степени нарушения слуховой функции. Однако существенную роль играют и другие факторы, в первую очередь, фактор времени возникновения дефекта. При врожденной или рано возникшей тугоухости (когда она возникает в доречевом периоде или в начальном периоде формирования речи) отмечаются значительные отклонения в речевом развитии. Речь таких детей обращает на себя внимание окружающих. Допускаемые ребенком ошибки, связанные с трудностями в восприятии информации, в ряде случаев расцениваются как невнимательность, нежелание работать, упрямство и т.п. Применяемые в связи с этим педагогические воздействия могут вызвать появление у ребенка таких черт, как замкнутость, неуверенность, раздражительность, иногда проявления негативизма и др. Поэтому у всех детей, отстающих в обучении и имеющих недостатки речи, необходимо тщательное исследование состояния слуховой функции.

При легкой и умеренной степени тугоухости и достаточном развитии речи слабослышащий дети могут обучаться в массовой школе.

При обучении слабослышащих детей в условиях массовой школы у них возникают большие трудности в овладении навыками чтения и письма. Даже при наличии слухового восприятия шепотной речи на расстоянии двух-четырех метров от ушной раковины (умеренная и легкая степени тугоухости) некоторые дети не овладевают звуковым составом слова и не усваивают элементарной грамоты. Они могут обучаться в массовой школе при условии проведения с ними дополнительных занятий, на которых учитель уточняет произношение слов и помогает ребенку овладеть их звуковым составом.

Дети, различающие речь (слова и фразы) обычной разговорной громкости на расстоянии не более двух метров от уха и в силу этого страдающие нарушениями речи, направляются в специальные школы 2-го вида (для слабослышащих и позднооглохших детей). Дети, воспринимающие обращенную речь на расстоянии более двух метров от ушной раковины, но имеющие значительное нарушение речевого развития, связанное с тугоухостью, также направляются в специальную школу.

Своевременная комплексная коррекционная помощь играет определяющую роль для развития речи и всего познавательного развития ребенка. Существенную роль играют также условия воспитания и развития слабослышащего ребенка. Если своевременно принимаются меры коррекционного воздействия, то даже при значительной степени и раннем возникновении тугоухости, к периоду школьного обучения ребенок может владеть развернутой разговорной речью. Напротив, при отсутствии активного воздействия на речевое развитие или при неблагоприятном речевом окружении, речь у слабослышащего ребенка может оказаться недоразвитой даже при сравнительно небольшой степени понижения слуха.

Понижение слуховой функции у слабослышащих детей приводит к

различным нарушениям в их речевом развитии (различные нарушения произносительной стороны речи, ограниченность словарного запаса, недостатки грамматического строя речи).

К типичным недостаткам произношения относятся: смешение звонких и глухих, твердых и мягких согласных, свистящих и шипящих; замена свистящих, шипящих и заднеязычных (к, г, х) на взрывные т.д. В ряде случаев, указанные звуки в одних словах произносятся правильно, в других – искажаются. Это указывает, что ошибки в произнесении звуков связаны не с моторными затруднениями, а с недостаточным овладением звуковым составом слова, что является следствием неполноценного слухового восприятия.

Отмечаются также нарушения грамматического строя речи (пропуски слов в предложениях, ошибки в употреблении приставок и суффиксов, падежных родовых окончаний и др.). Характерны выраженные в той или иной степени нарушения просодической, мелодико-интонационной стороны речи. Для письменной речи слабослышащих детей типичны искажения слов, связанные с заменой букв, что отражает аналогичные замещения звуков в устной речи.

Отрицательное влияние на развитие слабослышащего ребенка может оказать то, что частичный дефект слуховой функции часто накладывается на недоразвитие психической активности, что также негативно влияет на возможности овладения навыками восприятия речи и ее продуцирования.

Специальное обучение и воспитание слабослышащих и позднооглохших детей дифференцируется не столько по показателям степени нарушения слуха, сколько по вторичным проявлениям: особенностям развития речи и познавательной деятельности детей.

Дети с нарушениями зрения. Зрительное восприятие играет определяющую роль в формировании представлений о предметах и явлениях окружающей действительности, в развитии познавательной деятельности ребенка. Такие признаки предмета, как цвет, величина, форма, протяженность в пространстве, мы определяем, прежде всего, при помощи зрения. Развитие ориентировки в пространстве также непосредственно связано с деятельностью зрительного анализатора. Зрительный контроль имеет большое значение для развития движения человека. При нарушениях деятельности зрительного анализатора у ребенка возникают гностические трудности в познании мира и ориентировке в нем, в осуществлении контактов с людьми, в разных видах деятельности.

Зрение играет огромную роль и в развитии пространственных представлений (пространственная ориентировка в окружающем, развитие двигательной сферы), так как двигательные функции формируются под контролем зрения. Зрительно-пространственные представления имеют особое значение в процессе учебной деятельности ребенка. Процесс овладения буквами алфавита, цифровыми изображениями, ориентация в различных графических пособиях (географические карты, схемы, чертежи и др.) – все это требует определенного уровня развития пространственных зрительных представлений. Поэтому у детей с нарушением зрения возникают значительные трудности в процессе обучения.

Зрительный анализатор, с помощью которого осуществляется восприятие, анализ и синтез оптических раздражений, состоит из периферического отдела

(глаз), проводящих нервных путей и центрального отдела (подкорковые и стволовые центры, зрительные области коры – в затылочных долях больших полушарий головного мозга).

У лиц с нарушениями зрения возникают специфические особенности деятельности и психофизического развития. Они проявляются в отставании, нарушении и своеобразии развития двигательной активности, пространственной ориентации, формировании представлений и понятий, в способах предметно-практической деятельности, в своеобразии эмоционально-волевой сферы, социальной коммуникации, интеграции в общество, адаптации к трудовой деятельности.

К лицам с нарушениями зрения относятся:

- незрячие (слепые) с полным отсутствием зрения или с практической слепотой при наличии остаточного зрения (острота зрения равна 0,05 и ниже на лучше видящем глазу);
- слабовидящие со снижением зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящий глаз с «очковой коррекцией»;
- дети с косоглазием и амблиопией.

У детей встречаются различные по характеру и степени выраженности нарушения зрения. К глубоким нарушениям зрительного анализатора у детей относятся слепота и слабовидение.

Различают абсолютную (тотальную) слепоту, при которой полностью отсутствуют зрительные ощущения, т.е. оба глаза лишены способности к светоощущению и цветоразличению, и неполную слепоту. При неполной (т.н. практической) слепоте сохраняется остаточное зрение от светоощущения до остроты зрения от 0,01 до 0,05 на лучше видящий глаз при применении обычных средств коррекции (очки).

Слабовидение – стойкое, частичное, двустороннее снижение зрения.

К слабовидящим относятся дети, у которых острота зрения на лучше видящий глаз, с коррекцией очками, составляет от 0,05 до 0,4. Кроме того, к категории слабовидящих относят детей с несколько более высокой остротой зрения, но при наличии нарушения других зрительных функций, например, сужения границ поля зрения.

Выделяют врожденные и приобретенные нарушения зрения. Врожденные нарушения зрения могут быть обусловлены генетическими факторами. К ним относятся, в частности, наследственные формы врожденных катаракт (помутнение хрусталика глаза), наследственные формы атрофии зрительного нерва и др.). Врожденная слепота может быть связана с внутриутробными поражениями органа зрения при токсоплазмозе, краснухе беременной и других тяжелых заболеваниях матери, особенно в первые месяцы беременности, когда идет процесс формирования органа зрения.

Приобретенные зрительные аномалии могут быть вызваны осложнениями перенесенных ребенком тяжелых инфекционных заболеваний (менингит, менингоэнцефалит, грипп, дифтерия и др.), различными заболеваниями глаз, травматическими повреждениями глаза, проводящих зрительных путей и

зрительных центров, в том числе при тяжелых родовых травмах.

В ряде случаев нарушение зрения обусловлено наличием опухоли мозга. Чаще всего это врожденные доброкачественные опухоли, расположенные в области мозжечка. В связи с медленным ростом они в течение длительного времени не дают явных проявлений, но в дальнейшем, в определенный период развития, у ребенка появляются симптомы снижения зрения, головные боли, утомляемость и др. В этом случае также необходимо тщательное, прежде всего офтальмологическое обследование.

Наиболее частыми клиническими формами слепоты являются: атрофия зрительных нервов, глаукома (связанная с повышением внутриглазного давления и изменениями в тканях глаза), катаракта, дистрофия сетчатки глаза, повреждения роговицы вследствие инфекций и травм; осложненная близорукость высокой степени.

В связи с широким развитием в нашей стране системы лечебно-профилактических мероприятий (профилактика и эффективное лечение тяжелых детских заболеваний, борьба с детским травматизмом и др.) резко сократилось количество незрячих (слепых) детей.

Регулярно проводимые исследования М.И. Земцовой учащихся специальных школ свидетельствуют о неуклонном сокращении числа слепых, особенно тотально слепых детей, которые составляют в настоящее время 8-10% от числа учащихся школ для слепых детей. Большинство незрячих детей имеет остаточное зрение.

Более значительную по численности группу, по сравнению со слепыми, составляют слабовидящие дети. К наиболее распространенным клиническим формам при слабовидении у детей относятся аномалии рефракции (преломляющей способности глаза): высокая степень близорукости, высокая степень дальнозоркости и астигматизм (аномалия рефракции, при которой на сетчатке глаза не создается точечное фокусное изображение; обусловлено неравномерной кривизной роговицы или неправильной формой хрусталика.)

К другим клиническим формам слабовидения относятся: афакия (отсутствие хрусталика глаза в результате операции по поводу врожденной катаракты), а также заболевания нейро-зрительного аппарата – атрофия зрительных нервов и дистрофия сетчатки глаза. При заболеваниях нейро-зрительного аппарата, наряду со значительным нарушением остроты зрения, отмечается снижение и других зрительных функций (нарушение периферического зрения, цветового восприятия, зрительной работоспособности и др.). Дефекты зрения у детей подразделяются на прогрессирующие и стационарные. Примерами стационарных нарушений являются микрофтальм (врожденная аномалия, характеризующаяся уменьшением размеров глазного яблока), стойкое помутнение роговицы и др. При прогрессирующих дефектах зрения наблюдается постепенное ухудшение зрительных функций, связанное с течением патологического процесса. Это может наблюдаться при глаукоме, при незаконченной атрофии зрительного нерва, опухолях мозга и др. При нарушении гигиенических условий деятельности ребенка (недостаточное освещение, чрезмерные зрительные нагрузки, отсутствие необходимой коррекции и т.д.) может прогрессировать и зрительная

недостаточность при аномалиях рефракции (при близорукости, дальнозоркости и др.).

Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями зрения. Глубокое нарушение зрения как первичный дефект вызывает целый ряд вторичных отклонений в психическом и познавательном, а также в физическом и общесоматическом развитии ребенка.

Отсутствие или резкое ограничение возможностей зрительного восприятия предметов и явлений действительности серьезно обедняет чувственный опыт ребенка, затрудняет ориентировку в пространстве, препятствует развитию образного мышления. Отсутствие достаточного чувственного опыта приводит к тому, что у слепых детей имеющийся запас отвлеченных (словесных) знаний часто не наполнен конкретным предметным содержанием. Особенности познавательного развития во многом зависят от времени возникновения дефекта зрения. В отличие от слепорожденных детей и ослепших в самом раннем возрасте, дети, потерявшие зрение после определенного периода нормального развития, сохраняют ранее сформированные зрительные представления. Такие «следы» прежних зрительных представлений благодаря образной памяти играют важнейшую роль в воссоздании образов предметов и явлений по их словесному описанию. Зрительные представления могут сохраняться в памяти ослепших детей в течение длительного времени, иногда на протяжении всей жизни.

Утраченная (отсутствующая) функция зрительного анализатора компенсируется за счет активной деятельности сохранных анализаторов – слухового, тактильного, двигательного и др. В процессе развития у слепых детей складываются новые способы восприятия и анализа действительности, ориентировки в окружающем.

Наличие остаточного зрения имеет большое значение в развитии восприятия и ориентировки слепых детей в пространстве. Благодаря наличию остаточного зрения, ослепшие дети способны воспринимать ряд световых и цветовых признаков предметов. Таким образом, наряду со слуховыми, тактильными, кинестетическими и другими видами восприятия они используют частично сохранные зрительные ощущения.

Своеобразие положения слепого ребенка среди окружающих, нередко чрезмерная опека со стороны взрослых, осознание ребенком своего дефекта и связанных с ним неудач и затруднений в разных видах деятельности и общения могут приводить к появлению отклонений в его личностном становлении и развитии (отсутствие самостоятельности, инактивность, проявления негативизма). Для успешного компенсаторного развития этих детей необходимо формирование у них адекватных социальных мотивов, воспитание сознательности и активности в разных видах деятельности, настойчивости и самостоятельности, формирование навыков общения с окружающими.

Особенности развития слабовидящих детей (в отличие от слепых) связаны, прежде всего, с тем, что они имеют возможность использовать в целях активного познания действительности и ориентировки в пространстве имеющееся у них, хотя и нарушенное зрение. Однако резкое снижение зрения у этих детей обусловливает замедленность процесса зрительного восприятия, сниженную точность, сужение

поля восприятия; зрительный дефект может затруднять формирование навыков пространственной ориентировки.

Формирующиеся у слабовидящих детей зрительные представления менее четки и ярки, чем у детей с нормальным зрением, а в ряде случаев искажены.

Так, у слабовидящего ребенка с нарушением цветоощущения формируются обедненные представления о предметах и явлениях (с точки зрения богатства цветовых характеристик). При высокой степени близорукости и дальнозоркости, без специально организованного процесса зрительного восприятия, дети могут не уловить некоторых значимых, но неотчетливо выраженных признаков предмета.

У слабовидящих детей с врожденной колобомой сетчатки и сосудистой оболочки глаза (дефект ткани, располагающийся, как правило, книзу от зрачка) формируются неадекватные искаженные представления о предметах, так как при этом заболевании предмет воспринимается только верхними отделами сетчатки глаза.

При зрительной работе слабовидящие дети быстро утомляются, что может привести к дальнейшему ухудшению зрения. Одновременно зрительное утомление приводит к снижению умственной и физической работоспособности.

Тем не менее, у слабовидящих (в отличие от незрячих) зрительный анализатор является ведущим; эти дети пользуются зрением как основным средством восприятия. У слабовидящих осязание и слух не замещают полностью зрительных функций, как это имеет место у слепых,

К особенностям слабовидящих детей (главным образом дошкольного возраста) относится то, что они не всегда достаточно осознают свой дефект. Неудачи и трудности в играх, обучении, общении с окружающими могут неправильно оцениваться ребенком, вызывая у него раздражительность, замкнутость, неуверенность, проявления негативизма и другие отрицательные характерологические черты личности.

Слепота и слабовидение с точки зрения специальной педагогики представляют собой категорию психофизических нарушений, проявляющихся в резком ограничении зрительного восприятия или его отсутствии, что влияет на весь процесс формирования и развития личности.

Для психофизического развития ребенка существенное значение имеет время наступления зрительной патологии. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, своеобразие психофизического развития. Отсутствие визуальной ориентировки сказывается на двигательной сфере, на содержании социального багажа, особенно у слепорожденных. Иногда для незрячих основным фактором ориентировки может быть звук.

Потеря зрения обусловливает своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта. У незрячих возникают трудности в учебе, в игре, в овладении профессиональной деятельностью. В более старшем возрасте возникают бытовые проблемы, которые влекут за собой сложные переживания и негативные реакции. Своеобразие характера и поведения слепых обусловливают в одних случаях неуверенность, пассивность, склонность к самоизоляции; в других – повышенную возбудимость, раздражительность, переходящую в агрессивность. Развитие познавательных процессов (внимание, логическое мышление, память,

речь) у слепорожденных также протекает с отклонениями от нормы. Нарушение взаимодействия чувственных и интеллектуальных функций проявляются в некотором своеобразии мыслительной деятельности с преобладанием развития абстрактного мышления.

Чем позже ребенок потерял зрение, тем больше у него зрительных представлений, которые можно воссоздать на основе словесных описаний. Если не развивать зрительную память, зрительные образы могут постепенно угасать, «стираться». В условиях специального обучения формируются адекватные приемы и способы использования слухового, тактильного, обонятельного, вибрационного и других анализаторов, представляющих сенсорную основу развития психофизических процессов. Благодаря этому развиваются высшие формы познавательной деятельности, которые являются ведущими в компенсаторной перестройке восприятия. Компенсация слепоты представляет собой своеобразное психическое образование, систему сенсорных, моторных, интеллектуальных компонентов, создающую слепому ребенку возможность овладеть различными видами деятельности. У слабовидящих имеется некоторая возможность использовать зрение при знакомстве с предметами, явлениями, при пространственной ориентировке и при движении. Однако зрительное восприятие их сохранно частично и не совсем полноценно. Обзор окружающей действительности у них сужен, замедлен, неточен, поэтому зрительные представления имеют качественные своеобразия, цветовые ощущения нарушены, цветовые образы-представления обеднены. У слабовидящих при косоглазии нарушено бинокулярное зрение, т.е. способность видеть двумя глазами.

Большое значение в восприятии и познании окружающей действительности у слепых и слабовидящих имеет осязание. Тактильное восприятие обеспечивает получение комплекса разнообразных ощущений (прикосновение, давление, движение, тепло, холод, боль, фактура материала и пр.) и помогает определить форму, размеры фигуры, устанавливать пропорциональные отношения. Различные ощущения, воспринимаемые нервными окончаниями кожи, передаются в кору больших полушарий головного мозга. Так, незрячие и слабовидящие учатся «глядеть», «видеть» руками.

С помощью звуков – основного ориентира – незрячие и слабовидящие могут свободно определять предметные и пространственные свойства окружающей среды. По звуку с большой точностью определяют его источник и местонахождение. В процессе обучения и воспитания слепых и слабовидящих проводятся специальные упражнения на дифференциацию, различение и оценку с помощью звука характера предмета, анализ и оценку сложного звукового поля. Успешность овладения различными видами деятельности: предметной, игровой, трудовой, учебной – зависит от уровня развития наглядно-образных представлений, пространственного мышления, пространственной ориентировки.

В силу нарушения деятельности зрительного анализатора у слепых и слабовидящих детей может проявляться своеобразие речевого развития. Исследования показывают, что речевые нарушения у детей с глубокими нарушениями зрения встречаются значительно чаще, чем у нормально видящих. В большинстве случаев расстройства речи у детей с нарушениями зрения носят

системный характер и затрагивают все ее основные компоненты (фонетико-фонематический, лексический и грамматический). Отмечаются: отсутствие необходимого словарного запаса, нарушение понимания смысловой стороны слова, которое не соотносится со зрительным образом предмета; характерны «вербализации» в связи с неполнотой предметных образов действительности, возникают трудности удержания в речевой памяти развернутых высказываний и правильных грамматических конструкций предложений.

У слепых и слабовидящих детей отмечаются выраженные изменения со стороны двигательной сферы – движения детей неуверенные и некоординированные; особенно страдает моторика мелкой мускулатуры рук. Как правило, эти дети мало двигаются и уже с дошкольного возраста предпочитают больше сидеть. Вследствие этого среда отмечается значительный процент детей (около 30%) с дисгармоничным физическим развитием (избыточная масса тела, низкие показатели окружности грудной клетки и др.).

Имеющееся у слабовидящего человека зрительное восприятие играет существенную роль в его развитии, учебе, социально-трудовой адаптации. В коррекции познавательного и личностного развития слабовидящих детей особое внимание обращается на формирование у них целенаправленности умственной деятельности, процессов зрительного восприятия, активности и сознательности, расширения и углубления круга их интересов. При этом учеба и последующая работа должны сопровождаться постоянными консультациями врача-офтальмолога, тифлопедагога, психолога.

Косоглазие – расстройство зрения, характеризующееся нарушением бинокулярного зрения в результате отклонения одного из глаз от совместимой точки фиксации взора. Помимо косметического недостатка, весьма проблемного в психологическом плане, косоглазие сопровождается серьёзным расстройством зрительных функций, это определяется тем, что бинокулярное зрение, осуществляемое содружественной работой обоих глаз, является основным вариантом зрительного восприятия окружающего мира, обеспечивающим нормальную жизнедеятельность человека. Выделяют паралитическое косоглазие, вызванное поражением нервов, иннервирующих наружные мышцы глаза (парезы и параличи глазодвигательных мышц), и содружественное косоглазие, при котором нарушена иннервация конвергенции и фузии, но глазодвигательные мышцы почти не страдают.

Причинами содружественного косоглазия могут быть врождённые и приобретённые заболевания центральной нервной системы, аметропии, различие в анатомо-оптическом строении обоих глаз, резкое понижение остроты зрения или слепота на один глаз.

Различают следующие виды косоглазия: периодическое, постоянное, монолатеральное (косит на один глаз), альтернирующее (попеременно косят оба глаза), сходящееся и расходящееся.

Содружественное косоглазие – наиболее распространённый вид данного нарушения зрительных функций. Оно характеризуется постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от точки фиксации. Чаще косит один глаз. Иногда оба поочерёдно. При альтернирующем косоглазии, как правило, острота зрения не теряется. При монолатеральном косоглазии функция постоянно

косящего глаза находится в состоянии стойкого торможения и «бездеятельности». Это приводит к резкому понижению остроты зрения этого глаза – амблиопии. Амблиопия – это понижение зрения без видимых причин, выражающееся в снижении остроты центрального зрения. Это заболевание, при котором один из двух глаз почти не задействован в процессе зрения. Глаза видят слишком разные картинки, и мозг не может совместить их в одну объёмную. В результате, он постоянно подавляет работу одного глаза. Поэтому очень важно активизировать "нерабочий" глаз. Амблиопия обычно развивается при косоглазии, а также высоких степенях дальнозоркости. Таким образом, амблиопия является сопутствующим заболеванием при косоглазии и дальнозоркости и выражается в резком понижении остроты зрения. Поэтому необходимо раннее выявление амблиопии и организация комплексного лечения косоглазия и амблиопии, что осуществляется средствами лечебной коррекции.

Одним из главных преимуществ лечения косоглазия и амблиопии в специальном детском саду для детей с нарушением зрения является то, что ребёнок окружён вниманием воспитателей и тифлопедагога, которые осуществляют постоянный контроль за выполнением назначений врача-офтальмолога, педагогическими средствами поддерживают интерес ребёнка к лечению. Зная особенности патологии органов зрения, будучи знакомыми, с принципами воздействия на неё, понимая зрительные возможности ребёнка, систематически консультируясь с врачом-офтальмологом, поддерживая в ребёнке интерес к лечению, педагоги становятся участниками возвращения детям возможной полноты зрительных функций.

