МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Карачаево-Черкесский государственный университет им. У.Д. Алиева»

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

И КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА

Учебно-методическое пособие

Карачаевск - 2026

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Карачаево-Черкесского государственного университета

Специальная психология и коррекционная педагогика. Учебно-методическое пособие / Автор-составитель Г.А. Чомаева. – Карачаевск: КЧГУ, 2026 –94с.

Учебно-методическое пособие предусматривает формирование и развитие знаний, умений и навыков, позволяющих эффективно осуществлять социально-педагогическую профессиональную деятельность в образовательных и социальных учреждениях. Включает в себя пояснительную записку, лекционный материал, тематику практических занятий, тематику рефератов; темы курсовых работ, тестовые задания, список основной и дополнительной литературы. Пособие предназначено для обучающихся и преподавателей факультета психологии и социальной работы, обучающихся педагогического направления, а также для всех, интересующихся проблемами обучения и воспитания детей с ОВЗ.

Составитель: доц. Чомаева Г. А.
Рецензент: д.пс.н., проф. Семенова Ф.О.

Карачаево-Черкесский государственный университет, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка
2. Лекционный материал
3. Тематика практических занятий
4. Примерная тематика рефератов
5. Примерная тематика курсовых работ
6. Тестовые задания
7. Список рекомендуемой литературы

Пояснительная записка

Целью изучения дисциплины «Специальная психология и коррекционная педагогика» является овладение студентами знаниями и практическими навыками выявления нарушений развития, по проблеме адаптации детей с нарушениями развития к условиям пребывания в образовательных учреждениях общего типа; знакомство студентов с содержанием и основными методами психолого-педагогического обследования детей, овладение некоторыми приемами психолого-педагогической коррекции отклонений в развитии.

Для достижения цели ставятся задачи:

- сформировать целостное представление о специальной педагогике и специальной психологии как областях науки и сфере общественной практики: об объекте, предмете, цели и задачах, научных основаниях, принципах специальной педагогики и специальной психологии;
- раскрыть социокультурную сущность специального образования, познакомить студентов с теорией его становления и развития, показать роль специальной педагогики и психологии в социализации ребенка с ограниченными возможностями;

дать будущим специалистам представление об особых образовательных потребностях ребенка с ограниченными возможностями жизнедеятельности и о содержании педагогической деятельности в сфере специального образования;

- познакомить с общими основами специального обучения и воспитания различных категорий лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности; дать представление о современных педагогических системах и формах организации специального образования и психолого-педагогического сопровождения лиц с ОВЗ.

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ

ТЕМА 1: ВВЕДЕНИЕ В СПЕЦИАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГИЮ И КОРРЕКЦИОННУЮ ПЕДАГОГИКУ

ПЛАН:

1. Специальная педагогика и специальная психология в системе современных наук

2. Отрасли специальной педагогики и специальной психологии

3. Основные категории специальной педагогики и психологии

1. Специальная педагогика и специальная психология в системе современных наук

Специальная педагогика является составной частью педагогики, одной из её ветвей. **Специальная педагогика** – это теория и практика специального (особого) 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. В международной педагогической практике общепринятыми понятиями являются «специальная педагогика» и «специальное образование», так как сообразуются с современными гуманистическими ориентирами мировой системы образования: корректность, отсутствие унижающего человека ярлыка. Английский корень названия – *special* (особый, индивидуальный) подчеркивает личностную ориентированность этой области педагогики, её способность решать сложные индивидуальные образовательные проблемы конкретного человека.

В отличие от европейских стран в США понятие special education охватывает проблемы образования всех детей, отличающихся от общепринятой нормы, в том числе и одаренных. Однако большинство специалистов понимают под специальной педагогикой, специальным образованием только сферу образования лиц, отягощенных тем или иным нарушением, недостатком психофизического развития.

Совокупность знаний специальной педагогики формировалась и накапливалась в длительном процессе развития практики обучения и воспитания детей, имеющих различные физические или психические недостатки.

В 21 веке развитие специальной педагогики проходит под знаком пересмотра титульного названия этой педагогической отрасли. На протяжении 70-ти лет в нашей стране для этого использовался термин «**дефектология**» в качестве титульного названия теоретической и практической области специального образования лиц с отклонениями в развитии. На дефектологических факультетах педагогических вузов изучалась **дефектология** (лат. defectus – недостаток и греч. logos – учение) как наука, которая исследовала психофизиологические особенности развития аномальных детей (от греч. anomalos - неправильный), закономерности их обучения и воспитания, определяла условия, способствовавшие преодолению имеющихся дефектов в умственном и физическом развитии.

В начале 90-х гг. в качестве альтернативы понятию «дефектология», возник термин **«коррекционная педагогика»**. Вся глубина и многообразие педагогической деятельности в сфере специального образования, её сущностный смысл (личностное развитие, удовлетворение особых образовательных потребностей людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, их абилитация или реабилитация средствами образования, коррекция и компенсация вторичных отклонений в развитии, социокультурное адаптирование, педагогическая помощь семье и многое другое) были сведены только лишь к коррекции (исправлению).

Гуманизация общественного сознания, как и современное социальное право, не позволяет сегодня считать этичной такую педагогическую терминологию, смыслом которой является исправление человека или каких-либо его качеств и свойств. Человек имеет право на индивидуальность, самобытность, признание и учет обществом тех или иных его особенностей, в том числе и ограниченных возможностей жизнедеятельности. Общество обязано предложить такому человеку помощь (медицинскую, социальную, педагогическую, психологическую), но никак не коррекцию.