Методологической основой коррекционной работы в детских садах с нарушением зрения является психологическая теория развития аномального ребёнка, специальная педагогика со своей спецификой в принципах, содержании и методах обучения. Коррекционная работа строится как многоуровневая система, обеспечивающая целостный, комплексный, дифференцированный, регулируемый процесс управления всем ходом психофизического развития и восстановления зрения на основе стимуляции всех потенциальных возможностей детей с нарушением зрения.

Специфичность коррекционной работы с детьми дошкольного и младшего школьного возраста состоит: во взаимосвязи и взаимодействии содержания, методов, приёмов и средств коррекции на психику ребёнка; в компенсаторном развитии средствами деятельности (игры, ручного труда, коррекционно-развивающих занятий и т.д.); в интеграции ребёнка в общество зрячих на основе сложившихся у него социально-адаптивных форм общения и поведения.

Коррекционная работа осуществляется в тесной связи с комплексным лечебно-восстановительным процессом на основе максимального сближения медицинских и педагогических средств коррекции.

Целенаправленное обучение и воспитание строится из пропедевтических курсов, предусматривающих формирование навыков и умений пользоваться неполноценным зрением и формирование компенсаторных форм ориентации за счёт развития сохранных анализаторов, речи и мышления.

Коррекционно-педагогическая работа осуществляется в двух направлениях:

– специальные коррекционные занятия по развитию зрительного восприятия, лечебной физкультуре, ритмике, социальной адаптации и пространственной ориентировке, коррекции речевых нарушений;

– организация коррекционных упражнений на различных занятиях, в играх, бытовой деятельности.

Все виды коррекционной работы пронизаны задачами лечебного процесса. Знание зрительных возможностей ребёнка позволяет педагогу целенаправленно влиять на развитие зрения, создавать условия для закрепления результатов восстановительного лечения.

Обучение и воспитание в детских садах для детей с нарушениями зрения направлено на раннюю коррекцию и компенсацию вторичных отклонений в развитии детей, осуществление лечебно-восстановительной работы по исправлению косоглазия и амблиопии, а также успешную подготовку детей к школе.

Развитие бинокулярного и стереоскопического зрения осуществляется в дидактических играх, на занятиях по рисованию, лепке, физкультуре и др. Решая педагогические задачи по формированию различных знаний и умений, педагоги учат детей способам зрительной ориентации в различении признаков и свойств предметного мира, зрительно-пространственных признаков и т.д. Система упражнений, способствующих активизации зрительного восприятия и познания окружающей действительности, согласуется педагогами с врачом-офтальмологом

В школах для слепых детей обучаются как абсолютно слепые, так и дети с остаточным зрением, имеющие нормальный интеллект. Слепые дети с олигофренией в степени дебильности обучаются отдельно, в специальных классах. Слепые дети обучаются чтению и письму по системе Брайля. Незрячие с остаточным зрением в процессе усвоения учебной информации пользуются бисенсорным восприятием (это требует использования специальных средств наглядности, воспринимаемых как осязанием, так и остаточным зрением.) В учебных планах школ предусматриваются специальные коррекционные занятия, направленные на развитие пространственной и социально-бытовой ориентировки, остаточного зрения, осязания, речи и двигательных функций. С учетом своеобразия познавательной деятельности незрячих детей применяются специальные приборы, в том числе приборы, позволяющие преобразовывать световые сигналы в звуковые, тактильные, доступные для их восприятия.

В школах для слабовидящих дети получают общее среднее и политехническое образование в соответствии государственным образовательным стандартом. Содержание обучения в целом соответствует содержанию обучения в массовой школе (за исключением изобразительной деятельности, черчения, а также содержания трудового обучения и физического воспитания). Сроки обучения удлиняются на один год. В учебный план включены индивидуальные и малогрупповые коррекционные занятия по развитию зрения, ритмике, развитию пространственной ориентировки, логопедические занятия.

Для слабовидящих детей, обучающихся в массовой школе, предусматривается обучение в коррекционных классах для детей с ослабленным и нарушенным зрением, где к этим детям осуществляется дифференцированный

подход в процессе их обучения. Специфика обучения детей в этих классах включает: изменение темпа прохождения учебного материала; особый режим зрительных нагрузок; применение специальных форм и методов обучения; использование специальных учебных и наглядных пособий, оптики и тифлотехники с целью расширения зрительных возможностей детей; создание соответствующих санитарно-гигиенических условий обучения; организацию лечебно-восстановительной работы и др.

В специальных школах и классах для слабовидящих детей создаются специальные условия, направленные на охрану зрения, облегчение зрительного восприятия и предупреждение утомления. К ним относятся: использование назначенных офтальмологом средств коррекции – обычных и специальных (лупы, телескопические очки и др.), специальных учебников и учебных пособий, повышение освещенности рабочего места, рациональный режим зрительной работы.

При искусственном освещении лампы накаливания освещенность на рабочей поверхности должна достигать 500 Л (люкс), при люминесцентном – не менее 800 Л. Для освещения рабочего места ребенка в домашних условиях рекомендуются настольные лампы с абажуром молочного стекла.

Стены учебных помещений окрашиваются масляными красками различных оттенков зеленого и желтого цвета очень слабой интенсивности.

Используются учебники с крупным шрифтом, тетради с четкой разлиновкой; благоприятные условия зрительной работы обеспечиваются отсутствием резких контрастов в учебно-наглядных пособиях, четкостью схем, карт, отсутствием в них мелких элементов и т.д. На занятиях широко используются телеустановки и звукозаписывающая аппаратура.

Учебная работа, требующая участия зрения, чередуется с устными формами организации занятия. Для охраны зрения слабовидящих детей необходимо устраивать перерывы в зрительной работе (чтение, письмо, рассматривание иллюстраций) через каждые 10-15 минут занятия. В процессе выполнения учебных заданий учитывается замедленная деятельность слабовидящих детей и снижение уровня работоспособности по сравнению с нормально видящими детьми. Для учащихся начальных и подготовительных классов рекомендуется предусматривать один раз в неделю «облегченный» день, сокращение числа уроков (до двух) и проведение полуторо-двухчасовой прогулки или экскурсии на природу.

Усвоение учебного материала осуществляется в процессе классных занятий; домашние задания допускаются лишь в самом небольшом объеме.

Для слабовидящих детей используются парты особой конструкции, позволяющие обеспечить правильную посадку, расположение книги и тетради на необходимом расстоянии от глаз, а также использование луп разного типа на подвижных шарнирах. Соблюдение гигиенических рекомендаций является непременным условием коррекционно-воспитательной работы специального детского учреждения и должно находиться под постоянным контролем со стороны медицинских работников и педагога.

Помимо рассмотренных категорий детей (слепые и слабовидящие), обучение которых требует создания специально организованных условий, есть дети с

нарушениями зрения, которые могут находиться в дошкольных и школьных учреждениях массового типа. Это, в основном, дети с аномалиями рефракции (близорукость, дальнозоркость, астигматизм), недостатки зрения которых корригируются применением обычных средств коррекции. Такие дети должны находиться под систематическим наблюдением врача-офтальмолога.

В отношении этих детей необходимо следить за четким выполнением назначенных офтальмологом мероприятий по охране зрения (ношение очков, определение рабочего места в зависимости от характера и степени нарушения зрения, режим зрительных нагрузок, ограничение некоторых трудовых нагрузок и физкультурных упражнений – назначение специальной группы по физкультуре и др.). Рабочее место ребенка с дефектом зрения должно быть достаточно освещено. Необходимо следить за тем, чтобы ребенок хорошо воспринимал учебный материал, представленный на доске, на схемах, на карте, на наборном полотне, наглядные пособия и др. Учитывая, что у детей с аномалией рефракции отмечается снижение зрительной работоспособности, им по возможности нужно давать на занятии разные вида работы; необходим строгий контроль за объемом домашних заданий, связанных со зрительной работой.

В системе мероприятий по сохранению и укреплению здоровья мероприятий важное место занимают: достаточное и рациональное освещение в учебных помещениях и в домашних условиях, правильная посадка во время занятий, регулирование продолжительности и характера зрительной работы, соблюдение режима дня, предупреждение переутомления зрения, которое может повлечь за собой его расстройство, в частности близорукость.

Работа с наглядными пособиями в детском саду должна удовлетворять гигиеническим требованиям. Рассматриваемые предметы (книга, картинки и др.) следует располагать по отношению к глазам ребенка не ближе 30 см. Желательно, чтобы картинка находилась в наклонном положении под углом 45 градусов. Наглядные пособия и иллюстративный материал должны быть четко выполнены и достаточных размеров. Не следует использовать картинки на цветной бумаге: рассматривание их может утомить зрение детей; лучший фон – белый или серый.

Очень важно раннее выявление зрительных нарушений у детей, также необходимо учесть, что небольшая степень дальнозоркости нередко не замечается ребенком, так как она компенсируется путем усиления преломляющей способности глаза. Однако при отсутствии коррекции (очки) постоянное напряжение аккомодации приводит к явлениям утомления глаз, появлению головной боли, тупой боли в области лба и около глаз, чувства давления в глазах. Буквы при чтении сливаются, становятся неясными. Перерыв в зрительной работе временно устраняет эти ощущения, но при возобновлении занятий они возникают снова. Эти явления обусловлены перенапряжением ресничной (аккомодационной) мышцы глаза. При появлении указанных симптомов необходимо обследование ребенка у врача-специалиста.

2.2 Организация и содержание коррекционной педагогической работы с детьми с нарушениями в развитии эмоционально-волевой сферы, расстройством аутического спектра

Нарушения в развитии эмоционально-волевой сферы, данными понятиями в дефектологии определяются нервно-психические расстройства (в основном легкой

и средней степени тяжести). К основным видам нарушений в развитии эмоционально-волевой сферы у детей и подростков относятся реактивные состояния (синдром гиперактивности), конфликтные переживания, психастения и психопатия (психопатические формы поведения), ранний детский аутизм.

Как известно, личность ребенка формируется под влиянием наследственно детерминированных (обусловленных) качеств и факторов внешней (в первую очередь, социальной) среды. Поскольку процесс развития в значительной мере зависит от факторов внешней среды, очевидно, что неблагоприятные средовые воздействия могут стать причиной временных нарушений поведения, которые, закрепившись, могут привести к аномальному (искаженному) развитию личности.

Как для нормального соматического развития необходимо соответственное количество калорий, белков, минеральных веществ и витаминов, так и для нормального психического развития необходимо присутствие определенных эмоционально-психологических факторов. К ним относятся, прежде всего, любовь ближних, чувство безопасности (обеспечиваемое заботой родителей), воспитание правильной самооценки, а также наряду с развитием самостоятельности в действиях и поведении) руководство взрослых, включающее, помимо любви и заботы, определенный набор запретов. Только при правильном соотношении внимания и запретов формируются соответствующие связи между «Я» ребенка и внешним миром, и маленький человек, сохраняя свою индивидуальность, развивается в личность, которая обязательно найдет свое место в обществе.

Многосторонность эмоциональных потребностей, обеспечивающих развитие ребенка, уже сама по себе свидетельствует о возможности значительного числа неблагоприятных факторов внешней (социальной) среды, которые могут стать причиной нарушений в развитии эмоционально-волевой сферы и отклонений в поведении детей.

Реактивные состояния определяются в специальной психологии как нервно-психические расстройства, вызванные неблагоприятными ситуациями (условиями развития) и не связанные с органическим поражением ЦНС. Наиболее ярким проявлением реактивных состояний (РС) является синдром гиперактивности, выступающий на фоне «пролонгированного» состояния общей психической возбудимости и психомоторной расторможенности. Причины РС могут быть разнообразны. Так, к травмирующим психику ребенка обстоятельствам относится такое психофизиологическое расстройство как энурез (ночное недержание мочи, сохраняющееся или часто повторяющееся после 3-го года жизни), часто наблюдающийся у соматически ослабленных и нервных детей. Энурез может возникнуть после тяжелого нервного потрясения, испуга, после истощающего организм соматического заболевания. В возникновении энуреза отмечаются и такие причины как конфликтные ситуации в семье, излишняя строгость родителей, слишком глубокий сон и др. Усугубляют реактивные состояния при энурезе насмешки, наказание недоброжелательное отношение окружающих к ребенку.

К реактивному состоянию может привести наличие у ребенка тех или иных физических и психофизиологических дефектов (косоглазие, деформации конечностей, наличие хромоты, тяжелой формы сколиоза и др.), особенно при неправильном отношении окружающих.

Частой причиной психогенных реакций у маленьких детей является внезапное сильное раздражение устрашающего характера (пожар, нападение злой собаки и др.). Повышенная восприимчивость к психическим травмам наблюдается у детей с остаточными явлениями после перенесенных инфекций и травм, у детей возбудимых, ослабленных, эмоционально неустойчивых. Наиболее подвержены психическим травмам дети, относящиеся к слабому типу высшей нервной деятельности, легко возбудимые дети.

Основным отличительным признаком РС являются неадекватные (чрезмерно выраженные) личностные реакции на воздействия из окружающей (прежде всего, социальной) среды. Для реактивных состояний характерным является состояние психологического напряжения и дискомфорта. РС могут проявляться в виде депрессии (тоскливого, подавленного состояния). В других случаях основными симптомами РС являются: психомоторное возбуждение, расторможенность, совершение неадекватных поступков и действий.

В тяжелых случаях может наблюдаться расстройство сознания (помрачение сознания, нарушение ориентировки в окружающем), беспричинный страх, временное «выпадение» некоторых функций (глухота, мутизм).

Несмотря на различие проявлений, общим симптомом, связывающим все случаи реактивных состояний, является тяжелое, гнетущее психоэмоциональное состояние, вызывающее перенапряжение нервных процессов и нарушение их подвижности. Этим во многом определяется повышенная склонность к аффективным реакциям.

Нарушения психического развития могут быть связаны с тяжелыми внутренними конфликтными переживаниями, когда в сознании ребенка сталкиваются противоположные отношения к близким людям или к той или иной социальной ситуации, имеющей для ребенка большое личностное значение. Конфликтные переживания (как психопатологическое расстройство) носят длительный, социально обусловленный характер; они приобретают доминирующее значение в психической жизни ребенка и резко негативно отражаются на его характерологических особенностях и поведенческих реакциях. Причинами конфликтных переживаний чаще всего являются: неблагоприятное положение ребенка в семье (конфликты в семье, распад семьи, появление мачехи или отчима, алкоголизм родителей и др.). Конфликтные переживания могут возникать у детей, оставленных родителями, усыновленных и в других случаях. Еще одной причиной стойких конфликтных переживаний могут стать уже указанные выше недостатки психофизического развития, в частности, заикание.

Проявлениями тяжелых конфликтных переживаний чаще всего являются замкнутость, раздражительность, негативизм (во многих формах его проявления, включая речевой негативизм), депрессивные состояния; в некоторых случаях следствием конфликтных переживаний становится задержка познавательного развития ребенка.

Стойкие конфликтные переживания нередко сопровождаются нарушениями (девиациями) поведения. Достаточно часто причиной поведенческих нарушений у данной категории детей является неправильное воспитание ребенка (чрезмерная опека, чрезмерная свобода или, напротив, отсутствие любви, излишняя строгость и

необоснованная требовательность, без учета его личностных – интеллектуальных и психофизических возможностей, определяемых стадией возрастного развития). Особенно серьезной ошибкой в воспитании ребенка является постоянное уничижительное сравнение его с детьми, обладающими лучшими способностями и стремление добиться от ребенка, не обладающего ярко выраженными интеллектуальными задатками больших достижений. У ребенка, достоинство которого унижено и которого часто наказывают, может развиться чувство неполноценности, реакции страха, робости, озлобления и ненависти. У таких, находящихся в постоянном напряжении детей, нередко возникает энурез, головные боли, быстрая утомляемость и др. В более старшем возрасте такие дети могут восставать против доминирующего авторитета взрослых, что является одной из причин антисоциального поведения.

Конфликтные переживания могут быть обусловлены и психотравмирующими ситуациями в условиях школьного коллектива. Разумеется, на возникновение и степень выраженности конфликтных ситуаций оказывает влияние индивидуальные личностно-психологические особенности детей (состояние нервной системы, личные притязания, круг интересов, впечатлительность и др.), а также условия воспитания и развития.

Также достаточно сложным нервно-психическим расстройством является психастения – нарушение психической и интеллектуальной деятельности, обусловленное слабостью и нарушением динамики процессов высшей нервной деятельности, общим ослаблением нервно-психических и познавательных процессов. Причинами психастении могут быть тяжелые нарушения соматического здоровья, нарушения общего конституционального развития (вследствие дистрофии, нарушений обменных процессов в организме, гормональных расстройств и др.). Вместе с тем в возникновении психастении большую роль играют факторы наследственной обусловленности, нарушения функций центральной нервной системы различного генеза, наличие минимальной мозговой дисфункции и др.

Основными проявлениями психастении являются: снижение общей психической активности, замедленность и быстрая истощаемость психической и интеллектуальной деятельности, снижение работоспособности, явления психической заторможенности и инертности, повышенная утомляемость при психологических нагрузках. Дети-психоастеники крайне медленно включаются в учебную работу и очень быстро устают при выполнении заданий, связанных с выполнением умственных и мнемических действий.

Дети этой категории отличаются такими специфическими чертами характера, как нерешительность, повышенная впечатлительность, склонность к постоянным сомнениям, робость, мнительность, тревожность. Нередко симптомами психастении выступают также состояние депрессии и аутистические проявления. Психопатическое развитие по психастеническому типу в детском возрасте проявляется в повышенной мнительности, в навязчивых страхах, в тревожности. В более старшем возрасте наблюдаются навязчивые сомнения, опасения, ипохондричность, повышенная мнительность.

Психопатия (от греч. – psyche – душа, pathos – болезнь) определяется в

специальной психологии как патологический склад характера, проявляющийся в неуравновешенности поведения, плохой приспособляемости к меняющимся условиям окружающей среды, неумении подчиняться внешним требованиям, повышенной реактивности. Психопатия представляет собой искаженный вариант формирования личности, это – дисгармоническое развитие личности при достаточной (как правило) сохранности интеллекта.

Исследования отечественных ученых (В.А. Гиляровский, В.Р. Мясищев, Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев и др.) показали диалектическое взаимодействие социальных и биологических факторов в происхождении психопатии. Большая часть психопатий обусловлена внешними патологическими факторами, действовавшими внутриутробно или в раннем детском возрасте. Наиболее частыми причинами психопатии являются: инфекции – общие и мозговые, черепно-мозговые травмы – внутриутробные, родовые и приобретенные в первые годы жизни; токсические факторы (например, хронические желудочно-кишечные заболевания), нарушения внутриутробного развития вследствие алкогольной интоксикации, воздействие радиации и др. Определенную роль в формировании психопатии играет и патологическая наследственность.

Вместе с тем для развития психопатии, наряду с основной (предрасполагающей) причиной, вызывающей врожденную или рано приобретенную недостаточность нервной системы, необходимым является наличие еще и другого фактора – неблагополучие социальной среды и отсутствие корригирующих воздействий при воспитании ребенка.

По мнению Г.Е. Сухарева, целенаправленное позитивное воздействие окружающей среды может в большей или меньшей степени корригировать имеющиеся у ребенка отклонения, тогда как при неблагоприятных условиях воспитания и развития даже легкие отклонения в психическом развитии могут трансформироваться в тяжелую форму психопатии. В этой связи биологические факторы рассматриваются как исходные моменты, предпосылки, могущие вызвать психопатическое развитие личности; решающую же роль приобретают социальные факторы, главным образом условия воспитания и развития ребенка.

Психопатия весьма разнообразна по своим проявлениям, поэтому в клинике выделяют различные ее формы (органическая психопатия, эпилептоидная психопатия и др.). Общим для всех форм психопатии является нарушение развития эмоционально-волевой сферы, специфические аномалии характера. Для психопатического развития личности характерны: слабость воли, импульсивность действий, грубые аффективные реакции. Недоразвитие эмоционально-волевой сферы проявляется также в определенном снижении работоспособности, связанном с неумением сосредоточиться, преодолевать трудности, встречающиеся при выполнении заданий.

Наиболее отчетливо нарушения эмоционально-волевой сферы выражены при органической психопатии, в основе которой лежит органическое поражение подкорковых мозговых систем. Клинические проявления при органической психопатии различны. В одних случаях – первые проявления психического расстройства обнаруживаются уже в раннем возрасте. В анамнезе этих детей отмечается резко выраженная пугливость, боязнь резких звуков, яркого света,

незнакомых предметов, людей. Это сопровождается интенсивным и продолжительным криком и плачем. В раннем и дошкольном возрасте на первый план выступает психомоторное беспокойство, повышенная сенсорная и моторная возбудимость. В младшем школьном возрасте психопатическое поведение проявляется в виде необузданности, протеста против правил общественного поведения, всякого режима, в виде аффективных вспышек (драчливость, беготня, шумливость, а позднее – школьные прогулы, склонность к бродяжничеству и др.).

В других случаях органической психопатии обращает на себя внимание следующая особенность поведенческих реакций детей, резко отличающая их от сверстников уже в дошкольном возрасте. Родные и воспитатели отмечают крайнюю неровность их настроения; наряду с повышенной возбудимостью, излишней подвижностью у этих детей и подростков часто отмечается пониженное, угрюмо-раздражительное настроение. Дети старшего дошкольного и младшего школьного возраста часто жалуются на неопределенные болевые ощущения, отказываются от еды, плохо спят, часто ссорятся и дерутся со сверстниками. Повышенная раздражительность, негативизм в различных формах его проявления, недоброжелательное отношение к окружающим, агрессивность по отношению к ним образуют ярко выраженную психопатологическую симптоматику органической психопатии. Особенно отчетливо указанные проявления выражены в более старшем возрасте, в пубертатном периоде. Нередко они сопровождаются замедленным темпом интеллектуальной деятельности, снижением памяти, повышенной утомляемостью. В ряде случаев органическая психопатия сочетается с задержкой психомоторного развития ребенка.

Г.Е. Сухарева выделяет две основные группы органических психопатий: возбудимые (эксплозивные) и бестормозные. При первом (возбудимом) типе наблюдаются немотивированные колебания настроения в виде дисфории. В ответ на малейшие замечания у детей и подростков возникают бурные реакции протеста, уходы из дома, школы.

Для органических психопатов по бестормозному типу характерны повышенный фон настроения, эйфория, некритичность. Все это является благоприятным фоном для формирования патологии влечений, склонности к бродяжничеству.