Применительно к человеку, личности в целом речь может идти только о педагогической помощи, специальных образовательных услугах, которые человек или родители ребенка с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности могут выбирать, принимать или не принимать. Термин «коррекция», имея право на существование, может относиться либо к отдельным технологическим компонентам такой специальной педагогической помощи, либо к среде, окружающей человека с ограниченными возможностями.

С начала 90-х гг. XX века термин «коррекционная педагогика» параллельно используется и общей педагогикой в целях обозначения сферы педагогической помощи обычным детям и подросткам, испытывающим адаптационные трудности в образовательных учреждениях общего назначения. Здесь понятие «коррекция» относится не к ребенку, а к той социальной и образовательной среде обычной школы, которая является дискомфортной для ряда детей. Содержательно в коррекционной педагогике речь идет о «коррекции среды» для снятия синдрома школьной дезадаптации учащихся и обеспечения для них возможности освоения образовательного стандарта общего назначения.

Основной целью коррекционной педагогики является выявление и преодоление недостатков в развитии личности ребенка, помощь ему в успешном освоении картины мира и адекватной интеграции в социум. ***Объектом коррекционной педагогики*** является личность ребенка, имеющего незначительные отклонения в психофизиологическом развитии (сенсорно-двигательной, соматической, интеллектуально-речевой сферах) или отклонения в поведении, затрудняющие его адекватную социализацию и школьную адаптацию. Можно сказать, что объектом коррекционной педагогики являются дети, имеющие 4 «Д»: дети, имеющие неярко выраженные дефект*, перенесшие в раннем возрасте депривацию*, в силу этого испытывающие дезадаптацию* и проявляющие девиацию* в поведении. ***Предметом коррекционной педагогики*** служит процесс дифференциации обучения, воспитания и развития детей с недостатками в развитии и отклонениями в поведении, определение наиболее результативных путей, способов и средств, направленных на своевременное выявление, предупреждение и преодоление отклонений в развитии адаптировании, развитии, что достигается средствами образования.

В правовом поле и в сфере социальной защиты России общепринятым является термин «**инвалид**». В последнее время в отечественных правовых документах встречается термин «лицо с ограниченными возможностями здоровья». Предлагаемая медицинским контекстом терминология также часто используется специальной педагогикой за неимением своей собственной: аномальные дети, лица (дети) с патологией развития, с дефектом развития, с отклонениями в развитии. Наиболее продуктивным в этом смысле представляется термин, предложенный еще в конце 70-х гг. английскими специалистами: «дети (лица) с особыми образовательными потребностями».

Современная специальная педагогика исходит из того, что о недостатке, отклонении в развитии можно говорить там и тогда, где и когда возникает несоответствие возможностей данного человека (в том числе и ребенка) общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т.е. когда налицо ограничение социальных возможностей. Поэтому специальная педагогика пользуется такими терминами, как лица с

ограниченными возможностями (жизнедеятельности); применительно к обучающимся – лица с особыми образовательными потребностями.

В современной юридической и социальной сфере за рубежом все шире используется термин лица с ограниченной трудоспособностью (вместо термина «инвалиды»).

Категории лиц с особыми образовательными потребностями:

- неслышащие и слабослышащие;
- незрячие и слабовидящие;
- дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП, сколиозы);
- умственно отсталые дети: а) олигофрены (рождаются или в первые 1,5 года жизни); б) дети с деменцией (проявляется после 3-5 лет, самое лучшее – остаться на таком же уровне);
- дети с задержкой психического развития (интеллект в норме);
- дети со сложными комплексными нарушениями;
- дети с речевой патологией (тяжелой – заячья губа, волчья пасть, нарушены речевые центры);
- дети с ранним детским аутизмом (ранняя детская шизофрения);
- дети с девиантным поведением (психопатоподобное поведение, интеллект в норме, они асоциальны, недоразвиваются лобные доли, которые регулируют, контролируют поведение).

В течение XX в. складывалась система специальных (коррекционных) образовательных учреждений, которые и в СССР и в России являются преимущественно школами-интернатами, где обучалось и обучается подавляющее большинство детей школьного возраста с особыми образовательными потребностями. В настоящее время в Российской Федерации существуют восемь основных видов специальных школ:

- специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида (школа-интернат для неслышащих детей);
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида (школа-интернат для слабослышащих и позднооглохших детей);
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение III (школа-интернат для незрячих детей) и IV (школа-интернат для слабовидящих детей) видов.
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида (школа-интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи);
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида (школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата);
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида (школа-интернат для детей с трудностями в обучении - задержкой психического развития);
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида (школа-интернат для детей с умственной отсталостью.

2. Отрасли специальной педагогики и специальной психологии

Современная специальная педагогика и психология состоят из предметных областей, которые исторически сформировались в связи с традиционно существующей системой специальных образовательных учреждений для детей с особыми образовательными потребностями. В начале XX в. эти предметные области только складывались, сегодня они представляют собой относительно самостоятельные, развитые и тонко дифференцированные сферы научного и практического педагогического знания. К их числу относятся следующие: тифлопедагогика; сурдопедагогика; тифлосурдопедагогика; логопедия; отрасль специальной педагогики применительно к лицам с нарушениями опорно-двигательного аппарата; отрасль специальной педагогики применительно к лицам с нарушениями эмоционально-волевой сферы; патопсихология; специальная психология (включает разделы по видам нарушений).

Сурдопедагогика (от лат. surdus – глухой и педагогика) – отрасль специальной педагогики, (дефектологии); наука, разрабатывающая проблемы воспитания, обучения и образования детей с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих и позднооглохших). Как отрасль педагогической науки включает в себя теорию обучения и воспитания детей с недостатками слуха дошкольного и школьного возраста, историю сурдопедагогики, частные методики, сурдотехнику.

Сурдотехника – а) технические средства для коррекции и компенсации дефектов слуха и обусловленными этими дефектами нарушений речи; б) отрасль приборостроения, разрабатывающая сурдотехнические средства.

Тифлопедагогика (от греч. – typhlos – слепой и педагогика) – отрасль специальной педагогики, (дефектологии), разрабатывающая проблемы воспитания и обучения лиц с глубокими нарушениями зрения (частично- и слабовидящих, ослепших, слепых от рождения). Большая роль в повышении качества обучения в школах незрячих принадлежит тифлографике и тифлотехнике. Все методы учебной работы предусматривают охрану остаточного и слабого зрения учащихся.

Тифлотехника – отрасль приборостроения, занимающаяся конструированием и производством тифлотехнических средств (тифлоприборов) для людей с аномалиями зрения (слабовидящих, незрячих, слепоглухонемых) с целью коррекции или компенсации нарушенных зрительных функций, а также для развития и восстановления зрения.

Олигофренопедагогика (от греч. oligos - малый, phren - ум и педагогика) – отрасль специальной педагогики, разрабатывающая проблемы воспитания и обучения, пути коррекции недостатков психофизического развития умственно отсталых детей, а также вопросы их трудовой подготовки. Олигофренопедагогика как наука разрабатывает психолого-педагогические проблемы диагностики умственной отсталости, пути совершенствования обучения, методы и принципы организации учебно-воспитательного процесса, педагогическую классификацию и типологию умственно отсталых детей, структуру специальных учреждений и т.п.

Логопедия (от греч. logos – слово, и paideia - воспитание, обучение) – это наука о нарушениях речи при нормальном слухе, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания. Логопедия изучает причины, механизмы, симптоматику, течение, структуру нарушений речевой деятельности, систему коррекционного воздействия.

Если взять за основу принцип развития, то психология подразделяется на психологию: нормального психического развития; аномального психического развития (сурдо-, тифло-, олигофрено-, пато- и т.д.).

Психология аномального развития, или специальная психология, - область психологической науки, изучающая людей, для которых характерно отклонение от нормального психического развития, связанное с врожденными или приобретенными нарушениями формирования нервной системы. На основе такого изучения определяются возможности и пути компенсации дефектов различной сложности, строится система обучения и воспитания людей, имеющих аномалии психического развития. Специальная психология подразделяется на психологию незрячих (тифлопсихология), неслышащих (сурдопсихология), умственно отсталых (олигофренопсихология), детей с нарушениями речи, детей с задержкой психического развития и других категорий детей с отклонениями в развитии.

Задачи специальной психологии: - выявление общих и специфических закономерностей психического развития аномального ребенка в сравнении с нормально развивающимся ребенком; - изучение особенностей развития отдельных видов познавательной деятельности людей с различными типами нарушений; - изучение закономерностей развития личности человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности; - изучение психологических проблем интеграции и интегрированного обучения; - психологическое обоснование наиболее эффективных путей и методов

педагогического воздействия на психическое развитие детей и взрослых с различными типами нарушений.

Центральным вопросом, как специальной психологии, так и специальной педагогики является проблема компенсации функций. Задача специально организованного обучения и воспитания детей с нарушенным психическим развитием заключается в том, чтобы найти наиболее эффективные пути компенсации нарушенных функций. Специальное обучение и воспитание являются компенсирующее направленным. «Компенсация психических функций – это возмещение недоразвитых или нарушенных психических функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций».

Выделяют два типа компенсации функций:

Внутрисистемная компенсация, которая осуществляется за счет привлечения сохранных нервных элементов пострадавших структур (например, при потере слуха развитие остаточного слухового восприятия).

Межсистемная компенсация, которая осуществляется путем перестройки функциональных систем и включения в работу новых элементов из других структур за счет выполнения ранее несвойственных им функций (например, компенсация функций зрительного анализатора у слепорожденного ребенка происходит за счет развития осязания, т.е. деятельности двигательного и кожного анализаторов).

Чаще всего наблюдаются оба типа компенсации функций. Это имеет особое значение в случае врожденных или рано возникших нарушений психического развития.

Таким образом, значение специальной психологии (для специальной педагогики) определяется тем, что на основе ее данных строится система обучения, воспитания и социальной адаптации людей, имеющих различные типы нарушений психического развития, определяются наиболее эффективные методы обучения, строится система профессиональной консультации и профессиональной ориентации.

Сурдопсихология – отрасль специальной психологии, изучающая особенности психики неслышащих и слабослышащих детей. Предметом сурдопсихологии является: установление своеобразия психического развития ребенка с нарушенной слуховой функцией; установление путей и способов компенсации этого аномального развития. Задачи сурдопсихологии соотносятся с задачами специальной психологии, их решение направлено на психическое развитие ребенка с недостатком слуха.