При наследственной отягощенности эпилепсией у детей могут формироваться черты личности, свойственные эпилептоидной психопатии. Эта форма психопатии характеризуется тем, что у детей, при первично сохранном интеллекте и отсутствии типичных признаков эпилепсии (припадки и др.), отмечаются следующие особенности поведения и характера: раздражительность, вспыльчивость, плохая переключаемость с одного вида деятельности на другой, «застревание» на своих переживаниях, агрессивность, эгоцентризм. Наряду с этим характерны тщательность и настойчивость при выполнении учебных заданий. Указанные положительные черты необходимо использовать как опору в процессе коррекционной работы.

При наследственной отягощенности шизофренией у детей могут формироваться шизоидные черты личности. Для этих детей характерны: бедность эмоций (нередко недоразвитие высших эмоций: чувства сопереживания,

сострадания, признательности и др.), отсутствие детской непосредственности и жизнерадостности, малая потребность в общении с окружающими. Ядерным свойством их личности является эгоцентризм и аутистичные проявления. Им свойственна своеобразная асинхрония психического развития уже с раннего детства. Развитие речи обгоняет развитие моторики, в связи с чем, у детей часто несформированы навыки самообслуживания. В играх дети предпочитают одиночество или общение со взрослыми и более старшими детьми. В ряде случаев отмечается своеобразие моторной сферы – неуклюжесть, моторная неловкость, неприспособленность к выполнению практической деятельности. Общая эмоциональная вялость, которая обнаруживается у детей уже с раннего возраста, отсутствие потребности в общении (аутистичные проявления), отсутствие интереса к практической деятельности, а позднее – замкнутость, неуверенность в себе, несмотря на достаточно высокий уровень интеллектуального развития, создают значительные трудности в воспитании и обучении данной категории детей.

Истерическое психопатическое развитие наиболее часто встречается в детском возрасте, чем остальные формы. Оно проявляется в выраженном эгоцентризме, в повышенной внушаемости, в демонстративном поведении. В основе данного варианта психопатического развития лежит психическая незрелость. Она проявляется в жажде признания, в неспособности ребенка и подростка к волевому усилию, что составляет сущность психической дисгармонии.

Специфические черты истероидной психопатии проявляются в ярко выраженном эгоцентризме, в постоянном требовании повышенного внимания к себе, в стремлении любым путем достичь желаемого. В социальном общении наблюдается склонность к конфликтам, ко лжи. При столкновении с жизненными трудностями возникают истерические реакции. Дети очень капризны, любят играть командную роль в коллективе сверстников и проявляют агрессивность, если им это не удается. Отмечается крайняя неустойчивость (лабильность) настроения.

Психопатическое развитие по неустойчивому типу может наблюдаться у детей с психофизическим инфантилизмом. Их отличает незрелость интересов, поверхностность, неустойчивость привязанностей, импульсивность. У таких детей отмечаются затруднения в длительной целенаправленной деятельности, для них характерна безответственность, нестойкость моральных принципов, социально-отрицательные формы поведения. Этот вариант психопатического развития может быть, как конституционального генеза, так и органического.

В практической специальной психологии установлена определенная зависимость между неправильными подходами к воспитанию детей, педагогическими ошибками и формированием психопатических черт характера. Так, характерологические черты возбудимых психопатов нередко возникают при так называемой «гипоопеке» или прямой безнадзорности. Формированию же «тормозимых психопатов» благоприятствует черствость или даже жестокость окружающих, когда ребенок не видит ласки, подвергается унижениям и оскорблениям (социальный феномен «золушки»). Истерические черты личности

наиболее часто формируются в условиях «гиперопеки», в обстановке постоянного обожания и восхищения, когда близкими ребенка исполняются любые его желания и прихоти (феномен «кумир семьи»).

В подростковом возрасте происходит интенсивное преобразование психики подростка. Существенные сдвиги наблюдаются в формировании интеллектуальной деятельности, что проявляется в стремлении к познанию, формировании абстрактного мышления, в творческом подходе к решению задач. Интенсивно формируются волевые процессы. Подростку свойственны настойчивость, упорство в достижении поставленной цели, способность к целенаправленной волевой деятельности. Активно формируется сознание. Этому возрасту свойственна дисгармоничность психического развития, которая часто проявляется в акцентуированности характера. По данным А.Е. Личко, акцентуированность (заостренность) отдельных черт характера у учащихся разных типов школ варьирует от 32 до 68 % от общего контингента школьников.

Акцентуации характера – это крайние варианты нормального характера, но в то же время они могут быть предрасполагающим фактором для развития неврозов, невротических, патохарактерологических и психопатических расстройств. В многочисленных исследованиях психологов показано, что степень дисгармоничности у подростков различна, а сама акцентуированность характера имеет разные качественные особенности и по-разному проявляется в особенностях поведения подростков. К основным вариантам акцентуаций характера относятся следующие.

Дистимический тип личности. Особенностями этого типа акцентуации являются периодические колебания настроения и жизненного тонуса у подростков. В период подъема настроения подростки этого типа коммуникабельны, активны. В период спада настроения они немногословны, пессимистичны, начинают тяготиться шумным обществом, становятся унылыми, теряют аппетит, страдают бессонницей. Подростки этого типа акцентуации комфортно чувствуют себя среди небольшого круга близких людей, которые их понимают и оказывают поддержку. Важным для них является наличие длительных, устойчивых привязанностей, увлечений.

Эмотивный тип личности. Подростки этого типа характеризуются изменчивостью настроений, глубиной переживаний, повышенной чувствительностью. Эмотивные подростки обладают развитой интуицией, чувствительны к оценкам окружающих. Они комфортно чувствуют себя в кругу семьи, понимающих и заботливых взрослых, постоянно стремятся к доверительному общению со значимыми для них взрослыми и сверстниками.

Тревожный тип. Основной чертой этого типа акцентуации является тревожная мнительность, постоянный страх за себя и своих близких. В детстве у подростков тревожного типа часто наблюдается симбиотическая связь с матерью или другими родственниками. Подростки испытывают сильный страх перед новыми людьми (учителя, соседи и пр.). Они нуждаются в теплых, заботливых отношениях. Уверенность подростка, что ему окажут поддержку, помощь в неожиданной, нестандартной ситуации, способствует развитию инициативы, активности.

Интровертированный тип. У детей и подростков этого типа наблюдается

склонность к эмоциональной отгороженности, замкнутости. У них, как правило, отсутствует стремление установить близкие, дружеские отношения с окружающими. Они предпочитают индивидуальные виды деятельности. У них наблюдается слабая экспрессивность, стремление к одиночеству, заполненному чтением книг, фантазированием, разного рода хобби. Эти дети нуждаются в теплых, заботливых отношениях со стороны близких. Их психологический комфорт возрастает при принятии взрослым и поддержке их самых неожиданных увлечений.

Возбудимый тип. При этом типе акцентуации характера у подростков наблюдается несбалансированность между возбудительными и тормозными процессами. Подростки возбудимого типа, как правило, находятся в состоянии дисфории, что проявляется в подавленности с угрозой агрессивности по отношению ко всему внешнему миру. В этом состоянии возбудимый подросток подозрителен, заторможен, ригиден, склонен к аффективной вспыльчивости, импульсивности, немотивированной жестокости по отношению к близким. Возбудимые подростки нуждаются в теплых эмоциональных отношениях с окружающими.

Демонстративный тип. Подростки этого типа отличаются ярко выраженным эгоцентризмом, постоянным желанием быть в центре внимания, желанием «произвести впечатление». Для них характерна коммуникабельность, высокая интуиция, умение приспосабливаться. При благоприятных условиях, когда «демонстративный» подросток оказывается в центре внимания и принят окружающими, он хорошо адаптируется, способен к продуктивной, творческой деятельности. При отсутствии таких условий наблюдается дисгармония личностных свойств по истероидному типу – привлечение к себе особого внимания демонстративным поведением, проявляется склонность ко лжи и фантазированию как защитный механизм.

Педантичный тип. Как подчеркивает Э.И. Леонгард, педантичность как акцентуированная черта характера проявляется в поведении личности. Поведение педантической личности не выходит за пределы разумного, и в этих случаях часто сказываются преимущества, связанные с тенденцией к основательности, четкости, законченности. Главными чертами этого типа акцентуации характера в подростковом возрасте являются нерешительность, склонность к резонерству. Такие подростки очень аккуратны, добросовестны, рациональны, ответственны. Однако у некоторых подростков при повышенной тревожности наблюдается нерешительность в ситуации принятия решений. Их поведение отличается некоторой ригидностью, эмоциональной сдержанностью. Таким подросткам свойственна повышенная фиксация на своем здоровье.

Неустойчивый тип. Основной характеристикой этого типа является выраженная слабость волевых компонентов личности. Безволие проявляется, прежде всего, в учебной или трудовой деятельности подростка. Однако в процессе развлечений такие подростки могут проявлять высокую активность. У неустойчивых подростков наблюдается также повышенная внушаемость, в связи с чем, их социальное поведение в значительной степени зависит от окружения. Повышенная внушаемость и импульсивность на фоне незрелости высших форм

волевой деятельности нередко способствует формированию у них склонности к аддитивному (зависимому поведению): алкоголизм, наркомания, компьютерная зависимость и пр. Неустойчивая акцентуация проявляется уже в начальных классах школы. У ребенка полностью отсутствует желание учиться, наблюдается неустойчивое поведение. В структуре личности у неустойчивых подростков наблюдается неадекватная самооценка, что проявляется в неспособности к самоанализу, соответствующей оценке своих поступков. Неустойчивые подростки склонны к подражательной деятельности, что дает возможность при благоприятных условиях сформировать у них социально приемлемые формы поведения.

Аффективно-лабильный тип. Важной чертой этого типа является крайняя изменчивость настроения. Частые перемены настроения сочетаются со значительной глубиной их переживания. От настроения данного момента зависит самочувствие подростка, его трудоспособность. На фоне колебания настроения возможны конфликты со сверстниками и взрослыми, кратковременные и аффективные вспышки, но затем следует быстрое раскаяние. В период хорошего настроения лабильные подростки общительны, легко приспосабливаются к новой обстановке, отзывчивы на просьбу. У них хорошо развита интуиция, они отличаются искренностью и глубиной привязанности к родным, близким, друзьям, глубоко переживают отвержение со стороны эмоционально значимых лиц. При доброжелательном отношении со стороны педагогов и окружающих такие подростки чувствуют себя комфортно, проявляют активность.

Следует отметить, что проявления психопатического развития не всегда заканчиваются полным формированием психопатии. При всех формах психопатического поведения при условии раннего целенаправленного коррекционного воздействия в сочетании (при необходимости) с лечебными мероприятиями могут быть достигнуты значительные успехи в компенсации отклоняющегося развития у данной категории детей.

Дети с синдромом раннего детского аутизма. Ранний детский аутизм (РДА) или расстройства аутического спектра (РАС) является одним из наиболее сложных нарушений психического развития. Формируется этот синдром в своем полном виде к трехлетнему возрасту. Проявляется РДА в следующих клинико-психологических признаках:

- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;
- стереотипность в поведении. Характеризуется наличием в поведении ребенка однообразных действий – моторных (раскачиваний, прыжков, постукиваний), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр, стереотипных интересов.
- специфические нарушения речевого развития (мутизм, эхолалия, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи местоимений первого лица и т. д.), ведущие к нарушению речевой коммуникации.

При раннем детском аутизме характерны также: повышенная чувствительность к сенсорным стимулам. Уже на первом году жизни наблюдается

склонность к сенсорному дискомфорту (чаще всего на интенсивные бытовые звуки и на тактильные раздражения), а также сосредоточенность на неприятных впечатлениях. При недостаточной активности, направленной на обследование окружающего мира, и ограничении разнообразного сенсорного контакта с ним, наблюдается выраженная «захваченность», очарованность отдельными определенными впечатлениями – тактильными, зрительными, слуховыми, вестибулярными, которые ребенок стремится получать вновь и вновь. Например, любимым занятием ребенка на протяжении полугода и более может быть шуршание целлофановым пакетом, наблюдение за движением тени на стене; самым сильным впечатлением может быть свет лампы и т.д. Принципиальным отличием при аутизме является тот факт, что близкому практически никогда не удается включиться в действия, которыми «зачарован» ребенок.

Нарушение чувства самосохранения отмечается в большинстве случаев уже до года. Оно проявляется как в сверхосторожности, так и в отсутствии чувства опасности. Нарушение аффективного контакта с ближайшим окружением выражается:

–в особенностях отношения к рукам матери. У многих аутичных детей отсутствует антиципирующая поза (протягивание ручек по направлению к взрослому, когда ребенок смотрит на него). На руках матери такой ребенок также может не чувствовать себя комфортно: либо «висит мешком», либо бывает чрезмерно напряжен, сопротивляется ласкам и др.;

–особенностях фиксации взгляда на лицо матери. В норме ребенок рано обнаруживает интерес к человеческому лицу. Коммуникация с помощью взгляда является основой для развития последующих форм коммуникативного поведения. Для аутичных детей характерно избегание глазного контакта (взгляд мимо лица или «сквозь» лицо взрослого);

–особенностях ранней улыбки. Своевременное появление улыбки и ее направленность близкому – признак благополучного эффективного развития ребенка. Первая улыбка у большинства аутичных детей адресована не человеку, а, скорее, в ответ на приятную для ребенка сенсорную стимуляцию (тормошение, яркий цвет одежды матери и т.д.).

–особенностях формирования привязанности к близкому человеку. В норме они проявляются, как очевидное предпочтение одного из ухаживающих за ребенком лиц, чаще всего – матери, в переживаниях разлуки с ней. Аутичный ребенок чаще всего не использует положительных эмоциональных реакций для выражения привязанности;

–в трудностях в выражении просьбы. У многих детей в норме на раннем этапе развития формируется направленный взгляд и жест – протягивание руки в нужном направлении, который на последующих этапах трансформировался в указательный. У аутичного ребенка и на более поздних этапах развития подобная трансформация жеста не происходит. Даже в старшем возрасте при выражении своего желания аутичный ребенок берет руку взрослого и кладет на желаемый предмет;

–трудностях произвольной организации ребенка, которые могут выражаться в следующих тенденциях:

- отсутствии или непостоянности отклика малыша на обращение к нему взрослого, на собственное имя;
- отсутствии прослеживания взглядом направления взгляда взрослого, игнорировании его указательного жеста;
- невыраженности подражательных реакций, а чаще их полном отсутствии; трудность в организации аутичных детей на простые игры, требующих подражания и показа («ладушки»);
- большой зависимости ребенка от влияний окружающего «психического поля». Если родители проявляют большую настойчивость и активность, пытаясь привлечь к себе внимание, то аутичный ребенок либо протестует, либо уходит от контакта.

Нарушение контакта с окружающими, связанные с особенностями развития форм обращения ребенка к взрослому, находят выражение в сложности выражения собственного эмоционального состояния. В норме способность выражать свое эмоциональное состояние, делиться им со взрослым – одно из наиболее ранних адаптационных достижений ребенка. Обычно оно появляется уже после двух месяцев. Мать прекрасно понимает настроение своего ребенка и поэтому может управлять им: утешить ребенка, снять дискомфорт, успокоить. Матери же аутичных детей часто испытывают трудности даже в понимании эмоционального состояния своих малышей.

Педагогическая коррекция детей с РАС. В зависимости от уровня развития нервной системы, знаний и умений аутичного ребенка, характера его пристрастий и интересов создается индивидуальная программа его обучения. Опираясь на данные исследования психолога, педагог проводит собственное обследование, определяет конкретные задачи обучения, вырабатывает методику работы.

Выявление и развитие творческих способностей детей. Музыка – важная сфера жизни для аутичного ребенка, дающая ему массу положительных эмоций, а пение зачастую выступает как важнейший фактор появления и развития речи.

Развитие общей моторики. Лечебная физкультура в коррекционной работе с детьми-аутистами имеет очень важное значение. В связи с недоразвитием функций вестибулярного аппарата особое значение приобретают упражнения на равновесие, координацию движений, ориентировку в пространстве.

Работа с родителями аутичных детей. В комплекс работы с родителями входят: психотерапия членов семьи, ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка с РАС, обучение методам воспитания аутичного ребенка, организации его режима, формирования навыков самообслуживания, подготовке к школьному обучению.

Основные формы и методы психологической коррекции эмоционально-волевых расстройств. Основной целью психологической коррекции нарушений поведения у детей и подростков с дисгармоничным развитием является гармонизация их личностной сферы, семейных взаимоотношений и решение (устранение) актуальных психотравмирующих проблем. В работе с детьми и подростками, страдающими эмоционально-волевыми расстройствами широко применяются следующие методы психотерапии: суггестивная психотерапия,

групповая, поведенческая, семейная, рациональная, самовнушение. Часто используются психоанализ, трансактный анализ, гештальт-терапия, аутогенная тренировка и др. Аутогенная тренировка представляет собой упорядоченное использование специальных упражнений и психологических релаксаций, помогает управлять эмоциями, восстанавливать силы, работоспособность, снимать напряжение, преодолевать стрессовые состояния. Поведенческая психотерапия основана на принципах бихевиоризма, способствует изменению поведения ребенка под воздействием позитивного стимула, снимает дискомфорт, неадекватную реакцию. Тренинг как вид поведенческой психотерапии, обучает управлять своими эмоциями, принимать решение, учит коммуникативности, уверенности в себе. Рациональная психотерапия как метод включает приемы разъяснения, внушения, эмоционального воздействия, изучения, коррекцию личности, логическую аргументцию. Активно используется трудотерапия как звено, соединяющее человека с социальной действительностью. По сути, это лечение занятостью, предохранение от личностного распада, создание условий для межличностного общения.

Особый интерес в психокоррекционной работе с подростками с нарушениями эмоциональной регуляции поведения представляет уровневый подход, предложенный проф. В.В. Лебединским. Взаимодействие личности с окружающим миром, реализация ее потребностей могут происходить на разных уровнях активности и глубины эмоционального контакта ребенка (подростка) с окружающей средой. Выделяют четыре основных уровня такого взаимодействия.

Первый – уровень полевой реактивности – первично связан с наиболее примитивными, пассивными формами психической адаптации. Аффективные переживания на этом уровне еще не содержат положительной или отрицательной оценки, они связаны лишь с общим самоощущением комфорта или дискомфорта.

В более старшем возрасте ребенка и у взрослых этот уровень выполняет фоновые функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему. Он обеспечивает тоническую реакцию аффективных процессов. Роль этого уровня в регуляции поведения чрезвычайно велика и недооценка его влечет за собой существенные издержки в психокоррекционном процессе. Тоническая эмоциональная регуляция с помощью специальных ежедневных психотехнических приемов позитивно воздействует на разные уровни «базальной аффективности». Поэтому различные психорегулирующие тренировки с использованием сенсорных стимулов (звук, цвет, свет, тактильное прикосновение) имеют огромное значение в психокоррекции поведения.

Второй – уровень стереотипов – играет важную роль в регуляции поведения ребенка первых месяцев жизни, в формировании приспособительных реакций – пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью. На этом уровне уже осознано оцениваются сигналы из окружающего мира и внутренней среды организма, аффективно оцениваются ощущения всех модальностей: слуховых, зрительных, тактильных, вкусовых и др. Типом поведения, характерным для этого уровня аффективной адаптации, являются стереотипные реакции. Аффективные стереотипы являются необходимым фоном для обеспечения самых сложных форм поведения человека. Активизация этого уровня эмоциональной

регуляции в процессе психокоррекционной работы достигается при сосредоточении ребенка (подростка) на чувственных (мышечных, вкусовых, тактильных и прочих) ощущениях, восприятии и воспроизведении простых ритмических стимулов. Этот уровень, так же, как и первый, способствует стабилизации аффективной жизни человека. Разнообразные психотехнические приемы, широко используемые психологами, такие как ритмические повторы, «ритуальные действия», прыжки, раскачивания и т.д., занимают важное место в психокоррекционном процессе, особенно на первых этапах занятий. Они выступают и как расслабляющее, и как мобилизующее средство воздействия в коррекции поведения детей и подростков.

Третий уровень аффективной организации поведения – уровень экспансии – является следующей ступенью эмоционального контакта человека со средой. Его механизмы постепенно начинают осваиваться ребенком на втором полугодии первого года жизни, что способствует формированию активной адаптации к новым условиям. Аффективные переживания третьего уровня связаны не с самим удовлетворением потребности, как это было на втором уровне, а с достижением желаемого. Они отличаются большой силой и полярностью. Если на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание вызывает тревогу, страх, то на третьем они мобилизуют субъекта на преодоление трудностей. На данном уровне аффективной организации деятельности и поведения ребенок испытывает любопытство к неожиданному впечатлению, азарт в преодолении опасности, гнев, стремление к преодолению возникающих затруднений. В процессе психокоррекции уровень аффективной экспансии стимулируется под влиянием переживаний, возникающих в процессе увлекательной игры, риска, соперничества, преодоления трудных и опасных ситуаций, разыгрывания «устрашающих» сюжетов, содержащих реальную перспективу их успешного разрешения.

Четвертый уровень – уровень эмоционального контроля (высший уровень системы базальной эмоциональной регуляции) – формируется на основе «субординации», взаимодополнения и социализации всех предыдущих уровней. Адаптивное аффективное поведение на этом уровне поднимается на следующую ступень сложности. На этом уровне закладывается аффективная основа произвольной организации поведения человека. Поведенческий акт субъекта уже становится поступком – действием, которое строится с учетом отношения к нему другого человека. В случае неудачи адаптации субъект на этом уровне уже не реагирует на значимую для него ситуацию ни уходом, ни двигательной активностью, ни направленной агрессией, как это возможно на предыдущих уровнях, – он обращается за помощью к другим людям. На этом уровне происходит совершенствование аффективной «ориентировки в себе», что является важной предпосылкой развития самооценки. Аффективное переживание на данном уровне связано с сопереживанием другому человеку. Коррекция эмоционально-интеллектуальной организации поведения требует обязательного включения таких психотехнических приемов, как сотрудничество, партнерство, рефлексия, что способствует формированию личностных реакций гуманизма, сопереживания, самоконтроля.

Выделенные уровни аффективной организации реализуют качественно

различные задачи адаптации. Ослабление или повреждение одного из уровней приводит к общей аффективной дезадаптации ребенка или подростка в окружающем социуме.

Структурно-уровневое изучение базальной эмоциональной организации личности имеет важное значение в решении проблемы формирования индивидуального поведения детей и подростков и разработки эффективных способов его коррекции.

В основе нарушения поведения у детей и подростков с дисгармонией развития нередко лежит недостаточность произвольной регуляции деятельности. Опираясь на деятельностный принцип в психологии, можно выделить основные блоки структуры поведения человека.

- Мотивационный блок – включает в себя умение ребенка (подростка) выделить, осознать и принять цель поведения.
- Операционно-регуляторный блок – умение планировать действия по достижению цели (как по содержанию, так и по времени реализации деятельности).
- Блок контроля – умение контролировать свое поведение и вносить в него необходимые коррективы.

Трудности осознания своего поведения свойственны многим детям и подросткам с дисгармонией психического развития. Они проявляются в слабой рефлексии, в незнании своих «сильных» и «слабых» личностных качеств, а также в недооценке подростком той или иной психотравмирующей ситуации, способствующей дезорганизации его поведения. В связи с этим, важным направлением психокоррекционной работы является помощь в раскрытии ребенку или подростку его личностного потенциала.

2.3 Организация и содержание коррекционной педагогической работы с детьми с задержкой психического развития, умственной отсталостью, интеллектуальными нарушениями

Дети с задержкой психического развития. Целенаправленное систематическое дошкольное воспитание и обучение имеет важнейшее значение для развития психики ребенка и последующего успешного обучения в школе. Полноценное усвоение детьми школьной программы во многом обусловлено уровнем их интеллектуального развития.

Не случайно, что самое пристальное внимание психологов, педагогов, дефектологов, врачей направлено на углубленное изучение детей, которые заметно отстают от своих сверстников в интеллектуальном развитии как в дошкольном возрасте, так и на последующем этапе школьного обучения.

Дифференцированное углубленное изучение детей с различными отклонениями в развитии позволило отечественным клиницистам и дефектологам выделить категорию детей, особенности психического развития которых не позволяют им без специально созданных условий усваивать образовательные программы детского сада и массовой школы, но, в то же время, существенно отличают их от умственно отсталых детей. К этой категории относятся дети с задержкой психического развития (ЗПР).

В отечественной дефектологии ЗПР рассматривается как отставание в развитии психической деятельности ребенка, вызванное минимальным органическим повреждением мозга (или нарушением деятельности ЦНС другого генеза). Под термином «задержка психического развития» подразумеваются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма. Задержка темпа развития при ЗПР (в отличие от нарушений интеллекта) имеет обратимый характер. В этиологии задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера.

Дети с ЗПР традиционно определяются как полиморфная группа, характеризующаяся замедленным и неравномерным созреванием высших психических функций, недостаточностью познавательной деятельности, снижением уровня работоспособности, недоразвитием эмоционально-личностной сферы. Причины таких состояний разнообразны: органическая недостаточность ЦНС, конституциональные особенности, неблагоприятные социальные факторы (М.С. Певзнер, Т.А. Власова, В.И. Лубовский, К.С. Лебединская, М. Н. Фишман и др.).

Существующая в настоящее время классификация типов задержки психического развития, разработанная в ИКП РАО, основана на дальнейшей дифференциации двух основных групп детей с ЗПР, предложенных в классификации М.С. Певзнер и Т.А. Власовой. Используя в качестве исходного критерия преимущественное недоразвитие эмоционально-волевой сферы или познавательной деятельности, Т.А. Власова и К.С. Лебединская выделили четыре основных клинических типа задержки психического развития:

- ЗПР конституционального происхождения;
- ЗПР соматогенного происхождения;
- ЗПР психогенного генеза;
- ЗПР церебрально-органического генеза.

Продолжительность задержки психического развития в значительной мере определяется временем начала и адекватностью специального обучения. В условиях массовой школы дети с ЗПР испытывают большие трудности в обучении, которые без специального лечебно-педагогического воздействия не преодолеваются и приводят к стойкой неуспеваемости ребенка. Дети с ЗПР составляют основной контингент неуспевающих учащихся массовой школы (Т.А. Власова, Е.М. Мастюкова, и др.).

Проведенное У.В. Ульенковой специальное массовое обследование детей подготовительных к школе групп детских садов показало, что дети с временными задержками психофизического развития составляют до 10% обследованного контингента детей.

Ошибочное отнесение таких детей к умственно отсталым и направление в специальную школу не может способствовать их дальнейшему оптимальному

развитию, так как учебный материал программы вспомогательных школ значительно ниже познавательных возможностей детей с ЗПР.

Выделение детей с ЗПР в особую категорию детей с ограниченными возможностями (конец 60-х – начало 70-х гг. прошлого столетия) имело большое практическое значение. Глубокое изучение особенностей их психики и, на этой основе, определение соответствующих условий обучения и воспитания, позволяет наиболее эффективно корригировать процесс их познавательного развития и становления личности.

Среди причин, вызывающих ЗПР, выделяют заболевания матери во время беременности (инфекции, сердечно-сосудистая патология, тяжелые токсикозы), недоношенность, родовые травмы и асфиксию новорожденного; черепно-мозговые травмы, тяжелые инфекционные заболевания, перенесенные ребенком в раннем возрасте и др.).

К факторам, способствующим отставанию ребенка в психическом развитии, исследователи, занимающиеся проблемой ЗПР, относят: дефицит общения с окружающими, что вызывает задержку в присвоении ребенком общественного опыта, а также дефицит соответствующей возрасту ребенка деятельности, что препятствует своевременному формированию психических функций, необходимых умственных операций и действий. Задержка психического развития может быть вызвана также взаимодействием различных неблагоприятных факторов.

Нозологическая группа детей с ЗПР неоднородна по своему составу. К основным клиническим формам ЗПР относятся ЗПР конституционального генеза (психический и психофизический инфантилизм), ЗПР психогенного генеза, церебрастенические состояния и ЗПР соматического генеза. Остановимся на их характеристике.

Психофизический инфантилизм (от лат. infantile – детский) характеризуется тем, что ребенок, достигший определенного возраста, находится по уровню психического и физического развития на более ранних возрастных ступенях. Как правило, такие дети начинают позже ходить, говорить. По основным антропометрическим показателям физического развития (длина, масса тела, окружность грудной клетки и др.) они отстают от средних норм для соответствующего возраста. Нередко у этих детей наблюдается не только отставание в росте и весе, но сохраняются пропорции тела, особенности мимики, жестикуляции и психомоторики, свойственные более раннему возрастному периоду. При психическом инфантилизме (в отличие от психофизического) нарушение темпа развития касается в основном психической сферы.

ЗПР конституционального генеза представляет собой вариант гармонического инфантилизма (замедленного развития), при котором асинхронии («неравномерного», непропорционального) развития различных психических и физических функций не наблюдается. Средние показатели («параметры») психического и физического развития соответствуют возрастной норме, но только для более раннего возраста. При этом временные рамки отставания в психофизическом развитии, как правило, достаточно велики и составляют 2-3 года. Своеобразие психического развития инфантильных детей проявляется в

следующем: у детей слабо выражена способность к интеллектуальному напряжению и концентрации внимания; возникает быстрая утомляемость при выполнении заданий, требующих волевого усилия; характерны неустойчивость интересов, недостаточная самостоятельность, медленно формируются навыки самообслуживания.

При поступлении в школу такие дети не достигают необходимого уровня готовности к школьному обучению. Они плохо включаются в учебную деятельность, не способны сосредоточиться на учебном задании, не могут организовать себя в соответствии с требованиями школьной дисциплины. У детей отсутствуют школьные интересы и понимание школьных обязанностей, они с трудом овладевают навыками чтения и письма, так как у них имеется недоразвитие способности к осознанному анализу звуковой стороны речи.

По данным М.С. Певзнер и И.А. Юрковой и др., у одних детей гармоническим инфантилизмом задержка психического развития выражена в более легкой степени и касается, прежде всего, недоразвития эмоционально-волевой сферы (неумение сосредоточиться на задании, ослабление способности к волевому усилию, явное предпочтение игре по сравнению с другими видами деятельности). Такие дети не слушают объяснений учителя, во время занятия могут встать и ходить по классу, затеять игру или начинают плакать, проситься домой и т.д.

Отклонения в развитии эмоциональной сферы у детей с ЗПР проявляются в таких явлениях психической неустойчивости, как эмоциональная лабильность, быстрая пресыщаемость, поверхностность переживаний, ярко выраженная непосредственность, свойственная детям более младшего возраста, преобладание игровых мотивов над другими, частая смена настроения, преобладание одного из фонов настроения. Отмечаются либо импульсивность, аффективная возбудимость, либо повышенная чувствительность к замечаниям, склонность к робости. В некоторых случаях, при преобладании психоорганических признаков нарушений в развитии, у детей с ЗПР, наблюдаются аффективные расстройства по возбудимому, дисфорическому типу: выраженные и длительные аффективные реакции, монотонность, ригидность переживаний, расторможенность влечений, упорство в их удовлетворении, негативизм, агрессивность.

Проблемы в поведении детей с ЗПР, возникающие из-за своеобразия развития их эмоциональной сферы, появляются чаще всего в ситуации обучения, в период адаптации к детскому саду или школе.

У других детей более отчетливо выступают задержка в развитии познавательной деятельности, недоразвитие мыслительных операций, нарушения памяти и внимания, быстрая истощаемость нервных процессов. У этих детей, по сравнению с нормально развивающимися детьми, затруднено запоминание учебного материала, осмысливание получаемой информации, овладение анализом, сравнением, обобщением. В учебных заданиях дети допускают большое количество ошибок, не замечают и не исправляют их, так как для этих детей характерны: нарушение целенаправленной деятельности, несформированность самоконтроля, неспособность удерживать в памяти инструкцию к заданию.

Задержка психического развития органического генеза относится к числу

наиболее сложных вариантов ЗПР.

Основной клинической формой при задержках психического развития органического генеза является церебральная астения. Термин астения (от греч. а – частица, означающая отрицание, отсутствие; stenos – сила) – означает слабость, бессилие. При цереброастении (от лат. cerebrum – мозг) нервно-психическая слабость обусловлена заболеваниями головного мозга (травмами, инфекциями). Обычно это относительно легкие поражения головного мозга, которые не приводят к стойкому нарушению интеллектуальной деятельности, характерному для умственной отсталости. При церебрастенических состояниях на первый план выступают такие проявления, как повышенная истощаемость нервно-психических процессов, быстрая утомляемость при учебных нагрузках, головные боли, нарушение работоспособности, ослабление памяти и внимания. В результате этого дети не могут сосредоточиться на выполняемом задании и быстро отвлекаются. При нарастании утомления (особенно при отсутствии спокойной обстановки) резко падает продуктивность познавательной (учебной) деятельности; изменяются поведенческие реакции: дети становятся беспокойными, раздражительными или, напротив, вялыми, медлительными, заторможенными. Низкий уровень развития памяти и внимания, инертность психических процессов, их замедленность и пониженная переключаемость обусловливают существенные нарушения познавательной деятельности. Непродуктивность мышления, неразвитость отдельных интеллектуальных операций могут подвести к установлению ошибочного диагноза «олигофрения».

Для детей с ЗПР органического генеза характерно резкое снижение познавательной активности, что ведет к сужению круга знаний и представлений об окружающем мире, бедности словарного запаса, недоразвитию интеллектуальных процессов памяти и мышления. Это создает значительные трудности в процессе обучения, в частности в овладении чтением, письмом, счетом. Так, для овладения родным языком необходимо, чтобы у ребенка еще до поступления в школу были сформированы элементарные фонематические представления, умения производить простой звуковой анализ, практически пользоваться способами словообразования. В то же время, как показывают исследования, речь детей с ЗПР отличается бедностью словаря, примитивностью грамматических конструкций; обнаруживается слабая ориентировка в звуковом и слоговом составе слова (Р.Д. Тригер, Н.А. Цыпина и др.).

Значительные трудности отмечаются у детей с ЗПР и при овладении письмом. Автоматизация процессов письма происходит с большим опозданием. При письме дети допускают многочисленные ошибки: не дописывают элементы букв и слова; смешивают близкие по начертанию буквы, пропускают или переставляют буквы в слове, удваивают гласные, соединяют несколько слов в одно и др. Это объясняется не только задержкой в формировании навыков звуко-буквенного анализа, но и особенностями внимания детей с ЗПР (нарушение распределения внимания, быстрая отвлекаемость и др.).

Ипполитовой И.В., Чучалиной Д.Н. установлено, что у детей с ЗПР с большим трудом формируются представления о предметно-количественных отношениях. При обучении математике в школе они часто не овладевают

понятием числа, приемами устного счета, испытывают трудности в составлении и решении простейших устных задач, в том числе – с использованием картинного материала). При выполнении письменных работ отмечаются нарушения последовательности действий, пропуски составных компонентов задания. Это может быть связано с неспособностью детей к концентрации внимания и с ослаблением самоконтроля за выполнением задания.

Задержка психического развития соматического генеза связана с нарушением «общего» здоровья, приводящим к нарушению функций центральной нервной системы и состоянию минимальной мозговой дисфункции. Соматогенная ЗПР может быть обусловлена хроническими заболеваниями основных функциональных систем организма, нарушениями конституционального соматического развития (рахит, дистрофия, нарушения обмена веществ в организме), осложнениями после соматических заболеваний и др. Эта форма ЗПР, не связанная с органическими поражениями ЦНС, имеет, как правило, легкую или среднюю степень выраженности и преодолевается в относительно короткие сроки. Проявляется этот вариант ЗПР в основном в недоразвитии познавательной деятельности, несформированности личностной, эмоционально-волевой сферы. Недоразвитие психической интеллектуальной деятельности также имеет место, но чаще всего не имеет выраженного характера.

Таким образом, для всей группы детей с ЗПР характерна недостаточная готовность к обучению в обычных условиях, что определяется задержкой развития познавательной деятельности. У детей с ЗПР отмечается снижение познавательной активности, задержка в формировании мыслительных операций (анализа, синтеза, обобщения), незрелость словесной регуляции, снижение функций памяти и внимания. Объем знаний и представлений об окружающем мире у них ограничен, что отрицательно отражается и на речевом развитии.

Дети часто не знают видовых названий, распространенных в своей местности деревьев, цветов, птиц и др.; не могут назвать детенышей животных. Многие из этих детей не могут рассказать о свойствах многократно встречавшихся им предметов и явлений, почти не употребляют слов с обобщающим значением. Составляемые ими рассказы (по вопросам, по образцу) примитивны по форме и по содержанию, нарушена последовательность изложения,

Заметно ограничен у детей с ЗПР запас видовых понятий. Часто они обозначают одним и тем же словом целый ряд предметной родовой группы (например, называют «розой» такие цветы как астра, тюльпан и др.). В ряде случаев за словом-наименованием нет отчетливого конкретного представления (ребенок называет цветы – «тюльпан», «астра», «георгин» и др., но не узнает названные цветы по предъявлению). Часто дети с ЗПР не умеют рассказать о признаках предмета, на которые они фактически опираются при его узнавании (например, правильно назвав цветок – «ромашка», ребенок не может назвать признаки, по которым он узнал его, следовательно, эти признаки не осознаны ребенком). Указанные особенности учитываются в процессе коррекционного обучения детей с ЗПР.

Снижение памяти рассматривается как одна из важнейших причин трудностей в обучении детей с ЗПР (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, Е.М. Мастюкова

и др.). Выявлено, что многие дети с ЗПР плохо запоминают тексты, стихи, не удерживают в памяти цель и условие задачи. Как для долговременной, так и для кратковременной памяти детей с ЗПР характерны более низкие показатели по сравнению с нормально развивающимися детьми. У детей с ЗПР отмечается снижение объема кратковременной памяти, медленное нарастание продуктивности запоминания при повторных предъявлениях (В.Л. Подобед), причем объем запоминаемого материала у детей с ЗПР существенно уменьшается к концу учебной недели (В.И. Печерская и др.).

Комплексное проведение медико-педагогических мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию отклонений в психофизическом развитии детей с задержкой психического развития, включает: раннюю диагностику задержки психического развития у ребенка, тщательное изучение состояния познавательных способностей детей с ЗПР, общего состояния их здоровья и потенциальных возможностей их развития (с учетом «зоны ближайшего развития» ребенка); проведение коррекционно-воспитательной работы, направленной на максимальное развитие познавательных возможностей детей и обогащения их практического опыта; лечебно-оздоровительные мероприятия.

Для детей с выраженной задержкой психического развития в системе специального обучения созданы специальные школы и специальные классы («классы выравнивания», классы компенсирующего обучения) при массовых общеобразовательных школах. Эти формы организации обучения решают единые задачи, имеют одинаковую структуру и содержание обучения, действуют на основе единой документации. Задачами специальной школы (коррекционных классов) данного типа являются коррекционное обучение и воспитание учащихся, и цензовое образование в объеме (как минимум) неполной средней общеобразовательной школы. Период начального обучения увеличен на один год. В учебный план введены имеющие большое коррекционное значение индивидуальные коррекционные занятия.

При детских садах общего и комбинированного типа создаются коррекционные группы для детей с ЗПР; существуют и специальные детские сады для данной категории детей.

Коррекционное учреждение реализующие ФГОС НОО ОВЗ, адаптированные программы по варианту 7.1 или 7.2, создаются для обучения и воспитания детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная утомляемость, истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость, для обеспечения коррекции их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизации познавательной деятельности, формирования навыков и умений учебной деятельности. Наполняемость класса (группы), группы продленного дня – до 12 человек.

Перевод воспитанников в массовые общеобразовательные учреждения осуществляется по мере коррекции отклонений в их развитии после получения

начального общего образования.

С целью уточнения диагноза воспитанник может находиться в коррекционном учреждении в течение одного года. В целях коррекции отклонений в развитии воспитанников, ликвидации пробелов в знаниях проводятся индивидуальные и групповые (не более 3 воспитанников) коррекционные занятия. Воспитанники, имеющие речевые нарушения, получают логопедическую помощь на специально организуемых логопедических занятиях (индивидуально или в группе из 2–4 человек). В штаты коррекционного учреждения вводится должность логопеда (из расчета не менее одной единицы на 15–20 воспитанников).

Во время работы с неуспевающими учащимися в массовой школе учителя обычно осуществляют индивидуальный подход. Они стараются выявить пробелы в учебных знаниях ребенка и восполнить их теми или другими способами: повторяют объяснение материала и дают дополнительные упражнения, сравнительно чаще используют наглядные дидактические пособия и разнообразные карточки, разными путями организуют внимание таких детей, активно привлекают их к коллективной работе класса и др. Такие меры на отдельных этапах обучения, как правило, дают положительные результаты. Однако у детей с ЗПР достигнутые таким путем незначительные успехи в обучении в большинстве случаев оказываются лишь временными; в дальнейшем у детей неизбежно накапливается все больше и больше пробелов в знаниях.

Это обусловливает необходимость при обучении детей с задержкой психического развития применять специфические коррекционно-педагогические воздействия, сочетающиеся с лечебно-оздоровительными мероприятиями. При этом нужно осуществлять индивидуальный подход к детям с учетом характерных для каждого ребенка затруднений. Учебный материал должен преподноситься детям дозировано, небольшими познавательными «блоками»; его усложнение следует осуществлять постепенно. Необходимо специально обучать детей пользоваться ранее усвоенными знаниями.

Известно, что дети с задержкой психического развития быстро утомляются. В связи с этим целесообразным является переключение обучающихся с одного вида деятельности на другой. Кроме того, следует использовать различные виды занятий. Очень важно, чтобы предлагаемые виды работы выполнялись детьми с интересом и эмоциональным подъемом. Этому способствует использование на занятиях красочного наглядно-дидактического материала и игровых моментов. Педагогу рекомендуется разговаривать с ребенком мягким, доброжелательным тоном и поощрять его за самые небольшие успехи. Таким же должен быть общий педагогический подход к детям с задержкой психического развития – учащимся общеобразовательного класса, т.к. временный характер этого состояния позволяет прогнозировать выравнивание темпа развития этой категории учащихся через 1-2 года и их успешное обучение.

Однако одного такого общего педагогического подхода оказывается недостаточно. Необходима также и специальная коррекционная работа, выражающаяся в систематическом восполнении пробелов в элементарных знаниях и практическом опыте детей, а также в формировании у них готовности к

усвоению основ научных знаний в процессе изучения тех или иных учебных предметов. Соответствующая работа входит в содержание первоначального обучения конкретным предметам в виде освоения детьми подготовительных разделов к разным темам.

Во время усвоения содержания этих подготовительных разделов дети с задержкой психического развития овладевают теми знаниями и умениями, которые формируются у их нормально развивающихся сверстников в процессе приобретения жизненного опыта. Так, например, на уроках родного языка, прежде чем приступить к изучению имени прилагательного, ребенок с задержкой психического развития должен научиться выделять и правильно называть признаки предметов; в связи с последним ему необходимо пополнить свой словарный запас словами, которые обозначают признаки предметов; во время таких дополнительных подготовительных занятий дети должны научиться пользоваться разными грамматическими формами слов.

Подготовительная работа не может ограничиться каким-то небольшим периодом времени в начале школьной жизни ребенка; она будет необходима на протяжении нескольких лет обучения, так как изучение каждого нового раздела учебной программы должно опираться на практические знания и опыт, которых, как показали исследования, у детей с ЗПР обычно не хватает.

Те учебные практические действия с предметами, которые предусматриваются методиками преподавания в общеобразовательной школе, в большинстве случаев недостаточны для детей с задержкой психического развития, так как не могут восполнить пробелов в их практических знаниях. В связи с этим формирование, расширение и уточнение элементарных знаний органически входит в программу по каждому из изучаемых в образовательном учреждении предметов. Такую уточняющую и разъясняющую «детализацию» учебного материала и предварительную подготовку к его усвоению следует проводить, прежде всего, применительно к наиболее трудным для усвоения темам.

В прямой зависимости от конкретного содержания занятий стоят и используемые методы работы. Постоянной задачей учителя является отбор таких методов, которые обеспечивают развитие у детей наблюдательности, внимания и интереса к изучаемым предметам и явлениям и т. д.

Но и такой подготовительной работы к изучению познавательного материала и формированию предметно-практических действий по отдельным учебным предметам часто оказывается недостаточно. Необходима специальная коррекционная работа по обогащению детей разнообразными знаниями об окружающем мире, развитию у них навыков «анализирующего наблюдения», формированию интеллектуальных операций сравнения, сопоставления, анализа и обобщения, накоплению опыта практических обобщений. Все это создает необходимые предпосылки формирования у детей умения самостоятельно приобретать знания и пользоваться ими.

Компенсирующие классы могут быть организованы во всех видах общеобразовательных учреждений, располагающих необходимыми для работы кадрами, и открываются общеобразовательным учреждением по предложению совета этого учреждения.

В компенсирующие классы направляются или переводятся с согласия родителей (лиц, их заменяющих) дети, не имеющие по результатам проводимой перед поступлением в общеобразовательное учреждение диспансеризации противопоказаний к обучению по основным общеобразовательным программам, но обнаруживающие низкий уровень готовности к обучению или испытывающие стойкие затруднения в их освоении.