Тифлопсихология – отрасль специальной психологии, изучающая особенности психики незрячих и слабовидящих детей.

Олигофренопсихология – это одно из направлений специальной психологии, которая в динамике рассматривает познавательную деятельность и особенности личности детей по тем или иным причинам отклоняющихся в своем развитии от нормы. Предметом изучения олигофренопсихологии является особенности развития умственно отсталые детей дошкольных и школьных возрастов.

3. Основные категории специальной педагогики и психологии

Как и все остальные люди, человек с ограниченными возможностями в своем развитии направлен на освоение социального опыта, социализацию, включение в жизнь общества. Однако путь, который он должен пройти для этого, значительно отличается от общепринятого в педагогике: физические и психические недостатки меняют, отягощают процесс развития, причем каждое нарушение по-своему изменяет развитие растущего человека.

Важнейшими задачами, поэтому являются предупреждение возникновения вторичных отклонений в развитии, их коррекция и компенсация средствами образования. Это означает максимально полное удовлетворение возникших в связи с нарушением специфических образовательных потребностей.

Следует помнить, что ограничение возможностей не является чисто количественным фактором. Это интегральное, системное изменение личности в целом, это «другой»

ребенок, «другой» человек, не такой как все, нуждающийся в совершенно иных условиях образования для того, чтобы преодолеть ограничение и решить ту образовательную задачу, которая стоит перед любым человеком. Для этого ему необходимо не только особым образом осваивать собственно образовательные программы, но и формировать и развивать навыки собственной жизненной компетентности: навыки ориентировки в пространстве и во времени; самообслуживания и социально–бытовую ориентацию, различные формы коммуникации, навыки сознательной регуляции собственного поведения в обществе, физическую и социальную мобильность; восполнять недостаток знаний об окружающем мире, связанный с ограничением возможностей; развивать потребностно–мотивационную, эмоционально-волевую сферы; формировать и развивать способность к максимально независимой жизни в обществе, в том числе через профессиональное самоопределение, социально-трудовую адаптацию, активную и оптимистическую жизненную позицию.

Специальное образование человека с ограниченными возможностями – глубоко индивидуальный и специфический процесс, объем, качество и конечные результаты которого определяются характером отклонения в развитии, сохранностью анализаторов, функций и систем организма; временем возникновения и тяжестью нарушения; социокультурными и этнокультурными условиями жизни ребенка и его семьи; желанием и возможностями семьи участвовать в процессе специального образования; возможностями и готовностью окружающего социума, системы образования к выполнению всех требований и созданию условий для специального образования; уровнем профессиональной компетенции педагогов и психологов, работающих с ребенком и его семьей.

К числу недостатков развития, характерных для всех категорий лиц с особыми образовательными потребностями, относятся:

- Замедленное и ограниченное восприятие;
- Недостатки развития моторики;
- Недостатки речевого развития;
- Недостатки развития мыслительной деятельности;
- Недостаточная по сравнению с обычными детьми познавательная активность;
- Пробелы в знаниях и представлениях об окружающем мире, межличностных отношениях;
- Недостатки в развитии личности (неуверенность в себе и неоправданная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, эгоизм, пессимизм, заниженная или завышенная самооценка, неумение управлять собственным поведением).

Для преодоления этих недостатков вносятся изменения в содержание общеобразовательных предметов, проводится их корректировка.

Для преодоления последствий первичных нарушений развития в содержание специального образования включены специфические учебные предметы, которых нет в содержании обычного школьного образования. Так, в содержании образования незрячих детей предусмотрены занятия по обучению ориентировке в пространстве и развитию мобильности; для детей с нарушенным слухом предусмотрены занятия по развитию остаточного слуха и формированию устной речи, включены уроки предметно–практической деятельности, направленные на развитие словесной речи в её коммуникативной функции в процессе деятельности и т.д.

Специальная педагогика опирается на соответствующие общепедагогические принципы организации образования и управления познавательной деятельностью, однако их реализация в системе специального образования имеет закономерное своеобразие.

Собственные принципы специальной педагогики отражают важнейшие, концептуальные положения специального образования лиц с особыми образовательными

потребностями. Эти принципы являются специфическими для специальной педагогики. Принципы специального образования:

- Педагогического оптимизма;
- Ранней педагогической помощи;
- Коррекционно-компенсирующей направленности образования;
- Социально-адаптирующей направленности образования;
- Развития мышления, языка и коммуникации как средств специального образования;
- Деятельностного подхода в обучении и воспитании;
- Дифференцированного и индивидуального подхода;
- Необходимости специального педагогического руководства.

Принципы специального образования в коррекционно-педагогическом процессе реализуются в соответствующих методах и приемах, а также в образовательных технологиях.

Обучение и воспитание органично взаимосвязаны и взаимодополняемы в специальном образовательном процессе, протекающем в специальных образовательных условиях, которые включают в себя:

- Наличие современных специальных образовательных программ (общеобразовательных и коррекционно–развивающих);
- Учет особенностей развития каждого ребенка, индивидуальный педагогический подход, проявляющийся в особой организации коррекционно-педагогического процесса, применении специальных методов и средств образования, компенсации и коррекции;
- Адекватную сферу жизнедеятельности;
- Проведение коррекционно-педагогического процесса специальными педагогами;
- Предоставление медицинских, психологических и социальных услуг.