Компенсирующие классы создаются, как правило, для обучающихся на ступени начального общего образования. Целесообразно, чтобы компенсирующие классы работали в режиме продленного дня. Сроки для освоения программ по общеобразовательным предметам в компенсирующих классах соответствуют срокам, предусмотренным для освоения программ начального общего образования.

Отбор детей в компенсирующие классы на основе психолого-педагогического диагностирования осуществляется психолого-педагогическим консилиумом и оформляется его решением. Психолого-педагогический консилиум создается в образовательном учреждении приказом директора, в его состав входят заместитель директора по учебно-воспитательной работе, учителя компенсирующих классов, другие опытные педагоги, педиатр, учитель-логопед, психолог и другие специалисты. Специалисты, не являющиеся работниками данного учреждения, привлекаются для работы в психолого-педагогическом консилиуме на договорной основе.

Психолого-педагогический консилиум определяет направления развивающей работы с обучающимися. При наличии соответствующих условий функции психолого-педагогических консилиумов могут осуществляться районными (городскими) психологическими службами, реабилитационными центрами для детей и подростков, психолого-медико-педагогическими консультациями.

Психолого-педагогическое диагностирование детей проводится в следующем порядке:

а) организация сбора информации о поступающих в школу детях, анализ этой информации и выявление детей с низким уровнем готовности к обучению;

б) специальное диагностирование детей с низким уровнем готовности к обучению, ориентированное на определение степени и структуры школьной незрелости и ее вероятных причин;

в) проведение при необходимости сбора дополнительной диагностической информации о детях в период их первичной адаптации в образовательном учреждении (в течение первого полугодия) на основе углубленного экспериментально-психологического исследования, проводимого психологом.

Наполняемость классов компенсирующего обучения составляет 9-12 человек. Распорядок дня для обучающихся в компенсирующих классах устанавливается с учетом их повышенной утомляемости. Целесообразны: организация дневного сна, двухразовое питание, необходимые лечебные и оздоровительные мероприятия.

Обучающиеся, освоившие программы общеобразовательных предметов в компенсирующих классах, по решению психолого-педагогического консилиума переводятся в соответствующий класс общеобразовательного учреждения, работающий по основным общеобразовательным программам.

При отсутствии положительной динамики развития, в условиях компенсирующего обучения, обучающиеся в установленном порядке направляются на психолого-медико-педагогическую комиссию для решения вопроса о формах их дальнейшего обучения. Указанная дифференциация контингента обучающихся осуществляется в течение первого года обучения.

Организация образовательного процесса в классах компенсирующего обучения. Программы по общеобразовательным предметам в компенсирующих классах разрабатываются на базе основных общеобразовательных программ с учетом особенностей обучающихся. Составной частью программы в компенсирующих классах является программа компенсирующе-развивающей работы, которая реализуется как в процессе учебных, так и внеучебных занятий с обучающимися.

В системе работы с детьми с ЗПР предусматриваются создание щадящего режима интеллектуальных и физических нагрузок на ребенка, рациональное чередование труда и отдыха, использование различных видов деятельности, что оптимизирует умственную работоспособность школьников. Применяются специальные коррекционно-педагогические средства формирования учебных интересов, положительного отношения к школе, коррекции недостатков в развитии мышления, внимания, поведения, памяти, речи. Использование методов и приемов обучения, учитывающих особенности учебно-познавательной деятельности детей с ЗПР, помогает преодолеть те трудности в овладении учебным материалом, которые в обычных условиях препятствуют их успешному обучению. Важнейшую роль играет индивидуальный подход к учащимся, поскольку своеобразие развития у них проявляется достаточно ярко. В случаях, если такой ребенок обучается в массовой школе, он неизбежно сталкивается с пренебрежительным отношением своих благополучных сверстников, что ведет к формированию у такого ребенка низкого личностного социального статуса.

Работу с обучающимися в компенсирующих классах проводят учитель, воспитатель, учитель-логопед, психолог. В обязанности учителя-логопеда входит: всестороннее изучение речи обучающихся, проведение индивидуально-групповых и фронтальных занятий с теми из них, которые имеют нерезко выраженные отклонения в речевом развитии, оказание методической помощи учителям по преодолению трудностей при освоении обучающимися родного языка. Для логопедических занятий в учебном плане предусматривается 2 часа в неделю.

Психолог оказывает помощь на этапе углубленного обследования детей, отобранных в компенсирующие классы, выявляет особенности их интеллектуального развития, личностных и поведенческих реакций, проводит групповые и индивидуальные занятия, направленные на нормализацию эмоционально-волевой сферы, формирование продуктивных способов мыслительной деятельности, а также на исправление возможных нарушений общения и поведения; оказывает методическую помощь учителям.

Для проведения развивающих занятий, в том числе занятий с психологом, в учебном плане предусматривается 2 часа в неделю. Текущие и этапные результаты адаптации, продвижения в развитии и личностном росте обучающихся, формирования навыков образовательной деятельности, освоения

общеобразовательных программ, показатели функционального состояния их здоровья фиксируются в педагогической карте обучающегося и в классном журнале.

В компенсирующих классах работают учителя и воспитатели (при наличии групп продленного дня), имеющие опыт работы в образовательном учреждении и прошедшие специальную подготовку для работы по соответствующим коррекционным программам.

Для проведения самоподготовки и индивидуальной работы с обучающимися в режиме продленного дня, одновременно с воспитателями, могут привлекаться учителя на условиях дополнительной оплаты. Целесообразность таких занятий, их формы и продолжительность определяются психолого-педагогическим консилиумом.

Для работы компенсирующих классов в режиме продленного дня оборудуется помещение, приспособленное для занятий, отдыха и дневного сна.

Коррекционная педагогическая работа, проводимая с целью формирования знаний и представлений об окружающем, служит одним из средств активизации познавательной деятельности учащихся и повышения уровня их общего развития. Кроме того, она имеет важное значение для развития связной речи учащихся с задержкой психического развития. Такая работа способствует, прежде всего, уточнению содержательной (семантической) стороны речи в связи с совершенствованием и расширением представлений и понятий, и усвоением детьми лексико-грамматических языковых средств их словесного обозначения. Во время устных высказываний по поводу понятных, легко воспринимаемых жизненных явлений дети овладевают различными формами и компонентами речи (правильное произношение, лексикон родного языка, грамматический строй и т.д.).

Педагогам надо учитывать, что речь детей с задержкой психического развития недостаточно развита. Это в первую очередь связано с выраженным в той или иной степени недоразвитием речи, отмечаемым у большинства детей с ЗПР. Дети не понимают многих слов и выражений (или интерпретируют их неправильно), что, естественно, затрудняет усвоение учебного материала. Программные требования предполагают, что ответы учащихся на занятиях должны быть правильными не только по существу, но и по форме. Это, в свою очередь, предполагает, что учащиеся должны употреблять слова в их точных значениях, грамматически правильно строить предложения, отчетливо произносить звуки, слова и фразы, выражать свои мысли логично и выразительно. Необходимо предоставить ребенку возможность ежедневно высказываться по поводу выполненной работы, сделанных наблюдений, прочитанных книг и т.д., а также отвечать на вопросы учителя по учебному материалу с соблюдением всех основных требований к речевому общению.

Дети с умственной отсталостью, нарушениями интеллекта. Под нарушениями интеллекта (умственной отсталостью) понимают глубокое недоразвитие познавательной (интеллектуальной) деятельности, возникающее на основе тяжелого органического поражения головного мозга.

Существуют различные формы умственной отсталости. Наиболее

распространенными среди них являются такие формы нарушений интеллекта, как «олигофрения» и «деменция».

Олигофрения (от греч. oligos – малый, fren – ум) – это особая форма психического недоразвития, которая возникает в результате поражения головного мозга во внутриутробном периоде развития, во время родов или на самом раннем этапе постнатального развития ребенка. Термин «олигофрения» для обозначения всей группы врожденного и приобретенного в раннем периоде грубого нарушения интеллектуального предложил немецкий психиатр Э. Крепелин.

Фактор времени поражения – один из основных для определения олигофрении, так как возникновение интеллектуальной недостаточности на более поздних этапах жизни, когда психические функция ребенка уже достигли определенного уровня развития, дает иную структуру дефекта, отличающуюся от олигофрении.

Вторая особенность олигофрении, отличающая ее от других форм умственной отсталости, состоит в том, что при олигофрении органическая недостаточность мозга носит непрогредиентный (непрогрессирующий, резидуальный) характер. Поэтому при анализе развития ребенка-олигофрена учитывают, что болезненные процессы в головном мозге закончились, и ребенок способен к поступательному психическому развитию.

Это развитие подчиняется общим закономерностям психического развития в норме, но оно чрезвычайно затруднено, так как, в связи с нарушением центральной нервной системы, развитие это происходит на патологически (болезненно) измененной биологической основе.

По мнению М.С. Певзнер, Г.Е. Сухаревой, олигофрения объединяет целую группу патологических состояний, различных по причинам возникновения, механизму развития и клиническим проявлениям, единым для них является наличие общего психического недоразвития, в структуре которого центральное место занимает недоразвитие познавательных способностей.

При олигофрении кора больших полушарий мозга поражается диффузно, т.е. анатомические изменения относятся не к отдельным участкам, а распространяются на всю (или большую часть) коры больших полушарий головного мозга. В ряде случаев такое диффузное поражение коры сочетается с отдельными очаговыми поражениями в коре и подкорке (очаги воспаления, кровоизлияния). Это обусловливает разнообразие клинических проявлений олигофрении.

При всем разнообразии проявлений, общим для всех форм олигофрении является общее психическое недоразвитие, включая недоразвитие познавательной деятельности и личности в целом. Центральное место в структуре психического недоразвития при олигофрении принадлежит недостаточности высших форм познавательной деятельности, прежде всего абстрактного словесно-логического мышления. Указанная особенность психического дефекта при олигофрении более отчетливо проявляется к концу дошкольного – началу школьного возраста.

Проявление олигофрении в раннем детском и дошкольном возрасте выражается в отставании в сроках психофизического развития детей, в запаздывании сроков появления эмоциональных реакций на окружающее (на первом году жизни), отставании в развитии речи. Характерны также: длительное

отсутствие формирования навыков самообслуживания, подражательный, манипулятивный характер игры (у детей дошкольного возраста), слабо выраженный познавательный интерес к окружающему, отсутствие или недифференцированный характер «высших» эмоций (чувство признательности, привязанности, сочувствия и др.).

К школьному возрасту на первый план выступают конкретно-ситуативный характер мышления, слабость или невозможность обобщений, неспособность или резко ограниченная возможность выделения существенных признаков предметов и явлений. Физиологической основой этих недостатков является резко выраженное нарушение подвижности нервных процессов.

Отмечаются и другие нарушения познавательной деятельности (недостаточность восприятия, нарушение активного внимания, замедленность и непрочность запоминания, низкий уровень логической памяти и др.). Для детей-олигофренов характерны: слабость инициативы и побуждений, недостаточность целенаправленной умственной и практической деятельности, снижение любознательности, критичности и самокритичности, недоразвитие «интеллектуальных» эмоций (например, эстетического характера).

Все указанное обусловливает нарушение способности к пониманию и усвоению различной по характеру информации. Особые трудности возникают у детей-олигофренов в тех случаях, когда нужно установить связи между объектами и явлениями или сделать самостоятельные выводы.

При глубокой умственной отсталости усвоение любых отвлеченных знаний и школьное обучение оказывается полностью невозможным.

Состояние речи при олигофрении характеризуется бедностью словарного запаса, обилием речевых штампов, аграмматизмами и выраженными в разной степени дефектами произношения.

При некоторых (т.н. осложненных) формах олигофрении, при сочетании диффузного поражения мозга с наличием очагов поражения в подкорке, общее интеллектуальное недоразвитие осложняется психопатическими проявлениями в поведении: грубость, неумение контролировать свое поведение и др.

При диффузном поражении коры с преимущественным повреждением лобных долей больших полушарий мозга наблюдается резкое снижение критичности и самокритичности, а также грубые нарушения двигательной сферы.

Причины олигофрении. В настоящее время выделяют ряд причинных факторов, обусловливающих возникновение олигофрении. Большое значение придается патологической наследственности. По данным М.Г. Ляминой, не менее 75% всех случаев олигофрении так или иначе связано с генетическими факторами. К генетически обусловленным формам олигофрении относятся, например, болезнь Дауна, олигофрении в результате наследственного нарушения обмена веществ (фенилкетонурия и др.).

К внешним (негенетическим) факторам олигофрении, действующим во внутриутробном периоде развития, относятся: хронические заболевания матери и тяжелые токсикозы беременности, вызывающие внутриутробную гипоксию плода (кислородное голодание); инфекционные болезни (коревая краснуха, грипп, инфекционный гепатит, сифилис, токсоплазмоз), различные интоксикации,

вызываемые алкоголем, химическими веществами, наркотиками и др.; иммунологический конфликт (несовместимость) между организмом матери и плода по резус-фактору и группам крови АВО. В последнем случае возникает гемолитическая болезнь новорожденного, при которой поражение головного мозга наступает вследствие накопления в крови ребенка токсических продуктов распада красных клеток крови (эритроцитов).

Причинами возникновения олигофрении могут быть тяжелая асфиксия и черепно-мозговая травма новорожденного, приводящие к нарушениям мозгового кровообращения у ребенка. Среди постнатальных (после рождения) факторов следует выделить нейроинфекции (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит), черепно-мозговые травмы в раннем возрасте, тяжелые интоксикации в первые два года жизни ребенка (например, при токсической дизентерии и др.). Может иметь место также и сочетание наследственных и внешних патологических факторов.

При тяжелых формах олигофренического слабоумия образование условных рефлексов резко затруднено или невозможно. При легких степенях слабоумия новые условные связи формируются замедленно и характеризуются непрочностью. Отмечается слабость всех видов торможения, инертность нервных процессов, недоразвитие функций первой сигнальной системы.

Признаки недоразвития отмечаются и в моторной активности (запаздывание в развитии статических и динамических функций, недостаточная целенаправленность и координированность движений, недостаточная сформированность тонкой ручной моторики, мимики и др.).

При олигофрениях, связанных с нарушениями внутриутробного развития, отмечаются, как правило, разнообразные соматические нарушения: деформации и изменения размеров черепа, аномалии строения и расположения ушных раковин, глаз, челюстей, укорочение фаланг пальцев и др. Нередко наблюдается отставание в физическом развитии, недоразвитие половых органов и др.

Выделяют три степени выраженности интеллектуальной недостаточности при олигофрении: идиотию, имбецильность и дебильность. Наиболее тяжелая степень – идиотия (от греч. idios – собственный, существующий для себя, иначе, – существующий без общения с окружающими). Идиотам недоступно осмысление окружающего; их речь развивается крайне ограниченно (до произнесения отдельных, сильно искаженных слов); выражены нарушения моторики – многие дети не умеют самостоятельно стоять и ходить. Крайне трудно сформировать у них даже самые элементарные навыки самообслуживания и опрятности. Поведение этих детей в одних случаях отличается вялостью, малоподвижностью (сидят или лежат в кроватях), в других – склонностью к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными движениями (раскачивание туловища, движения руками и др.). У некоторых детей наблюдаются периодические проявления агрессивности (могут внезапно ударить или укусить кого-либо из окружающих, наносить себе удары и т.п.). Лица с идиотией нуждаются в постоянном уходе и надзоре.

Имбецильность (от лат. im – без, bacillum – палка, т.е. не может обойтись без поддержки, без посторонней помощи) – это тоже глубокая степень интеллектуального и общего недоразвития, хотя дефекты развития выражены в

менее резкой форме. Имбецилы отличаются выраженной конкретностью мышления, неспособностью к образованию отвлеченных понятий, грубым речевым недоразвитием. Словарный запас у этих детей невелик и состоит из повседневных, обиходных, часто повторяющихся слов; отмечается выраженный аграмматизм, нарушения звукопроизношения; речь в целом неясная, смазанная. Характерна общая моторная недостаточность.

У детей-имбецилов имеются определенные возможности к усвоению элементарных навыков практической и умственной деятельности, поэтому они способны к усвоению некоторых несложных видов физического труда и даже элементов грамоты. Однако наличие грубых дефектов развития психических процессов – восприятия, внимания, памяти, мышления, речевого развития, в сочетании с нарушениями эмоционально-волевой сферы (инертность, негативизм) и общей моторики, делает невозможным их обучение по программе вспомогательной школы для умственно отсталых детей.

Дебильность (от лат. debilis – слабость, хилость) – относительно легкая степень умственной отсталости (по сравнению с двумя вышеописанными группами). Интеллект детей с дебильностью более сохранен. Поэтому в процессе развития они дают большее продвижение по сравнению с имбецилами. Дети-дебилы способны обучаться в специальной школе (школы 8-го вида).

Сущность дебильности состоит в неполноценности познавательной деятельности. Особенно страдает способность к анализу, логическому обобщению, абстрагированию, т.е. те психические функции, которые составляют основу интеллекта. Ослабление указанных способностей, вызванное перенесенным поражением мозга, не дает детям-дебилам возможности освоить программу массовой школы. В силу выраженного недоразвития высших психических процессов у этих детей ограничены возможности в сознательном усвоении понятий, обобщенных правил, закономерностей, в переносе полученных знаний в новые ситуации.

В связи с нарушениями памяти (особенно процесса логического запоминания) значительно снижается объем учебного материала, который могут усвоить дети-дебилы. Замедленность темпа восприятия и осмысления информации приводит к тому, что этим детям требуется гораздо больше времени для усвоения знаний, по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками.

В связи с недоразвитием аналитико-синтетической функции коры больших полушарий мозга, нарушениями фонематического слуха они испытывают значительные трудности в установлении и понимании связей между звуком и буквой, в слиянии букв в слоги и слова, в развитии навыков беглого чтения.

Поскольку усвоение даже элементарного математического материала требует абстрагирования, дети-дебилы с большим трудом овладевают счетом (без опоры на конкретные предметы), простыми счетными операциями. Трудности в установлении связи между фактами действительности приводят к серьезным затруднениям в решении арифметических задач.

Недостаточное развитие способности к установлению временных, пространственных, причинно-следственных отношений между объектами и явлениями затрудняет усвоение географического, исторического материала и др.

На учебной деятельности и поведении детей отрицательно отражаются недостатки их личностного развития – снижение познавательных интересов, самокритичности, настойчивости, самостоятельности.

Специальное изучение И.Ф. Шило умственной работоспособности учащихся, страдающих олигофренией, показало, что уровень их работоспособности значительно снижен при сочетании умственной отсталости с астеническими явлениями. Особенно низкий уровень работоспособности отмечается у детей с олигофренией, осложненной синдромом психомоторной расторможенности.

Динамика олигофрении носит непрогредиентный (так называемый эволютивный) характер, связанный с возрастным созреванием центральной нервной системы (ЦНС), а также с процессами восстановления и компенсации. Выражением положительной динамики является постепенное (более медленное, чем у здоровых детей) повышение уровня умственных способностей, усиление (пусть и крайне замедленное) подвижности психических процессов, улучшение фразовой речи, появление более правильной самооценки и критического отношения к окружающему, уменьшение моторной недостаточности, пополнение запаса знаний, приобретение бытовых сведений, несложных трудовых и профессиональных умений и навыков. Следует, однако, отметить, что такая динамика свойственна в основном детям с неосложненной олигофренией в степени дебильности.

В отечественной олигофренопедагогике используются несколько классификаций олигофрении. Наиболее распространенной считается медицинская классификация, предложенная М.С. Певзнер, согласно которой различают пять форм олигофрении.

Неосложненная форма характеризуется уравновешенностью нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются грубыми нарушениями функций анализаторов. Эмоционально-волевая сфера относительно сохранна. Ребенок способен к целенаправленной деятельности при условиях, когда задание ему понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение не имеет резких отклонений.

При олигофрении с неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности присущие ребенку нарушения отчетливо проявляются в частых изменениях поведения и снижении работоспособности.

У детей с нарушением функций анализаторов диффузное поражение коры головного мозга сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Помимо интеллектуального дефекта отмечаются локальные нарушения речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

При олигофрении с психопатоподобным поведением у ребенка отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане у него оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным дефектам.

При олигофрении с выраженной лобной недостаточностью нарушения познавательной деятельности сочетаются у ребенка с изменениями личности по лобному типу с резкими нарушениями моторики. Эти дети вялы, безынициативны,

беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают характер ситуации, в которой находятся.

Основной контингент учащихся специальных школ для умственно отсталых детей составляют дети с олигофренией в степени дебильности. Но кроме них здесь обучаются и другие категории умственно отсталых детей.

Так, умственная отсталость может быть вызвана органическим поражением головного мозга, которое возникло на более поздних этапах развития (в отличие от поражений головного мозга при олигофрении). У таких детей поражению головного мозга, вызвавшему умственную отсталость, предшествовал определенный период нормального развития. Познавательные способности этих детей, как правило, несколько выше, чем у детей с олигофренией. С другой стороны, у детей этой группы интеллектуальный дефект отягощается некоторыми специфическими нарушениями (нарушения эмоционально-волевой сферы, психопатические расстройства). Деменция (от лат. dementia – безумие, слабоумие) – стойкое ослабление познавательной деятельности, приводящее к снижению критичности, ослаблению памяти, упрощению эмоций. Деменция достаточно часто имеет прогредиентный характер, при ней наблюдается медленное прогрессирование болезненного процесса. Диагноз «деменция» констатируют после трех лет, т.е. после завершения первого этапа онтогенетического развития.

В детском возрасте деменция может возникнуть в результате органических повреждений мозга при шизофрении, эпилепсии, воспалительных заболеваний мозга (менингоэнцефалитах), а также вследствие травм мозга (сотрясений и ушибов).

Так, у детей, перенесших травму головного мозга, отмечается резкое снижение умственной работоспособности, вследствие повышенной утомляемости. Даже при сравнительно небольших учебных нагрузках у детей-травматиков может наступить заметное ухудшение интеллектуальной деятельности при выполнении заданий – в связи с характерной для них отвлекаемостью, снижением функций запоминания, заторможенностью мышления. Этих детей характеризует низкая выносливость при умственной работе. Характерны также повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, быстрая истощаемость.

Более поздняя умственная отсталость может быть также следствием перенесенного энцефалита (воспаление вещества мозга). У таких детей, помимо интеллектуальной недостаточности отмечается либо чрезмерная расторможенность, неустойчивое внимание, сниженная критичность мышления, либо – напротив, резко выраженная медлительность, скованность, проявляющаяся и в моторике, и в речи детей.

От рассмотренных категорий умственно отсталых детей отличаются дети, у которых интеллектуальная неполноценность связана с текущими заболеваниями центральной нервной системы (прогредиентные формы).

Это – дети, страдающие эпилепсией, шизофренией, сифилисом головного мозга, ревматическим поражением ЦНС. Каждое из этих заболеваний вызывает своеобразные, специфические нарушения психического развития, и чем тяжелее протекает заболевание, тем большее отрицательное воздействие оно оказывает на

познавательную деятельность, психику и личность ребенка.

При эпилепсии характерны чрезмерная замедленность, инертность познавательной деятельности; при шизофрении – глубокие изменения в эмоционально-волевой сфере, личностных качествах – снижение интереса к окружающему, потребности к общению, «замкнутость в себе», в мире своих иллюзий. Для детей и лиц более старшего возраста, относящихся к данной категории умственно отсталых, может быть характерны явления деградации (от лат. degrado – спускаюсь), т.е. прогрессирующее снижение психической деятельности.

Каков же прогноз в отношении развития умственно отсталых детей? Необратимый, выраженный интеллектуальный дефект, вызванный тяжелым органическим поражением головного мозга, полностью не может быть компенсирован, что не позволяет говорить о возможности развития полноценной, подлинно творческой личности. В то же время отечественная дефектология в оценке перспектив развития умственно отсталых детей и их социально-личностной реабилитации стоит на позициях реального оптимизма. Под влиянием коррекционной (учебно-воспитательной и лечебной) работы, учащиеся специальных школ овладевают трудовыми профессиями, нужными для общества, у них формируются умственные способности и личностные качества, способствующие их успешной социально-трудовой адаптации.

Основным типом учреждения для умственно отсталых детей школьного возраста является специальная школа (школа-интернат), которая реализует ФГОС УО (ИН) (Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. № 1599 «Об утверждении ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)». Специальная (коррекционная) школа осуществляет обучение и воспитание умственно отсталых детей в степени дебильности, готовит их к трудовой деятельности, проводит лечебную работу. За срок обучения учащимся дается общеобразовательная подготовка, имеющая практическое значение, осуществляется первоначальный этап профессиональной подготовки подростков.

Специальной задачей школы является, прежде всего, коррекция недостатков познавательной деятельности и общего психофизического развития школьников. В различных видах учебно-трудовой деятельности корригируются и развиваются все стороны психики ребенка: внимание, наблюдательность, память, мышление и др. Исправление грубых речевых нарушений и нарушений моторики осуществляется на специальных коррекционных занятиях: логопедических, ритмики, ДОК.

В обучении и воспитании осуществляется принцип индивидуального подхода к учащимся с учетом положительных сторон личности и возможностей к обучению каждого умственно отсталого ребенка. Большое значение в специальной школе придается подготовке детей и подростков к самостоятельной жизни. Её начало осуществляется уже в младших классах – в процессе ознакомления с предметами и явлениями окружающей действительности – во время экскурсий и на предметных уроках, в старших классах – реализуется в общей системе учебно-воспитательной работы и на специальных занятиях. В целях усиления коррекционной роли обучения в учебный план вспомогательной школы введены

следующие предметы: «Развитие речи на основе изучения предметов и явлений окружающей действительности», «Социально-бытовая ориентировка» и др.

Трудовое обучение имеет профессиональную направленность. Наряду с «технологическими» профессиями (картонажно-политурное дело, столярное, слесарное, швейное дело и др.), широкое распространение получают профили подготовки к работе в сфере обслуживания (профессия курьера, помощника администратора общественных учреждений), по сельскохозяйственным видам труда. К перспективным направлениям дальнейшей дифференциации обучения учащихся специальных школ относятся: комплектование школ или классов по уровню интеллектуальной сохранности или подготовленности детей к обучению; создание педагогической типизации групп учащихся внутри класса и другие.

2.4 Организация и содержание коррекционной педагогической работы с детьми с нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата

Нарушения речи у детей. Нарушения речи – обобщающий термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека (Г.В. Чиркина). Содержание этого понятия в логопедии характеризуется в связи с понятием «норма речи». Под нормой речи понимают общепринятые варианты употребления языка в процессе речевой деятельности при сохранных психофизиологических механизмах речи.

С точки зрения теории коммуникации, расстройства речи есть нарушение вербальной коммуникации, объективно существующие между индивидуумом и обществом и проявляющиеся в речевом общении.

Речевые нарушения характеризуются следующими особенностями:

- они не соответствуют возрастной норме развития речи;
- не являются диалектизмами, безграмотностью речи и выражением незнания языка;
- связаны с отклонениями в функционировании психофизиологических механизмов речи;
- оказывают негативное влияние на общее психическое развитие ребёнка;
- носят устойчивый характер;
- самостоятельно не преодолеваются.

В аспекте этиопатогенеза выделяются органические и функциональные причины нарушений и характерные признаки речевых нарушений. Такой подход нашел отражение в клинико-педагогической классификации, в которой все нарушения речи подразделяются на нарушения устной и письменной речи.

Методологическую основу изучения причин нарушений речевого развития в детском возрасте составляет концепция развития психики, разработанная Л.С. Выготским. Подчеркивая связь психического развития с воздействием окружающей среды, он ввел понятие социальной ситуации развития. Социальная ситуация развития им определяется как сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, являющихся специфичными для каждого возрастного этапа развития психики, а соответственно и речи, как одной из форм психической

деятельности.

Принцип единства биологического и социального в процессе формирования психических процессов позволяет выделить ряд факторов, влияющих на созревание и формирование речевой системы. Установлена тесная взаимосвязь между этими факторами в возникновении речевой патологии.

Под причиной нарушения речи понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего вредоносного фактора или их взаимодействия, которые определяют специфику речевого расстройства и без которых оно не может возникнуть.

Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений, различают неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, а также условия окружающей среды.

В возникновении речевых расстройств большая роль принадлежит экзогенно-органическим факторам. Эта группа причин, по классификации М.Е. Хватцева, может быть отнесена к группе органических центральных (при поражении головного мозга), и органических периферических (если под влиянием различных неблагоприятных внутриутробных факторов нарушается морфологическое развитие периферического речевого аппарата).

Под экзогенно-органическими факторами понимают различные неблагоприятные воздействия (инфекции, травмы, интоксикации и др.) на центральную нервную систему ребенка и на его организм в целом. В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют внутриутробную патологию (воздействие в период внутриутробного развития); повреждение при родах (антанатальная патология) и воздействие различных вредных факторов после рождения (постнатальная патология). Внутриутробная патология часто сочетается с повреждением нервной системы ребенка при родах. Это сочетание в современной медицинской литературе обозначается термином «перинатальная патология».

Ведущее место в перинатальной патологии нервной системы занимают асфиксия и родовая травма. Родовая травма приводит к внутричерепным кровоизлияниям и гибели нервных клеток. Внутричерепные кровоизлияния могут захватывать и речевые зоны коры головного мозга, что влечет за собой различные нарушения речи коркового генеза (алалия).

В возникновении речевых нарушений у детей большую роль играют ранние органические поражения мозга, сочетающиеся с неблагоприятными условиями воспитания и окружения ребенка в первые годы его жизни.

При локализации поражения мозга в области структур, обеспечивающих речедвигательные механизмы речи, возникают преимущественные нарушения произносительной стороны речи – дизартрии.

Одностороннее повреждение коры головного мозга у ребенка раннего возраста приводит к качественно иным нарушениям, чем у взрослых. Если у взрослых афазии возникают обычно при поражении доминантного левого полушария, то у детей они чаще возникают при двуполушарных повреждениях, кроме того, даже повреждение правого (обычно субдоминантного) полушария может вызвать значительные нарушения речевого развития.

Среди социальных факторов, приводящих к возникновению речевой патологии, выделяется эмоциональная депривация (недостаточность эмоционального положительного контакта с взрослыми).

Особое внимание придается нарушениям взаимосвязи матери с ребенком в первые годы жизни. Известно, что нормальное довербальное развитие на первом году жизни, имеющее важное значение для формирования речевой функции, возможно только при адекватном взаимодействии ребенка с матерью или другим близким для него лицом.

Определенное значение в этиологии речевых нарушений у детей имеют и наследственные факторы. Чаще всего они являются предрасполагающими условиями, переходящими в речевую патологию под влиянием даже незначительного патологического воздействия.

Наследственные факторы в возникновении речевых расстройств обычно выступают в сочетании с экзогенно-органическими и социальными. Они могут также играть ведущую роль в возникновении некоторых видов речевых расстройств, сочетающихся с общими изменениями со стороны нервной системы.

Речевые нарушения могут возникать и в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на мозг ребенка и на последующих этапах его развития. Структура этих речевых нарушений будет различной в зависимости от времени воздействия вредности и локализации поражения мозга.

Таким образом, причины, вызывающие нарушения речи, сложны и полиморфны. Наиболее часто имеет место сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и повреждения или нарушения созревания мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов.

Анализ этиологии речевых нарушений помогает разграничению «ведущих» (первичных) речевых расстройств, связанных с поражением или дисфункцией речевых механизмов, от «вторичных», наблюдаемых у детей с нарушениями интеллекта или сенсорными дефектами, а также при различных текущих заболеваниях центральной нервной системы.

Классификация речевых нарушений. Нарушения речи многообразны по характеру в зависимости от степени проявления, локализации пострадавшей функции, выраженности вторичных отклонений, возникающих под воздействием ведущего дефекта. Выделяют различные виды речевой патологии, каждая из которых имеет свою симптоматику и динамику проявлений. Систематизация различных вариантов речевых отклонений представлена в классификациях нарушений речи.

Нарушения устной речи представлены следующими вариантами:

1) расстройства фонационного оформления речи:

- афония, дисфония (отсутствие или нарушение голоса);

▪ нарушения темпо-ритмической организации речи:

- брадилалия – патологически замедленный темп речи;
- тахилалия – патологически убыстренный темп речи;
- заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;

▪ ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата;

▪ дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

2) нарушения структурно-семантического оформления высказывания:

▪ алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга;

▪ афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями коры головного мозга.

К нарушениям письменной речи относятся:

▪ дислексия (алексия) - частичное (полное) нарушение процессов чтения;

▪ дисграфия (аграфия) – частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.

Классификация с позиции общности коррекционно-педагогических задач. Данный подход Р.Е. Левиной отражен в психолого-педагогической классификации речевых нарушений. На основе лингвистических и психологических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы, функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности, нарушения подразделяются на две группы: нарушение языковых средств общения и нарушения в применении языковых средств общения в речевой деятельности.

Нарушение языковых средств общения (компонентов речи): фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН) – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными расстройствами, вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем; общее недоразвитие речи (ОНР I-IV уровня), которое объединяет сложные речевые расстройства, при которых у детей по разным причинам нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой сторонам.

Нарушения в применении языковых средств общения в речевой деятельности (коммуникативный аспект): заикание, проявления речевого негативизма и др.

В психолого-педагогической классификации нарушения письма и чтения трактуются как отсроченные последствия и (одновременно) проявления ФФН или ОНР, обусловленные несформированностью фонетических и морфологических механизмов устной речи.

При различии в типологии и группировке видов речевых нарушений в обеих классификациях одни и те же явления рассматриваются с разных точек зрения. В связи с этим они не столько противоречат, сколько дополняют друг друга, решая задачи единого, но многоаспектного логопедического процесса.

Освещая вопрос о классификационных системах в логопедии, считаем необходимым кратко остановиться на одном из последних вариантов клинико-педагогической классификации речевых расстройств, разработанном С.С. Ляпидевским и Б.М. Гриншпуном в конце 60-х годов прошлого столетия.

Эта классификация составлена с учетом следующих аспектов: медицинского, логопедического (с элементами лингвистики) и психологического.

Медицинский аспект предполагает учет того, какой из речевых анализаторов нарушен, в каком отделе и в какой степени. В соответствии с этим речевые расстройства подразделяются на: расстройства, обусловленные нарушениями в области речедвигательного и речеслухового анализатора; расстройства центрального или периферического характера; расстройства функционального или органического порядка.

Кроме того, учитывается, когда наступило нарушение, обусловившее то или другое расстройство: до начала формирования речи; в процессе его; после того, как речь уже была сформирована.

Логопедический аспект классификации предполагает учет того, какое звено речевой системы нарушено. В соответствии с этим речевые расстройства подразделяются на: расстройства голоса; расстройства ритма; расстройства темпа речи; расстройства фонетического строя; расстройства грамматического строя; расстройства лексического строя речи.

Учитывая то обстоятельство, что нарушения различных звеньев речевой системы в картине речевых расстройств нередко, так или иначе, комбинируются, типичные комбинации соответствующим образом оговариваются в классификации.

Психологический аспект классификации предполагает учет того: в какой мере нарушена при данном расстройстве коммуникативная функция речи; какими личностными нарушениями сопровождается то или иное речевое расстройство; каковы тенденции спонтанного развития расстройства; каков прогноз при том или ином виде речевого расстройства.

Выделенный С.С. Ляпидевским и Б.М. Гриншпуным психологический аспект классификации, основанный на характеристике личностно-коммуникативных особенностей лиц с речевыми расстройствами, полностью соответствует тенденциям современной логопедии, ориентированной на усиления коммуникативной направленности логопедической коррекции и расширение ее практического арсенала психологическими и лингвистическими средствами.

Относительно речевых нарушений используется понятие «структура речевого дефекта». Под структурой речевого дефекта понимается совокупность речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характер их взаимосвязи. В структуре речевого дефекта выделяется первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные дефекты, которые находятся в причинно-следственных отношениях с первым, а также их системные последствия. Различная структура речевого дефекта находит своё отражение в определённом соотношении первичных и вторичных симптомов и во многом определяет специфику целенаправленного коррекционного воздействия.

Среди фундаментальных направлений, в рамках которых получили развитие теоретические представления Л.С. Выготского особое место занимает научная концепция Р.Е. Левиной.

Ведущим положением концепции Р.Е. Левиной выступает научно обоснованный ею системный подход к изучению речевых и психических особенностей детей с тяжёлыми нарушениями речи.

Левина Р.Е. отмечает, что в структуре речевого дефекта у этих детей

выявляются не только речевые нарушения, но и нарушения формирования высших психических функций, которые наиболее тесно связаны с речью.

Рассматривая особенности психической деятельности детей данной категории, с учётом психологических критериев Р.Е. Левина выделяет четыре типичные группы неговорящих детей:

- дети с нарушением слухового (фонематического) восприятия;
- дети с нарушением зрительного (предметного) восприятия;
- дети с нарушением психической активности;
- дети с нарушением пространственных представлений.

Патогенетический принцип, который был взят за основу выделения четырёх групп детей-алаликов, позволил выявить первичную недостаточность (нарушение формирования) того или иного звена речевой деятельности. Использование системного анализа привело к выделению различных по структуре первичных и вторичных психоречевых дефектов у детей с алалией. Р.Е. Левина показала, что первичное доминирование одной какой-либо недостаточности в том или ином звене (акустическом, зрительно-пространственном, мотивационном) закономерно определяет особенности не только речевых нарушений, но и характер задержки в развитии познавательной сферы ребёнка.

Так, нарушение акустического восприятия закономерно обусловливают не только специфические нарушения импрессивной и экспрессивной речи, но и недостаточность тех форм познавательной деятельности, которые обеспечиваются участием слухоречевого восприятия (речеслуховая память, внимание, восприятие текста на слух и его понимания и др.). В то же время у детей с нарушением акустического восприятия первично сохранными являются такие компоненты психической деятельности как мотивация, зрительно-пространственные функции. В связи с этим у них не наблюдается психической пассивности, сохранна зрительная память, пространственные представления, конструктивная деятельность. В данном исследовании впервые показано, что внешние проявления недоразвития речи и познавательной деятельности часто имеют сходные признаки, однако психологическая структура их различна и зависит от природы и особенностей первичной недостаточности.

По мнению Р.Е. Левиной, раскрытие связи между речевыми нарушениями и другими сторонами психической деятельности расширяет возможности, которые и помогают найти пути коррекции отклонений психических процессов, обусловливающих или усугубляющих речевой дефект. Наряду с коррекцией речевых нарушений, открывается возможность воздействовать на те или иные особенности психики, прямо или косвенно мешающие нормальной речевой деятельности. В связи с этим автор ставит вопрос о коррекционно-воспитательной работе в логопедии и рекомендует при коррекции речевых нарушений использовать упражнения, нормализующие те или иные отклонения в области анализаторной, аналитико-синтетической, а также регуляторной деятельности.

Основные положения и выводы исследования Р.Е. Левиной, касающиеся самого метода системного анализа недоразвития речевых и недостаточности познавательных процессов и до настоящего времени имеют важное

дифференциально-диагностическое значение, как в исследовательском, так и в практическом отношении.

Научной заслугой Р.Е. Левиной является теоретическое обоснование феномена общего недоразвития речи и разработка методов его преодоления.

Понятие «общее недоразвитие речи» отражает системный подход к анализу нарушений речевого развития и подразумевает различные сложные речевые расстройства, при которых у детей наблюдается недостаточность всех компонентов речевой (языковой) системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте. Данное нарушение имеет различную природу и может отмечаться при разных формах детской речевой патологии (алалии, дизартрии, ринолалии).

Разграничивая многообразие проявлений общего недоразвития речи по степени выраженности дефекта Р.Е. Левина выделяет три уровня недоразвития речи:

1) отсутствие общеупотребительной речи;

2) зачатки общеупотребительной речи;

3) развёрнутая речь с частичным фонетическим и лексико-грамматическим недоразвитием. Такое деление, несмотря на разнообразие патогенеза, позволило обозначить признаки, по которым дети могут быть объединены для совместного коррекционного обучения.

В контексте проблемы общего недоразвития речи важным является положение, сформулированное Р.Е. Левиной, о связи нарушений устной и письменной речи.

Изучая психологические особенности неуспевающих младших школьников Р.Е. Левиной удалось показать, что изучение связей различных компонентов аномального развития позволяет выявлять признаки возможных отклонений и соответственно предупреждать их возникновение. Ею разработаны методы своевременного распознавания имеющихся пробелов в подготовке ребенка к обучению и пути их устранения; проанализировано психологическое содержание познавательной работы, необходимой ребенку для успешной подготовки его к новой ступени обучения.

По степени тяжести речевые нарушения можно разделить на те, которые не являются препятствием к обучению в массовой школе, и тяжелые нарушения, требующие специального обучения.

Следует отметить, что дети с нерезко выраженными нарушениями речи также нуждаются в специальной помощи. Во многих «общеобразовательных» детских садах существуют логопедические группы, где детям оказывают помощь логопед и воспитатели со специальным образованием. Помимо коррекции речи с детьми занимаются развитием памяти, внимания, мышления, общей и мелкой моторики, обучают грамоте и математике. Детям школьного возраста оказывают помощь на логопедических пунктах при средних общеобразовательных школах. Коррекционная работа ведется параллельно со школьными занятиями, что большой мере способствует преодолению школьной неуспеваемости.

При тяжелых нарушениях речи (ТНР) обучение детей в массовых детских учреждениях невозможно, поэтому существуют специальные детские сады и

школы для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Основной признак тяжелого нарушения речи – резко выраженная ограниченность средств речевого общения при нормальном слухе и сохранном интеллекте. Дети, страдающие такими нарушениями, обладают скудным словарным запасом, некоторые совсем не говорят. Общение с окружающими в этом случае резко ограничено. Несмотря на то, что большинство таких детей способны понимать обращенную к ним речь, сами они лишены возможности в словесной форме общаться с окружающими. Это приводит к тяжелому положению детей в коллективе сверстников: они полностью или частично лишены возможности участвовать в коллективных играх, в учебных и досуговых мероприятиях. Развивающее влияние общения оказывается в таких условиях минимальным.

Характерным для тяжелых нарушений речи является ее общее недоразвитие, что выражается в неполноценности как звуковой, так и лексической, грамматической сторон речи. Вследствие этого у большинства детей с тяжелыми нарушениями речи наблюдается ограниченность мышления, речевых обобщений, трудности в чтении и письме. Все это затрудняет усвоение основ наук, несмотря на первичную сохранность интеллектуального развития.

Сознание своей неполноценности и бессилия в попытках общения часто приводит к изменениям характера: замкнутости, негативизму, бурным эмоциональным срывам. В других случаях наблюдаются апатия, равнодушие, вялость, неустойчивость внимания. Степень выраженности таких эмоционально-личностных реакций зависит от условий, в которых находится ребенок.

К тяжелым нарушениям речи относят алалию, афазию, ринолалию и различного типа дизартрии. К ТНР относятся также некоторые формы заикания, если этот дефект речи лишает ребенка возможности обучаться в массовой школе. Обычно - это заикание в сочетании с недоразвитием речи.

Обучение и воспитание детей с тяжелыми нарушениями речи осуществляется по специальной системе в специальных детских садах или школах для детей с тяжелыми нарушениями речи, но принципиально возможно их обучение и воспитание в семье. Прежде всего, необходимо установить тесный контакт с ребенком, внимательно, бережно относиться к нему. Обучение состоит в коррекции нарушений устной речи и подготовке к усвоению грамоты. Пути компенсации зависят от природы дефекта и индивидуальных особенностей ребенка.

Логопедическая практика в обучении и воспитании детей с нарушениями речи ориентируется на принципы системного подхода и системного взаимодействия различных компонентов речи: звуковой (произносительной) стороны, фонематического восприятия, лексико-грамматического строя, а также на взаимосвязи нарушений речи с другими сторонами психического развития ребенка. Все активнее в логопедическую практику внедряются занятия с использований технологий специальной ритмики. Логоритмика – одна из форм своеобразной активной терапии, основным принципом которой является тесная связь движения с музыкой, включение осваиваемого речевого материала. Благодаря этим трем компонентам укрепляется костно-мышечный аппарат

ребенка, развиваются его моторные, сенсорные функции, речь, память, увеличивается концентрация, объем и устойчивость внимания, формируется правильная осанка, развиваются творческие способности, мимика, эмоции. Некогда робкие, неловкие, неуклюжие дети в процессе таких занятий обретают чувство уверенности в своих силах, проявляют свои скрытые возможности, свою индивидуальность.

В нашей стране существует дифференцированная сеть логопедических учреждений, где созданы оптимальные условия для преодоления нарушений речи у детей с первично сохранным слухом, интеллектом, нормальным психическим развитием. Это логопедические пункты при общеобразовательных школах; специальные школы для детей с тяжелыми нарушениями речи; специальные детские сады и группы при массовых детских садах для детей с нарушениями речи; логопедические кабинеты при поликлиниках, психоневрологических диспансерах и некоторых больницах, а также логопедические стационары, полустационары, специальные санатории. Такая дифференцированная сеть логопедических учреждений позволяет обеспечить максимально благоприятные условия для обучения, воспитания и лечения детей с нарушениями речи с учетом их возраста и особенностей речевого развития, характера и степени выраженности речевого дефекта.