Воспитание детей с особыми образовательными потребностями осуществляется в рамках единого педагогического процесса. Важной особенностью воспитания ребенка с отклонениями в развитии и поведении является оптимизм, уверенность в преодолении трудностей, надежда на достижение положительного результата, исключение из воспитательного процесса фиксации внимания на дефекте, опора на положительное в личности ребенка, стимулирование его компенсаторных возможностей, в то же время формирование умения объективно оценивать свои возможности, свои действия и поступки.

Методы воспитания: учитывая особенности развития детей с ограниченными возможностями здоровья и принятые в общей и специальной педагогике классификации методов воспитания, остановимся на 3 основных группах, применяемых в разной степени и в разных сочетаниях в специальном образовании:

Информационные (беседа, консультирование, использование средств массовой информации, литературы и искусства, примеры из окружающей жизни, экскурсии, встречи и т.п.);

Практически-действенные (приучение, упражнение, воспитывающие ситуации, игра, ручной труд, изобразительная и художественная деятельность, арттерапия, ипотерапия и т.п.);

Побудительно–оценочные (педагогическое требование, поощрение, осуждение, порицание, наказание).

Обучение в специальной и коррекционной педагогике носит специфический характер, определяемый глубиной и характером дефекта ребенка. Причем общедидактические методы и приемы, организация учебного процесса дифференцируются в зависимости от отраслей специальной педагогики.

Обучение и развитие – два взаимосвязанных явления. Развивающий характер обучения детей с отклонениями в развитии и поведении предполагает учет зоны

ближайшего развития воспитанника (по Л.С. Выготскому), тот запас потенциальных возможностей, формирующихся функций, которые ребенок не в состоянии реализовать самостоятельно в настоящий момент, но успешно их использует при непосредственной помощи учителя. Обучение активизирует переход зоны ближайшего развития в её актуальное развитие, когда поддержка учителя помогает раскрыться внутренней активности ребенка, повышает уровень его самостоятельности. Обучение ведет за собой развитие.

В соответствии с принятой в дидактике и наиболее распространенной классификацией **методов** обучения на основе целостного деятельностного подхода в процессе обучения детей с отклонениями в развитии выделяют*: методы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности; ее стимулирования и мотивации; методы контроля и самоконтроля*. Дидактика специального обучения пользуется как общепедагогическим арсеналом методов и приемов обучения, так и своими специфическими для каждой категории обучающихся с особыми образовательными потребностями, методами и приемами коррекционно-педагогической работы, представляющими собой оригинальные образовательные технологии.

В специальном образовании практически всегда используется сложное сочетание нескольких методов и приемов работы в целях достижения максимального коррекционно-педагогического эффекта.

Формы организации специального обучения. Обучение детей и взрослых с особыми образовательными потребностями начиналось как *индивидуальное*. В современной специальной педагогике ***индивидуальная форма организации*** обучения применяется в следующих случаях: - когда обучающийся имеет тяжелые и множественные нарушения в развитии и в обучении и воспитании; - когда в соответствии со спецификой образовательного процесса, особенностями отклонений в развитии, возрастными особенностями (ранний возраст) ребенок нуждается в индивидуальной психолого-педагогической, логопедической и иной коррекционной помощи, которая может дополнять фронтальные занятия; - если ребенок обучается в домашних условиях. Продолжительность индивидуальных занятий обычно около 20-30 минут.

Индивидуально-групповая форма организации обучения в специальном образовании используется в качестве продолжения индивидуальной, когда достигнут некоторый коррекционно-педагогический эффект. В основном применяется в работе с детьми, имеющими комбинированное нарушения, тяжелые формы умственной отсталости.

Классно-урочная система, урок являются одними из основных форм организации учебного процесса. Урок позволяет организовать не только учебно-познавательную, но и другие виды развивающей деятельности детей. Урок предоставляет возможности для сочетания фронтальной групповой и в меньшей степени индивидуальной работы школьников. В большинстве случаев, особенно на начальных этапах обучения, уроки в специальной школе строятся по смешанному или комбинированному типу, и характеризуются широким использованием групповых форм работы. В основном это *дифференцированно-групповые формы работы*, когда дети объединяются в группы в зависимости от их познавательных возможностей, темпов учебной деятельности, задач коррекционно-образовательного процесса, а также *бригадные*, когда дети объединяются (по собственному желанию или по указанию педагога) во временные группы для выполнения какого-либо учебного задания. *Индивидуализированная форма* работы на уроке применяется в отношении тех учащихся, которые значительно отличаются по свои познавательным возможностям, темпам и объему познавательной деятельности от остальных детей.

К числу ***дополнительных форм*** организации педагогического процесса относятся: экскурсии, дополнительные занятия, внеклассные формы педагогической работы

(например, внеклассное чтение), самоподготовка (приготовление уроков в специальной школе-интернате).

К числу ***вспомогательных форм*** организации педагогического процесса в специальной школе-интернате относятся проведение факультативов, кружковой и клубной работы, эпизодические мероприятия внеклассной работы (олимпиады, соревнования, смотры, конкурсы, викторины, тематические вечера, походы и экспедиции).

Как и основные, вспомогательные и дополнительные формы организации учебного процесса в специальных школах-интернатах строятся с учетом особых образовательных потребностей обучающихся, их возможностей участия в различных организационных формах учебной и воспитательной работы.