Логопедическая помощь детям дошкольного и школьного возраста в системе образования осуществляется в следующих специальных учреждениях: ясли-сад для детей с нарушениями речи; логопедический детский сад; логопедические группы для детей с нарушениями речи при детских садах комбинированного и общего типа; учебно-воспитательные комплексы (УВК) для детей с нарушениями речи; школа для детей с нарушениями речи (V вида); логопедические пункты при общеобразовательных учреждениях (ДОУ и школа); группы для детей с нарушениями речи при детских домах общего типа.

В специальную школу-интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи поступают дети с различными видами и формами речевой аномалии при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте в возрасте от 6,5 до 12 лет. Чтобы обеспечить учащимся всестороннее развитие с учетом особенностей их речевых недостатков, в школе предусмотрено два отделения. В первое принимают детей с грубо выраженным общим недоразвитием речи (алалией, афазией, алалией, осложненной заиканием, дизартрией, ринолалией). Второе отделение предназначено для детей с тяжелой формой заикания при отсутствии системного недоразвития речи.

С учетом выраженных и стойких отклонений в речевом развитии детей, в специальной школе предусматривается использование специфических методов и приемов обучения, направленных в первую очередь на восполнение пробелов речевого развития, создаются условия для овладения основами наук и всестороннего развития учащихся, осуществляются систематические лечебно-профилактические мероприятия. В каждом классе учится 12-14 человек. Такая наполняемость классов обусловлена своеобразием работы по преодолению речевых дефектов и индивидуализацией занятий.

Благодаря систематической коррекционной работе, большая часть детей с

различными аномалиями в речевом развитии способна овладеть таким же объемом знаний, умений и навыков, что и учащиеся общеобразовательной школы, но за более длительный срок обучения. При первом отделении имеется подготовительный класс, в который принимают детей с глубоким недоразвитием речи 6,5-8-летнего возраста, не прошедших дошкольной подготовки в специальном детском саду или в специальных группах для детей с нарушениями речи при массовых детских садах.

В системе отечественного здравоохранения функционируют: логопедические кабинеты при детских поликлиниках; стационары и полустационары при детских больницах, диспансерах, специализированных центрах медицинских институтов и др.; детские санатории; специализированные ясли-сады для детей с речевыми нарушениями.

При поликлиниках существуют логопедические и слухоречевые кабинеты, в задачу которых входит обслуживание главным образом детей дошкольного возраста. При отсутствии логопедических пунктов при общеобразовательных школах логопеды поликлиник принимают и детей школьного возраста.

В системе здравоохранения имеются также логопедические стационары или полустационары, организованные при детских больницах или детских психоневрологических диспансерах, цель которых заключается в оказании помощи дошкольникам и школьникам с нарушениями речи. В этих учреждениях проводится специальная работа по устранению речевых дефектов, а также различные лечебные мероприятия (психотерапевтические, физиотерапевтические, фармакотерапия, водо- и фитолечение и др.). Работу по коррекции нарушений речи проводит учитель-логопед. Прием в логопедический стационар осуществляется через отборочные комиссии, организованные при психоневрологических диспансерах или больницах по представлению районных психоневрологов, невропатологов, логопедов.

Коррекционно-развивающие центры (в основном межведомственного подчинения) относятся к инновационным типам учреждений и оказывают комплексную помощь детям с различными нарушениями речи.

Такие категории, как умственно отсталые дети, дети со снижением слуха, зрения, с нарушением опорно-двигательного аппарата, психическими нарушениями и т.п., могут получить логопедическую помощь в специальных учреждениях по ведущему дефекту.

На логопедические пункты при массовых общеобразовательных школах направляются дети, имеющие различные нарушения устной и письменной речи: нерезко выраженное общее недоразвитие речи, недостатки в письме и чтении; дефекты произношения отдельных звуков; недостатки речи, связанные с аномалиями в строении или функционировании артикуляционного аппарата (ринолалия, дизартрия); заикание. Одной из основных задач логопедических пунктов при общеобразовательных школах является предупреждение и своевременное преодоление нарушений устной и письменной речи, и обусловленной ими неуспеваемости по родному языку и другим предметам. Для занятий на логопедическом пункте отбираются, прежде всего, те учащиеся, которые при чтении и на письме допускают большое количество ошибок на

смешение и замены букв, соответствующих различным группам звуков.

Необходимо учитывать, что логопед оказывает помощь не всем детям, которые по тем или иным причинам не могут овладеть грамотным письмом и правильным чтением, а только тем из них, кто делает специфические ошибки на замену и смешение букв, указывающие на недостаточность различения соответствующих звуков, а также недоразвитие лексико-грамматических средств языка. Обычно дети с такими нарушениями попадают на логопедический пункт после одного или нескольких лет обучения в общеобразовательной школе. Это осложняет работу логопеда, так как ему приходится работать не только над коррекцией устной и письменной речи, но и над формированием предпосылок, необходимых для продуктивного усвоения программы обучения родному языку. Тем самым удлиняется срок занятий с таким ребенком на логопедическом пункте и уменьшается число детей, которым учитель-логопед мог бы оказать специальную помощь. Поэтому необходимо как можно раньше выявлять учащихся с отклонениями в развитии речи и направлять их для занятий к логопеду.

Специалисты, работающие с детьми, имеющими выраженные (тяжелые) нарушения речи, должны учитывать особое состояние центральной нервной системы детей, имеющих речевые нарушения, для них характерны: раздражительность, повышенная возбудимость, двигательная расторможенность, эмоциональная лабильность, расстройства настроения. Многие дети имеют различные двигательные нарушения: быстро устают, плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое катание на качелях. У таких детей отмечаются: недостаточность регулирующей функции речи; неустойчивость внимания и памяти; низкий уровень понимания словесных инструкций; слабый уровень контроля за собственной деятельностью; нарушение познавательной деятельности; низкая умственная работоспособность.

В отношении детей и подростков с нарушениями речи (легкой и средней степени тяжести), поступающих в учреждения общего образования (ДОУ, массовая школа), педагогами и медицинскими работниками образовательных учреждений должны быть проведены следующие мероприятия:

- своевременное выявление нарушений в речевом развитии у детей (выявление задержки речевого развития у детей 3-х летнего возраста, а также у детей, поступающих в школу; выявление нарушений звукопроизношения и голоса – у детей 4-5 лет);
- объективное разграничение нарушений речевого развития и физиологических (возрастных) недостатков речи, общего недоразвития речи (ОНР) и временной задержки в формировании речи (у детей дошкольного возраста);
- участие педагогов ДОУ и общеобразовательной школы в организации и проведении профилактических осмотров – обследования состояния речи детей логопедом детской поликлиники. Своевременное направление детей, у которых в ходе профилактического осмотра были выявлены нарушения речи, на углубленное обследование к логопеду детской поликлиники или консультационно-диагностического центра;

• контроль за обеспечением каждого ребенка, имеющего нарушения речи, логопедической помощью.

Дети второй младшей (3-4 года) и средней (4-5 лет) возрастной группы ДОУ, а также дети, поступающие в школу, при обнаружении у них серьезных речевых нарушений (ОНР, выраженное фонетико-фонематическое недоразвитие речи, дизартрия / при II-III степени тяжести речевого дефекта, ринолалия, сложная полиморфная дислалия) направляются на психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК). Цель направления на ПМПК – решение вопроса о переводе ребенка в специальный детский сад или логопедическую группу при ДОУ общего или комбинированного вида (или – о направлении ребенка в коррекционную школу 5-го вида).

Дети с выраженными нарушениями звукопроизношения (дислалия, «стертая форма» дизартрии), с нерезко выраженными расстройствами темпо-ритмической стороны речи (заикание легкой и средней степени тяжести, спотыкание) направляются к логопеду детской поликлиники или логопедического пункта при школе или ДОУ общего типа.

Дети с выраженными нарушениями голоса направляются на обследование (в случае необходимости – для прохождения курса лечения) к врачу-фониатру. Занятия с такими детьми может проводить также логопед детской поликлиники или специализированного речевого центра.

Все дети с нарушениями речи (вне зависимости от характера речевой патологии) должны состоять на учете у логопеда детской поликлиники. Соответствующий учет детей с недостатками речи (среди воспитанников воспитательской группы или учащихся класса) осуществляет и педагог образовательного учреждения.

Дети со стойкими нарушениями голоса предварительно направляются на обследование к врачу-отоларингологу. Все дети с заиканием и другими расстройствами темпа и ритма речи (тахилалия, брадилалия, спотыкание) должны пройти обследование (при необходимости – и курс лечения) у врача-невропатолога или детского психоневролога.

Вначале учебного года логопед школьного логопедического пункта проводит обследование устной и письменной речи, определяет уровень речевого развития, намечает план коррекционной работы, направленный на преодоление тех или иных недостатков в речевом развитии детей.

Для достижения более быстрых эффективных результатов в своей работе логопеды школьного логопункта применяют современные специально-педагогические технологии, предназначенные для коррекции устной и письменной речи.

Важное значение имеет своевременное установление тесного контакта и взаимосвязи между педагогами и воспитателями ДОУ (или школы), и логопедом, и врачами специального профиля. Педагог получает от логопеда и врачей сведения о характере отмечаемых у детей нарушений речевого и психофизического развития (в форме логопедического и врачебного заключений), а также перечень необходимых рекомендаций по осуществлению индивидуального педагогического подхода к ребенку на учебных и внеучебных занятиях.

В рекомендациях логопеда должны содержаться указания, определяющие характер участия педагога в работе по коррекции недостатков речи у детей.

Учитель-логопед, работающий на логопедическом пункте, не в состоянии охватить всех нуждающихся в его помощи. Поэтому части детей с речевыми дефектами посильную помощь должен уметь оказать сам учитель.

Педагог (воспитатель группы) принимает непосредственное участие в комплексной коррекционной работе по устранению недостатков речи у детей (нарушений звукопроизношения, лексико-грамматического строя, связной речи). Педагог, в соответствии с рекомендациями логопеда, используя предоставленный им методический материал (учебные задания, упражнения, наглядно-дидактический материал и др.), участвует в работе по закреплению навыков «правильной речи» (например, навыков нормативного звукопроизношения, полученных детьми на логопедических занятиях). При проведении «словарной работы» и формировании грамматически правильной речи на уроках русского языка (или групповых занятиях в ДОУ) педагог уделяет особое внимание детям с нарушениями и недостатками речи. Важную роль играет постоянный контроль со стороны педагога за речевой деятельностью (речевые высказывания в «контексте» диалогического общения, монологические высказывания и т.д.) детей и подростков на учебных и внеучебных занятиях (соблюдение детьми нормативного произношения, норм грамматически правильной речи и др.).

Взаимосвязь в работе учителя (воспитателя) и логопеда осуществляется и в плане постоянного обмена информацией о продвижении и успехах ребенка на логопедических занятиях, о том, насколько эффективно осуществляется автоматизация (закрепление) усвоенных речевых навыков на общеобразовательных (воспитательских) занятиях, в процессе других видов деятельности и в повседневной жизни ребенка в детском саду.

Совместно с логопедом педагог образовательного учреждения участвует в организации педагогической работы родителей по закреплению навыков «правильной речи», формируемых у детей на логопедических занятиях и занятиях общеобразовательного цикла.

Педагоги общего профиля могут принимать участие в обследованиях состояния речи, проводимым логопедом образовательного учреждения; в частности, некоторые этапы обследования (выявление недостатков звукопроизношения, состояния словарного запаса и отчасти обследование связной речи детей) могут проводиться воспитателями (педагогами школы) под руководством логопеда.

В тех случаях, когда учитель не может самостоятельно справиться с нарушениями речи у ребенка, а также при отсутствии в городе или районном центре логопедических пунктов при общеобразовательных школах, аналогичная помощь может быть оказана логопедами, работающими в детских поликлиниках.

Профилактика нарушений чтения и письма должна проводиться с дошкольного возраста, особенно у детей с речевыми нарушениями, с задержкой психического развития, умственно отсталых и других категорий аномальных детей. Осуществляется работа по развитию зрительно-пространственных функций, памяти, внимания, аналитико-синтетической деятельности, по

формированию языкового анализа и синтеза, лексики, грамматического строя, по устранению нарушений устной речи.

Дисграфия – стойкие специфические затруднения в овладении деятельностью письма. Письмо представляет собой сложную форму речевой деятельности, многоуровневый процесс. В нем принимают участие различные анализаторы: речеслуховой, речедвигательный, зрительный, общедвигательный. Между ними в процессе письма устанавливается тесная связь и взаимообусловленность. Структура этого процесса зависит от этапа овладения навыком, задачами и характером письма. Письмо тесно связано с процессом устной речи и осуществляется только на основе достаточно высокого уровня ее развития.

Процесс письма взрослого человека является автоматизированным и отличается от характера письма ребенка, овладевающего этим навыком. Так, у взрослого письмо является целенаправленной деятельностью, основной целью которого является передача смысла или его фиксация. Процесс письма взрослого человека характеризуется целостностью, связностью, является синтетическим процессом. Графический образ слова воспроизводится не по отдельным элементам (буквам), а как единое целое. Слово воспроизводится единым моторным актом. Процесс письма осуществляется автоматизированно и протекает под двойным контролем: кинестетическим и зрительным.

Механизмы нарушений чтения и письма во многом являются сходными, поэтому и в методике коррекционно-логопедической работы по их устранению имеется много общего.

Обследование детей с нарушениями чтения и письма, его цель – выявление этиологии, симптоматики, механизмов нарушений чтения и письма. В процессе обследования определяется степень выраженности, характер, вид нарушений, что дает возможность определить направления коррекционно-логопедической работы.

При обследовании детей с нарушениями письменной речи учитывается состояние зрения, слуха, центральной нервной системы, познавательной деятельности ребенка, которые определяются врачами-специалистами.

Приведем пример организации и содержания логопедической работы по коррекции нарушений письма у учащихся младших классов общеобразовательной школы.

Развитие фонематического восприятия (дифференциации фонем) при устранении фонематической дислексии, артикуляторно-акустической дисграфии и дисграфии на основе нарушений фонемного распознавания.

Логопедическая работа по уточнению и закреплению дифференциации звуков проводится с опорой на различные анализаторы (речеслуховой, речедвигательный, зрительный и др.).

При этом учитывается, что совершенствование слухопроизносительных дифференцировок осуществляется более успешно в том случае, если оно проводится в тесной связи с развитием фонематического анализа и синтеза. В логопедической работе по дифференциации звуков используются и задания на развитие фонематического анализа и синтеза.

Логопедическая работа по дифференциации смешиваемых звуков включает 2 этапа: предварительный этап работы над каждым из смешиваемых звуков; этап

слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков.

На I этапе последовательно уточняется произносительный и слуховой образ каждого из смешиваемых звуков. Работа проводится по следующему плану: уточнение артикуляции и звучания звука с опорой на зрительное, слуховое, тактильное восприятие, кинестетические ощущения; выделение его на фоне слога; определение наличия и места в слове (начало, середина, конец); определение места звука по отношению к другим (какой по счету звук, после какого звука произносится, перед каким звуком слышится в слове); выделение его из предложения, текста.

На втором этапе проводится сопоставление смешиваемых звуков в произносительном и слуховом плане. Дифференциация звуков осуществляется в той же последовательности, что и работа по уточнению слуховой и произносительной характеристики каждого звука. Однако основной целью является их различение, поэтому речевой материал включает слова со смешиваемыми звуками.

При устранении дислексии и дисграфии каждый из звуков в процессе работы соотносится с определенной буквой. При коррекции дисграфии большое место занимают письменные упражнения, закрепляющие дифференциацию звуков. На начальных этапах работы рекомендуется исключить проговаривание, так как оно может вызвать ошибки на письме.

Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (НОДА). Детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за произвольными движениями.

В настоящее время проблема ДЦП приобретает не только медицинскую, но и социально-психологическую значимость, так как психомоторные нарушения, двигательная ограниченность, повышенная раздражительность мешают таким детям адаптироваться к жизни в обществе, усваивать школьную программу. При неблагоприятных обстоятельствах такие дети не могут реализовать свои способности, не имеют возможности стать полноправными членами общества. Поэтому особо актуальной является проблема коррекции негативных проявлений детского церебрального паралича.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. В зависимости от причины и времени поражения (что, в свою очередь, дифференцирует эту категорию детей на дефицитарный и поврежденный варианты развития) отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата: заболевания нервной системы; детский церебральный паралич; последствия полиомиелита; прогрессирующие нервно-мышечные заболевания (миопатии, мышечные дистрофии, рассеянный склероз и др.); врожденная патология опорно-двигательного аппарата; приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата; травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит); системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит) и др.

При всем разнообразии врожденных или рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата ведущим является собственно двигательный дефект. При заболеваниях, связанных с ранним или врожденным повреждением ЦНС, у большинства детей наблюдаются сходные проблемы: двигательные нарушения сочетаются в той или иной степени с особенностями сформированности сенсорных и когнитивных функций, спецификой формирования познавательной деятельности в целом.

На настоящий момент используется классификация форм детского церебрального паралича, разработанная К.А. Семеновой, которая удобна в практической работе не только специалистов образования логопедов, педагогов-дефектологов, психологов, но и врачей. Согласно этой классификации, выделяются следующие варианты ДЦП: спастическая диплегия, гемиплегия, астатически-атоническая форма ДЦП, гиперкинетическая форма ДЦП, тетраплегия (двойная спастическая диплегия)

Общая логика психического развития нарушена вследствие специфики повреждений ЦНС. Ранний органический дефект центральной нервной системы, составляющей основу ДЦП, обусловливает сложное сочетание двигательных и психических недостатков, что и составляет специфическую структуру психического дизонтогенеза при этом заболевании. При этом у детей с ДЦП имеет место не только замедленный темп психического развития, но и значительную неравномерность в развитии психических функций. Большую роль в нарушениях познавательной деятельности у детей с церебральным параличом играют и речевые расстройства.

В связи с этим у детей отмечаются значительные трудности социальной адаптации. В легких случаях эти трудности минимальны. Помимо этого, у большинства детей проявляется эмоциональная незрелость, явные трудности управления своим поведением, трудности его контроля и программирования. Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психо-органических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Большое количество детей отличаются низкой познавательной активностью, проявляющейся в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо он проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у части детей имеет место умственная отсталость. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка

психического развития, связанная как с ранним органическим поражением мозга, так и с условиями жизни. Задержку психического развития при ДЦП чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они легко используют помощь взрослого при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других – наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

Нарушения умственной работоспособности у детей с церебральными параличами проявляются в виде синдрома раздражительной слабости. Этот синдром включает два основных компонента: с одной стороны, это повышенная истощаемость психических процессов, утомляемость, с другой — чрезвычайная раздражительность, плаксивость, капризность.

Значительная часть детей с трудом воспринимают пространственные взаимоотношения. У них нарушен целостный образ предметов (не может сложить из частей целое – собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу из палочек или строительного материала). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать. Часто выражена недостаточность фонематического восприятия, всех видов праксиса (выполнение целенаправленных автоматизированных движений).

Специфические нарушения деятельности и общения при детском церебральном параличе могут способствовать своеобразному формированию личности. Наблюдаются стойкие дистимические изменения настроения (пониженный фон настроения с оттенком недовольства). Повышенная эмоциональная лабильность сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Дети с церебральным параличом стойко психически истощаемы, недостаточно работоспособны. Наиболее часто наблюдается диспропорциональный вариант развития личности. Это проявляется в том, что достаточное интеллектуальное развитие сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в эгоцентризме, наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни.

В соответствии с Приказом Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. N 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» АООП ООО для обучающихся с НОДА (вариант 6.1, 6.2, 6.3, 6.4.) имеющих инвалидность, дополняется индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида в части создания специальных условий получения образования. Реализация АООП ООО НОДА предполагает получение основного общего образования обучающимися с НОДА как совместно с другими обучающимися в инклюзивных классах, так и в отдельных классах для обучающихся с НОДА.

Особые образовательные потребности у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата задаются спецификой двигательных нарушений, а также

спецификой нарушения психического развития, и определяют особую логику построения учебного процесса, находят своё отражение в структуре и содержании образования. Наряду с этим можно выделить особые по своему характеру потребности, свойственные всем обучающимся с НОДА:

• обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого, как через содержание образовательных областей, так и в процессе индивидуальной работы;

• необходимо использование специальных методов, приемов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных);

• индивидуализация обучения требуется в большей степени, чем для нормально развивающегося ребенка;

• специальное обучение «переносу» сформированных знаний умений в новые ситуации взаимодействия с действительностью;

• специальная помощь в развитии возможностей вербальной и невербальной коммуникации;

• коррекция произносительной стороны речи; освоение умения использовать речь по всему спектру коммуникативных ситуаций (задавать вопросы, договариваться, выражать свое мнение, обсуждать мысли и чувства и т.д.);

• следует обеспечить особую пространственную и временную организацию образовательной среды;

• необходимо максимальное расширение образовательного пространства.

Помимо этого, дети с НОДА нуждаются в различных видах помощи (в сопровождении на занятиях, помощи в самообслуживании), что обеспечивает необходимые в период обучения щадящий режим, психологическую и коррекционно-педагогическую помощь. АОП ООО для детей с НОДА может быть реализована в разных формах, но в соответствии с ПМПК, решением врачебной комиссии и на основании заявления законных представителей обучающегося обучение ребенка может быть организовано индивидуально на дому.

Вопросы для самоконтроля

1. Психология умственно отсталых детей и подростков. Адаптация к жизни умственно отсталых детей и подростков.
2. Общее и специфическое в структуре личности детей и подростков с задержанным психическим развитием различного этиопатогенеза.
3. Психология детей и подростков с нарушением зрения.
4. Психология детей и подростков с нарушением слуха.
5. Психофизическое развитие детей и подростков с последствиями церебрального паралича.
6. Дисгармоничное психическое развитие детей и подростков.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Тема 1. Психология лиц с нарушениями слуха.

1. Причины нарушений слуха.
2. Психолого-педагогическая классификация нарушений слуховой функции.
3. Особенности развития познавательной сферы у лиц с нарушением слуха.

4. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у лиц с нарушением слуха. Особенности деятельности.

5. Психологическая диагностика и коррекция при нарушениях слуха.

6. Составление кластера: «Сенсорные нарушения»

Тема 2. Психология лиц с нарушениями зрения.

1. Причины нарушений зрения.

2. Психолого-педагогическая классификация нарушений зрительной функции.

3. Особенности развития познавательной сферы у лиц с нарушением зрения.

4. Особенности развития личности и эмоционально- волевой сферы у лиц с нарушением зрения.