Понятия коррекции, компенсации, реабилитации, абилитации.

Современная зарубежная специальная педагогика отличается в большинстве развитых стран мира гуманным, корректным и тактичным профессионально-педагогическим словарем, особенно в той его части, которая используется в социальном, юридическом, педагогическом, философском контексте. Сохраняется и некоторая часть исконно медицинской, «диагнозной» терминологии, но она используется в более узком профессиональном кругу и не является языком общения специалистов с воспитанниками, учащимися, взрослыми с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности, а также с родственниками этих людей, с общественностью, в средствах массовой информации.

Коррекция (лат. correction - исправление) – определяется как система специальных и общепедагогических мер, направленных на ослабление или преодоление недостатков психофизического развития и отклонений в поведении у детей и подростков. Коррекция может выступать как самостоятельное педагогическое явление, как специфические действия, направленные на частичное исправление недостатков или преодоление дефекта, в то же время коррекция может быть составной частью учебно–воспитательного процесса и выступать как целостное педагогическое явление, направленное на изменение формирующейся личности ребенка.

В рамках единого учебно–воспитательного процесса коррекция выступает как совокупность коррекционно-воспитательной и коррекционно–развивающей деятельности.

Коррекционно-воспитательная деятельность охватывает всю совокупность мер педагогического воздействия на личность ребенка. Она направлена на изменение познавательных возможностей ребенка, его эмоционально–волевой сферы, улучшение индивидуальных личностных качеств (ответственности, дисциплинированности, собранности, организованности), на развитие его интересов и склонностей, трудовых, художественно-эстетических и иных способностей.

Коррекционно–развивающее обучение – это система мер дифференцированного образования, позволяющая решать задачи своевременной помощи детям, испытывающим трудности в обучении и школьной адаптации. Основная задача данной работы – систематизация знаний, направленных на повышение общего уровня развития ребенка, восполнение пробелов его предшествующего развития и обучения, развитие недостаточно сформированных умений и навыков, коррекцию отклонений в познавательной сфере ребенка, подготовку его к адекватному восприятию учебного материала.

Компенсация (лат. compensation – возмещение, уравновешивание) – это сложный, многоаспектный процесс перестройки или замещения нарушенных или недоразвитых психофизиологических функций организма. Компенсаторный процесс опирается на резервные или недостаточно задействованные возможности организма человека.

В процессе компенсации в организме ребенка происходит формирование новых динамических систем и условных связей, перестройка нарушенных или ослабленных функций (при дефекте зрительного анализатора усиливаются возможности слуха и

осязания; при недостаточном развитии речевых возможностей усиливается роль кинестетических анализаторов).

Компенсаторные возможности организма ребенка проявляются на фоне мобилизации резервных ресурсов, активизации защитных средств, сопротивления наступлению патологических процессов в организме. В то же время сопротивляемость дефекту, его компенсация усиливаются при активизации социальных факторов, действенной помощи ребенку со стороны педагогов, родителей.

Адаптация школьная (лат. adaptio - приспособлять) – это процесс приспособления ребенка к условиям школьной жизни, к её нормам и требованиям, к активной познавательной деятельности, усвоению необходимых учебных знаний и навыков, полноценному освоению картины мира.

Дети с особыми образовательными потребностями не готовы к школе, к изменениям своей жизнедеятельности, к требованиям педагогов. Так возникает проблема школьной дезадаптации, результатом которой является хроническая неуспеваемость, сопротивление педагогическому воздействию, негативное отношение к учению, пропуски занятий, побеги из школы и дома, асоциальное поведение.

В тесной связи со специальным образованием часто употребляется термин реабилитация (лат. rehabilitation - восстановление). Согласно определению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «реабилитация – это применение целого комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера с целью подготовки или переподготовки индивидуума до наивысшего уровня его функциональных способностей». Это определение адекватно тому, которое принято в англоязычной педагогике. В то же время в других странах (франкоязычные, испаноязычные) чаще используется термин реадаптация.

Реабилитация социальная – это процесс включения ребенка с отклонениями в развитии и поведении в социальную среду, в нормальную общественно полезную деятельность и адекватные взаимоотношения со сверстниками. Это сложное многогранное явление, поскольку полноценное возвращение в социум происходит через:

Медицинскую реабилитацию – лечение недостатков, снятие последствий дефекта.

Психологическую реабилитацию – снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов.

Педагогическую реабилитацию – восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков, формирование индивидуальных качеств.

Социальная реабилитация – это своего рода итог всей коррекционно–педагогической деятельности.

Термин «реабилитация» является производным от термина «абилитация». Применительно к детям раннего возраста с отклонениями в развитии целесообразно применять термин «абилитация» (от лат. habilis– быть способным к чему-либо), так как в отношении раннего возраста речь может идти не о возвращении способности к чему-либо, утраченной в результате травмы, болезни и пр., а о первоначальном её формировании.

«**Абилитация**» – система лечебно-педагогических мероприятий с целью предупреждения и лечения тех патологических состояний у детей раннего возраста, еще не адаптировавшихся в социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможностей учиться, трудиться и быть полезным членом общества.

ТЕМА 2: ВИДЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

1. Понятие «нормы» в развитии человека

2. Основные типы нарушенного психического развития

1. Понятие «нормы» в развитии человека

Проблема нормы и патологии является одной из самых спорных для наук, объектом изучения которых являются процессы, связанные с развитием человека. Проблема критериев нормы, нормального развития человека приобретает особую актуальность в контексте коррекционно-развивающей деятельности, решения задач воспитания и перевоспитания. В практической психологии и педагогике сегодня «рабочими» являются вышеуказанные понятия нормы.

Статистическая норма – среднестатистический показатель какой-либо величины. Люди отличаются друг от друга рядом свойств и качеств. Большинство показателей тяготеют к среднестатистической норме, но не совпадают с ней. Например, можно измерить любой показатель (рост, вес, цвет глаз и др.) у каждого присутствующего в этой аудитории, найти средний показатель, сложив все значения - это и будет статистическая норма (хотя может оказаться, что человека именно с такими параметрами среди нас не будет).

Функциональная норма (индивидуальная). В этом смысле человек является нормальным тогда, когда он такой, каким он должен быть со своей собственной точки зрения, когда он проявляется так, как ему свойственно, когда он находит удовлетворение в том, что считает правильным и красивым. Однако этот вид нормы следует принимать с оглядкой, в сочетании с другими видами норм.

Идеальная норма – её можно охарактеризовать как оптимальный способ существования личности в оптимальных социальных условиях. Эти нормы выдвигают такие нормативные науки как педагогика, политика, правовые науки и др. По отношению к детям понятия нормы несколько видоизменяются. Например, “модели выпускников“ разных учебных заведений (список черт и качеств, умений и навыков, которыми они должны обладать).

По отношению к детям понятие нормы несколько видоизменяется. Кроме ранее перечисленных появляются еще некоторые показатели.

Предметная норма – знания, умения и действия, необходимые ученику для овладения данным предметным содержанием программы (отражаются в стандартах образования).

Социально-возрастная – показатели интеллектуального и личностного развития школьника (психологические новообразования), которые должны сложиться к концу определенного возрастного этапа.

Психологический подход к анализу нормы развития включает общепсихологический и возрастно-психологический аспекты. Здесь необходимо вспомнить о выделении нескольких возрастных периодизаций, в контексте которых рассматриваются основные характеристики нормального психического и личностного развития (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, А.Н. Леонтьев, Л.И. Божович, А.М. Прихожан и др.)

Большинство исследователей признают, что норму следует рассматривать, по крайней мере, в 3 значениях: *статистическая, функциональная и идеальная норма*.

В практике принята и наиболее часто используется статистическая процедура оценки нормальности ребенка. Сравнивается, соответствует ли ребенок данного возраста уровню развития, характерному для большинства детей его возраста, как в отдельных составляющих, так и в целом.

Ребенок считается нормальным, если:

- уровень его развития соответствует уровню развития большинства детей его возраста;
- когда развиваются индивидуальные свойства и способности ребенка, преодолевая возможное негативное влияние со стороны собственного организма и средового окружения;
- когда ребенок развивается в соответствии с требованиями общества;

Другие проявления ребенка относят к *аномальности (абнормальности)* и это становится основанием для проведения коррекционной работы.

Коррекционная работа, цели и принципы организации коррекционной работы в школе.

Одним из самых сложных вопросов проведения коррекционной работы является вопрос о том, кто должен принимать решение о необходимости и целесообразности проведения коррекционной работы - родители, ребенок, психолог, общество, общеобразовательные учреждения, представители власти. На практике эта проблема решается довольно сложно вплоть до достижения ребенком подросткового возраста и начала его самостоятельности. Например, любая диагностика ребенка может проводиться только с письменного согласия его родителей и нет инструкций о тех случаях, когда родители хотят провести обследование ребенка, а он категорически против, или когда категорически против родители, а педагогический коллектив решительно настаивает. А если в процессе обучения ребенок не достиг желаемых результатов, то решение может быть принято только по такой схеме: учитель - психолог - обследование ребенка - собеседование с родителями - коллегиальное согласие - направление ребенка на ПМПК.

Цели коррекционной работы определяются с учетом закономерностей психического развития и сензитивных периодов ребенка, динамики его роста. Исследователи (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Г.В. Бурменская, И.В. Дубровина и другие) выделяют три основных направления в области постановки коррекционных целей:

- оптимизация социальной ситуации развития;
- развитие видов деятельности ребенка;
- формирование возрастно-психологических новообразований.

При конкретизации целей необходимо руководствоваться некоторыми правилами:

- Формулировка цели коррекции должна быть в позитивной форме, т.е. включать описание тех форм поведения, деятельности и личностных особенностей, которые должны быть сформированы у ребенка, определять “точки роста” индивида.
- Цели коррекции должны быть реалистичны и соотнесены с продолжительностью коррекционной работы и возможностями ребенка к переносу новообразований, появившихся в результате коррекционной работы в реальную практику жизненных отношений.
- Необходимо определение дальних и ближайших перспектив развития, а также конкретные показатели личностного и интеллектуального роста ребенка.

Основные этапы коррекции:

- планирование целей и задач на основе проведенной психолого-педагогической диагностики;
- разработка программы и содержания коррекционных занятий, методик и техник работы. Планирование форм участия родителей в коррекционной работе;
- организация условий осуществления коррекционной программы предполагает: - консультирование родителей; - подбор детей в группы; - информирование и обсуждение коррекционных программ с педагогами, администрацией;
- реализация коррекционной программы. Проведение коррекционной работы с детьми и консультирование родителей и педагогов;
- оценка эффективности коррекционной работы с точки зрения достижения планируемых целей и задач; разработка последующего плана в случае необходимости.