5. Особенности деятельности.

6. Психологическая диагностика и коррекция при нарушениях зрения.

7. Составьте план игрового занятия для детей с ограниченными возможностями (младшего школьного возраста).

Тема 3. Психология лиц с нарушениями речи.

1. Причины нарушений речи.

2. Классификация нарушений речи.

3. Особенности развития познавательной сферы у детей с нарушениями речи.

4. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у детей с нарушением речи.

5. Особенности деятельности.

6. Психологическая диагностика и коррекция при нарушениях речи.

7. Оформление практических рекомендаций: «Психолого-педагогическая помощь детям с нарушениями речи»

Тема 4. Психология детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения.

1. Причины нарушений и механизмы возникновения РДА.

2. Классификация и психологическая сущность РДА.

3. Особенности развития познавательной сферы у детей при РДА.

4. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у детей при РДА.

5. Особенности деятельности.

6. Психологическая диагностика и коррекция при раннем детском аутизме.

Тема 5. Психология детей со сложными нарушениями развития.

1. Причины сложных нарушений развития.

2. Подходы к классификации сложных нарушений развития.

3. Особенности развития познавательной сферы у детей со сложными нарушениями развития.

4. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы у детей со сложными нарушениями развития.

5. Особенности деятельности.

6. Психологическая диагностика и коррекция при сложных нарушениях развития.

7. Оформление практических рекомендаций: «Психолого-педагогическая

помощь детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата»

Тема 6. Психологическое обеспечение специального обучения.

1. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в системе специального образования.
2. Компенсация. Коррекция. Социальная адаптация.
3. Принципы психологического изучения лиц с ограниченными возможностями: комплексного изучения ребенка, целостного системного изучения ребенка, динамического изучения ребенка, качественно количественного подхода при анализе данных.
4. Психологическая служба в системе специального образования.
5. Решение практических задач и кейсов:

Задача № 1.

Наташа С., 3 года, обследуется в условиях стационара с целью установления места дальнейшего пребывания. Из истории болезни известно, что мать оставила ребенка в родильном доме, отец неизвестен. В течение первого года жизни Наташа страдала рахитом, отставала в росте и весе. Перенесла корь, ветряную оспу, два раза пневмонию. При терапевтическом обследовании обнаружены отставание в росте и весе, дисбактериоз, хронический тонзиллит. В настоящее время девочка должна быть переведена из дома ребенка в детский дом. Она ходит, самостоятельно ест, использует фразы из 2-3 слов.

При патопсихологическом обследовании Наташа доступна контакту, выполняет простые инструкции, по просьбе может взять и положить различные игрушки. Знает название частей тела, может их показать. Речь развита слабо, но при оказании помощи возможно повторение фразы из 4-5 слов. Составление рассказа по картинкам недоступно, пересказ текста тоже. Рисунок на уровне каракулей. Эмоциональные реакции живые, адекватные, зависят от поощрения. Выражена истощаемость, неустойчивость внимания. При проведении эксперимента возможно усвоение и перенесение способов действия.

1. Какое нарушение развития можно предположить?
2. В каком типе дошкольного учреждения надо находиться девочке?

Задача № 2.

Ваня М., 5 лет, находится на лечении и обследовании в условиях стационара в связи с ночным энурезом. Из беседы с матерью известно, что ребенок родился недоношенным, в течение первого месяца жизни находился в отделении патологии новорожденных. Отставало формирование навыков: сидеть Ваня стал к 9 месяцам, ходить в 1 год 3 месяца, отдельные слова стал произносить в 1 год 2 месяца, фразовая речь появилась к 4 годам. Ночной энурез отмечается непрерывный, частый, иногда до двух раз за ночь. Сейчас мальчик веселый, подвижный, посещает д/с. Воспитательница жалуется, что он часто дерется, неусидчивый, не справляется с учебной программой старшей группы, с трудом одевается, не умеет завязывать шнурки, застегивать пуговицы.

При патопсихологическом обследовании Ваня охотно беседует, играет. Внимание неустойчиво, выполнение заданий прерывается шумной игрой, беганием по кабинету. Рисунок человека на уровне «головонога». Ребенок может собрать разрезанные картинки из 2-х фрагментов, с помощью экспериментатора –

из 3-х. Механическое запоминание – нижняя граница нормы, смысловое (построение фразы) – значительно лучше. Доступны простые сообщения. Для выполнения всех заданий необходимо постоянное привлечение внимания, пошаговые инструкции. Самооценка завышена, представление и мнении окружающих не сформировано.

1. Какой тип нарушения у Вани?

2. Какие можно дать рекомендации?

Задача № 3.

Костя Б., 7 лет, находится на обследовании с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что ребенок родился в срок, отставал в раннем развитии: голову держал в 4 месяца, сидеть научился к 9 месяцам, ходить – в 1 год 5 месяцев. Отдельные слова появились к 2 годам, фразовая речь – к 4 годам. В д/с программу не осваивал. К настоящему моменту ребенок знает отдельные буквы, может назвать цифры от 1 до 10.

При патопсихологическом обследовании ребенок с трудом вступает в контакт, не интересуется заданиями и игрушками.

Объем внимания недостаточен. Работоспособность равномерно низкая. Темп сенсомоторики медленный. Доступны простые обобщения: «еда», «посуда», более сложные – невозможны. Запас знаний недостаточен. Испытуемый не знает имени и профессии родителей, своего домашнего адреса.

Рисунок человека на уровне «головонога». Счет недоступен. Реакция на оказание помощи, поощрение отсутствует. Критичность к достижениям неразвита, самооценка не сформирована.

1. Какой тип нарушенного психического развития отмечается в данном случае?

2. Возможно ли обучение в нормальной школе?

3. К какому специалисту следует направить ребенка?

Задача № 4.

Таня В., 7 лет. Обратилась мама с девочкой с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что девочка родилась в срок, в течение первого года жизни развивалась успешно, своевременно научилась сидеть и ходить. Отдельные слова появились в 1 год 3 месяца, фразовая речь – к 3 годам. На помещение в д/с была сильная стрессовая реакция, девочка плакала, не спала, ни с кем не общалась. В связи с этим через 2 недели была забрана из садика и до 7 лет воспитывалась дома.

Сейчас Таня знает буквы, счет в пределах 10 пересчетом, несколько отстает в росте и весе от сверстников. При обследовании девочка с трудом привлекается к выполнению заданий, ходит по кабинету, играет игрушками.

Объем и переключаемость внимания – в норме, произвольная концентрация затруднена. Интеллект – в границах возрастной нормы, но испытуемая не может самостоятельно заметить ошибки в выполнении заданий. Отмечается несформированность понятия числа, затруднение фонематического анализа и синтеза. Задания воспринимаются при предъявлении их в игровой форме: оценкой своей успешности девочка не интересуется, на поощрение реагирует слабо. В тесте на креативность вопросы предметно-познавательные, бытовые: «Сколько стоит

«Сникерс»?». Эмоции живые, лабильные, самооценка завышена, слабо дифференцирована.

1. Какой тип нарушения психического развития у Тани?

2. Консультация каких специалистов желательна?

Задача № 5.

Саша Ж., 11 лет. Направлен на обследование по инициативе классного руководителя. Со слов учителя известно, что ребенок учится крайне неравномерно, не усваивает программу 5-го класса, прогуливает, на уроке отвлекается, мешает заниматься другим учащимся. Часто приносит в школу игрушки. Из беседы с мамой выяснилось, что у ребенка в течение первых 2 лет жизни было сотрясение ГМ, он перенес тяжелую форму кори. При патопсихологическом обследовании испытуемый особого интереса к заданиям не проявляет, но справляется с ними. Объем и произвольная концентрация внимания недостаточны. Отмечается истощаемость по гиперстеническому типу. Механическое запоминание затруднено: ассоциативное – несколько лучше. При обследовании интеллекта отмечается неравномерность его развития: выполнение вербальных тестов на уровне нижней границы нормы, невербальных – успешно, понимание пословиц затруднено. Недостаточная способность к аналогии. Отмечаются нарушения мелкой моторики, точной координации движений, фон настроения неустойчивый, выражена двигательная расторможенность. Оказание помощи и поощрение улучшают результаты. Самооценка низкая, выраженная уверенность в негативном отношении со стороны взрослых. Познавательные интересы развиты слабо, отмечается умеренная школьная тревожность.

1. Какой тип нарушения психического развития отмечается?

2. В чем состоит первичный дефект и вторичные личностные реакции?

Задача № 6.

Толя А., 14 лет. Испытуемый направлен на судебно-психологическую экспертизу с целью определения соответствия возрасту. Из материалов уголовного дела известно, что испытуемый обвиняется в краже из ларька, совершенной в группе с более старшими подростками.

В школьной характеристике указано, что Толя дублировал 1-й и 2-й класс, не успевает по нескольким предметам, часто прогуливает занятия. Физическое развитие замедленно, рост и вес ниже нормы, половое созревание не началось. При патопсихологическом обследовании отмечается, что внимание испытуемого неустойчиво, отношение к заданиям избирательное. Работоспособность неравномерная, отмечаются кратковременные фазовые колебания внимания. Механическое запоминание успешно. Доступно выполнение исключений, обобщений, аналогий. Невербальный интеллект соответствует норме, вербальный – нижняя граница нормы. Креативность крайне низкая. Самооценка слабо дифференцирована, самооценочные суждения незрелые, зависят от мнения более старших подростков. Уровень притязаний низкий, неустойчивый. Круг интересов ограничен, познавательные интересы не развиты, преобладает игровая мотивация. Эмоции крайне лабильны. Отмечается высокая внушаемость.

1. Какой тип нарушений психического развития отмечается в данном случае?

2. Соответствует ли психическое и личностное развитие испытуемого паспортному возрасту?

Задача № 7.

Оля С., 16 лет. Девочка находится на стационарном обследовании с целью решения вопроса об инвалидности. Из истории болезни известно, что роды у матери проходили патологически: извлечение при помощи щипцов. Раннее развитие запаздывало: головку держать девочка стала к 5 месяцам, сидеть – к 9, ходить в 1 год 9 месяцев. Отдельные слова – к 1,5 годам, фразовая речь – к 4 годам. Д/с Оля не посещала, в 8 лет пошла в первый класс обычной школы. Несмотря на неоднократные предложения педагогов, мать не обращалась в психолого-медико-педагогическую консультацию, девочка продолжала учебу в обычной школе, дублируя 1-й и 5-й класс. В настоящее время она закончила 9 классов, не аттестована по большинству предметов. Нарушений в поведении нет. Оля житейски не ориентирована, выходит из дома только вместе с матерью, отличается высокой тревожностью. При патопсихологическом обследовании контакт затруднен, выражена тревожность, реакции пассивного протеста.

Объем и концентрация внимания недостаточны. Механическое запоминание затруднено: ассоциативное – ухудшает результаты. Исключение и обобщение производятся по конкретно-ситуативным признакам. Классификация также по конкретно-ситуативным признакам.

Понимание пословиц, поговорок, аналогий недоступно. Критичность недостаточна. Оказание помощи не улучшает результаты. Самооценка занижена, недифференцирована. Усвоение школьных навыков резко недостаточно: чтение с ошибками, затруднено понимание прочитанного, решение задач на 2 действия недоступно.

1. Какой тип нарушения психического развития имеет место?

2. В чем состоит первичный и вторичный дефекты?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Предметом изучения коррекционной педагогики является:
   а) воспитание и обучение детей с нарушениями развития;
   б) развитие психики в неблагоприятных условиях;
   в) своеобразие психического развития лиц с нарушениями интеллекта;
   г) особенности взаимоотношений аномального ребенка со взрослыми.
2. Задачи специальной психологии:
   а) разработка методов диагностики и коррекции отклоняющегося развития;
   б) изучение закономерностей различных вариантов психического дизонтогенеза;
   в) изучение психологических проблем интеграции;
   г) обучение и воспитание аномального ребенка.
3. Задачи психологического сопровождения ребенка специальным психологом состоят:

а) в определении наиболее адекватных путей и средств развивающе-коррекционной работы с ребенком;

б) прогнозировании развития ребенка и возможностей обучения на основе выявленных особенностей развития;

в) психологической помощи ближайшему окружению ребенка в вопросах воспитания и коррекции;

г) реализации собственно психологической развивающе-коррекционной работы на протяжении всего образовательного процесса; – подготовке ребенка к трудовой деятельности.

4. Компенсацию психических функций как поиск «обходных путей» развития, синтез биологических и социальных факторов обосновал …

а) Л.С. Выготский,

б) А. Адлер,

в) З. Фрейд,

г) В.В. Лебединский.

5. Компенсаторные процессы реализуются на следующих уровнях:

а) биологическом,

б) психологическом,

в) педагогическом

г) все ответы верны

6. Условием полноценного развития в младенческом возрасте является:

а) семья,

б) общество,

в) здоровье,

г) психолог.

7. Аффективный уровень нервно-психического реагирования детей на различные патогенные воздействия возникает в период:

а) от 0 до 3 лет,

б) от 4 до 7 лет,

в) от 7 до 12 лет,

г) от 12 до 16 лет.

8. По мнению Л.С. Выготского, судьбу личности решает не дефект сам по себе, а …

а) его социально-психологическая реализация;

б) медико-профилактическая помощь;

в) оптимизация отношений ребенка со сверстниками;

г) своевременное выявление и коррекция.

9. Типология отклоняющегося развития личности разработана …

а) Н.Я. Семаго и М.М. Семаго,

б) В.В. Лебединским,

в) Л.С. Выготским,

г) Я.А. Коменским.

10. Развитие аномального ребенка подчиняется тем же общим закономерностям, что и развитие …

а) умственно отсталого ребенка,

б) нормального ребенка,
в) всей популяции детей,
г) детей с подобными дефектами.

11. Понятие о первичных и вторичных дефектах было введено …
а) Л.С. Выготским,
б) А. Адлером,
в) Л.П. Григорьевой,
г) Н.Я. Семаго.

12. Первичный дефект развития наиболее близко связан …
а) с плохой обучаемостью ребенка,
б) повреждениями ЦНС,
в) поведенческими проблемами ребенка.
г) все ответы верны

13. Дизонтогенез– это …
а) нормативное развитие ребенка,
б) нарушения структуры развития отношений,
в) недостатки интеллектуального развития.
г) различные формы нарушений развития.

14 …– заболевание, которое приводит к наиболее грубым нарушениям развития плода, если возникает у матери во время беременности.
а) краснуха,
б) гормональная недостаточность,
в) нервное истощение,
г) простудные заболевания.

15. Характер нарушений ЦНС зависит …
а) от системы медицинской помощи;
б) мозговой локализации процесса и степени его распространенности;
в) поражения генетического материала плода;
г) отсутствия профилактических мероприятий.

16. Дислексия – это …
а) нарушение письменной речи,
б) нарушения звукопроизношения,
в) нарушения устной речи,
г) нарушение навыков чтения

17… психопатия – форма психопатии, при которой внешние факторы способны активировать и запустить имеющиеся предрасположения.
а) приобретенная,
б) конституциональная,
в) органическая,
г) социальная.

18… тип – один из наиболее распространенных типов акцентуаций (по А. Личко), который характеризуется наличием слабой воли, повышенной склонности к развлечениям.
а) неустойчивый,
б) астенический,

в) шизоидный,
г) истероидный

19. В специальной психологии выделяют следующие принципы проведения диагностических исследований:
а) двойной диссоциации,
б) системности,
в) педагогического оптимизма,
г) структурно-динамические.

20. Наибольшую информацию о структуре дефекта в диагностике аномалий развития способны предоставить методы …
а) нейропсихологической диагностики,
б) наблюдения,
в) беседы,
г) рисуночные методики.

21. Диагноз «задержка психического развития», как правило, ставится детям:
а) до 3 лет жизни ребенка,
б) в период дошкольного и младшего школьного возраста,
в) в подростковом возрасте,
г) в период новорожденности и младенчества.

22. При написании психологического заключения выделяют следующие виды отклоняющегося развития (по типологии Н.Я. Семаго и М.М. Семаго):
а) асинхронное развитие,
б) поврежденное развитие,
в) недостаточное развитие,
г) акселерации развития.

23. Изучение анамнеза развития проблемного ребенка позволит получить информацию:
а) о структуре его дефекта,
б) особенностях нейропсихологического развития,
в) специфике развития ВПФ,
г) особенностях социальной ситуации развития.

24. По мнению Л.С. Выготского, судьбу личности решает не дефект сам по себе, а …
а) его социально-психологическая реализация,
б) медико-профилактическая помощь,
в) оптимизация отношений ребенка со сверстниками,
г) своевременное выявление и коррекция.

25… – исправление тех или иных недостатков развития.
а) коррекция,
б) компенсация,
в) абилитация,
г) реабилитация.

26. Методы игровой терапии наиболее эффективны при коррекционной работе с детьми, имеющими …
а) олигофрению,
б) эмоциональные и поведенческие проблемы,

в) нарушения анализаторов,

г) нарушения опорно-двигательного аппарата.

27. Интегративные подходы к обучению и воспитанию аномальных детей связаны с …

а) ранним обучением и коррекцией,

б) сочетанием диагностики и лечения,

в) совместным обучением нормальных и аномальных детей,

г) техниками интегрированных занятий.

28. Особенности психического развития, свойственные отдельным видам дизонтогенеза, относятся:

а) к общим закономерностям развития,

б) модально-неспецифическим закономерностям развития,

в) модально-специфическим закономерностям развития,

г) индивидуальным закономерностям развития.

29. Онтогенез – это …

а) нормативное развитие ребенка,

б) нарушения структуры развития отношений,

в) недостатки интеллектуального развития,

г) различные формы нарушений развития.

30. Мышление умственно отсталых дошкольников преимущественно носит характер:

а) наглядно-образного мышления,

б) словесно-логического мышления,

в) наглядно-действенного мышления,

г) абстрактного мышления

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородулина, С.Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников: учебное пособие / С.Ю. Бородулина. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. - 352 с. - (Учебники, учебные пособия).

2. Брагина, Е.А. Актуальные проблемы специальной психологии и специальной педагогики: учебно-методическое пособие / Е.А. Брагина. — Ульяновск: Ульяновский государственный педагогический университет имени И.Н. Ульянова, 2017. — 54 с. http://www.iprbookshop.ru/86303.html

3. Выготский, Л.С. Основы дефектологии. / Л.С. Выготский. - СПб.: Лань, 2003. - 656 с.

4. Гонеев, А.Д. Основы коррекционной педагогики: учебное пособие / А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева; под ред. В.А. Сластенина. - 3-е изд., перераб. - М.: Академия, 2004. - 272 с. - (Высшее профессиональное образование. Педагогические специальности).

5. Зейгарник Б.В. Патопсихология [Текст]: учебное пособие / Б.В. Зейгарник. - М.: Издательский центр «Академия», 2000

6. Колесникова, Г.И. Специальная психология и специальная педагогика: учебное пособие для вузов / Г.И. Колесникова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 176 с. - (Высшее образование).

7. Коррекционная педагогика: учебное пособие. / И.А. Зайцев [и др.]; под ред. В.С. Кукушина. - Ростов-на-Дону: МарТ, 2002. - 304 с. - (Педагогическое образование).

8. Коррекционная педагогика в начальном образовании: учебное пособие. / Г.Ф. Кумарина [и др.]; под ред. Г.Ф. Кумариной. - М.: Академия, 2003. - 320 с. - (Педагогическое образование).

9. Коррекционная педагогика с основами специальной психологии: учебно-методический комплекс / Н.Я. Большунова, Е.В. Соколова. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2011. – 283 с

10. Марилов В.В. Общая психопатология [Текст]: учебное пособие / В.В. Марилов. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 224 с

11. Мишина Г.А. Коррекционная и специальная педагогика: учебное пособие. / Г.А. Мишина, Е. Н. Моргачева. - М.: ФОРУМ — ИНФРА-М, 2007. - 144 с. - (Профессиональное образование)

12. Назарова Н.М. Специальная педагогика. В 3 т. Т. 2. Общие основы специальной педагогики / Н.М. Назарова [и др.] – М.: Академия, 2008.

13. Настольная книга педагога-дефектолога / Т.Б. Епифанцева [и др.]. - 2-е изд. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. - 576 с. - (Сердце отдаю детям).

14. Основы специальной педагогики и психологии: учебное пособие / составители О.В. Липунова. — Саратов: Ай Пи Ар Медиа, 2019. — 126 с. http://www.iprbookshop.ru/86450.html

15. Подласый И.П. Курс лекций по коррекционной педагогике: учебное пособие. / И.П. Подласый. - М.: ВЛАДОС, 2002. - 352 с.

16. Семаго М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования: методическое пособие / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2007.

17. Сорокин В.М. Специальная психология: учеб. пособие / В.М. Сорокин; под науч. ред. Л. М. Шипицыной. СПб.: Речь, 2009.

18. Специальная дошкольная педагогика: учебное пособие. / Е.А. Стребелева [и др.]; под ред. Е.А. Стребелевой. - М.: Академия. 2002. - 312 с. - (Высшее образование)

19. Специальная дошкольная педагогика и психология: сборник программ нормативных курсов для высших учебных заведений / под ред. В.И. Селиверстова. - М.: ВЛАДОС, 2001. - 336 с. - (Программы для ВУЗов).

20. Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И. Аксенова и др.; под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2007.

21. Специальная педагогика: учебное пособие / Л.И. Аксенова [и др.]; под ред. Н.М. Назаровой. - М.: Академия, 2000. - 400 с. - (Высшее образование).

22. Усанова О.Н. Специальная психология / О.Н. Усанова. – СПб.: Питер, 2006.

23. Шамарина Е.В. Основы специальной педагогики и психологии: учебное пособие / Е.В. Шамарина. - М.: Книголюб, 2007. - 248 с.: ил.

24. Шамарина Е.М. Основы специальной педагогики и психологии: учеб. пособие / Е.М. Шамарина. – М.: Книголюб, 2007.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И ПСИХОЛОГИЯ»

для студентов направлений подготовки
44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»,
профиль – Общая и специальная психология и педагогика в образовании
44.03.05 «Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки)»,
профиль - Дошкольное образование и начальное образование
(очная, заочная формы обучения)

МАМЕДОВА Л.В., КОБАЗОВА Ю.В.

Технический редактор И.А. Литвиненко

Подписано в печать 06.02.2023. Формат 60x84/16.
Бумага тип. №2. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.
Печ. л. 8,1. Уч.изд.л. – 10,1 Тираж 6 экз. Заказ 543.
Издательство ТИ (ф) СВФУ, 678960, г. Нерюнгри, ул. Кравченко, 16.
Отпечатано в ТИ (ф) ФГАОУ ВО «СВФУ»
г. Нерюнгри