Принципы построения коррекционных программ.

Ведущими принципами построения коррекционных программ (по работам Л.С. Выготского, Г.В. Бурменской, А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина, А.Л. Венгер) являются:

Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач. Системность отражает возможную неравномерность развития ребенка и определяет коррекционную задачу (исправление нарушений развития), задачу профилактики (предупреждение отклонений и трудностей развития), развивающую задачу (оптимизация и стимулирование условий развития).

Принцип единства диагностики и коррекции.

Принцип приоритетности коррекции каузального типа.

Деятельностный принцип коррекции.

Принцип учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей ребенка.

Принцип комплексности методов психологического воздействия.

Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к работе с ребенком.

2. Основные типы нарушенного психического развития

В биологической и медицинской литературе широко применяются такие понятия, как **онтогенез** и **дизонтогенез**. В общебиологическом плане **онтогенез** рассматривается как индивидуальное развитие растительного и животного организма от момента зарождения до конца жизни. Различают *пренатальный* (до рождения) и *постнатальный* (после рождения) онтогенез.

Как отмечает В.В. Ковалев (1985), важнейшей составной частью постнатального онтогенеза является *психический онтогенез*, т.е. психическое развитие индивида. Наиболее интенсивный психический онтогенез приходится на детский и подростковый возраст, когда формируются отдельные психические функции и личность в целом.

Большие возможности для анализа возрастных закономерностей патогенеза и клиники психических заболеваний у детей и подростков дает ***теория периодизации*** или этапности индивидуального развития. Исследования в области возрастной физиологии позволяют выделить четыре основные стадии индивидуального развития:

Первая стадия – *моторный* этап, охватывает первый год жизни ребенка, когда происходит созревание моторики, ее совершенствование и дифференциация;

Вторая стадия – *сенсомоторный*, длящийся от 1 года до 3-х лет и являющийся основой для развития первичных целенаправленных движений и активных форм общения;

Третья стадия – *аффективный*, длящийся от 3 до 12 лет (аффект – сильно, бурно протекающее эмоциональное переживание);

Четвертая стадия – *идеаторный*, предполагает развитие понятий, суждений и умозаключений.

Психическое развитие ребенка и подростка протекает неравномерно, резкие количественные и качественные изменения наблюдаются в переходные возрастные периоды, или периоды возрастных кризисов. В клинике эти периоды обозначаются в возрасте 2-4 года, 6-8 лет и пубертатном возрасте 12 – 18 лет. В эти кризисные периоды в связи с нарушением относительного физиологического и психологического равновесия особенно часто возникают и выявляются нарушения психического развития – **психический дизонтогенез.**

Термин «**дизонтогенез**» впервые был использован Швальбе в 1927 году для обозначения отклонений во внутриутробном развитии организма (Лебединский, 1985). В.В. Ковалев вводит понятие **«психический дизонтогенез»**, обозначая нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства и созревания структур и функций головного мозга. Психический дизонтогенез может быть обусловлен биологическими (генетическими, экзогенно-органическими и др.) патогенными факторами, неблагоприятными социально-психологическими средовыми воздействиями, а также разнообразными сочетаниями биологических и социальных факторов.

В работах психиатров выделяются два основных типа психического дизонтогенеза – **ретардация** и **асинхрония** (Ушаков, 1973; Ковалев, 1985). Под **ретардацией** авторы понимают запаздывание или приостановку психического развития. Различают *общую* (тотальную) и *частичную* (парциальную) психическую ретардацию. При *частичной* - наблюдается приостановка или запаздывание в развитии отдельных психических функций. Нейрофизиологической основой парциальной ретардации является нарушение темпов и сроков созревания отдельных функциональных систем.

Характерным признаком **асинхронии** является выраженное опережение в развитии одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпов и сроков созревания других функций и свойств. Это становится основой дисгармоничного развития психики в целом. Г.К. Ушаков (1973) к асинхронии относит также и ***акселерацию***, когда одна или несколько функциональных систем развиваются с выраженным опережением.

В исследованиях психологов и физиологов показано, что каждая функциональная система и даже отдельные её звенья имеют собственную программу развития. Но, несмотря на это мозг работает как единое целое. Интегративная деятельность мозга предполагает теснейшее взаимодействие различных его систем, их взаимообусловленность. «Наряду с гетерохронностью созревания отдельных функциональных систем необходима определенная синхронность в их взаимодействиях. В каждом возрастном периоде отдельные системы должны находиться в определенной степени зрелости, иначе не произойдет полного слияния систем в единый ансамбль».

Развитие нервной системы ребенка, как подчеркивает Л.О. Бадалян, сопровождается не только появлением новых форм реагирования, но и угасанием старых, первоначальных автоматизмов. Запаздывание в угасании старых форм реагирования в ряде случаев препятствует усложнению рефлекторной деятельности, формированию новых межанализаторных связей.

В отечественной и зарубежной психиатрии и патопсихологии выделены различные варианты дизонтогенеза. Традиционно выделяют **физический и психический дизонтогенез. Физический дизонтогенез** - нарушение физического развития ребенка, к которому относятся нарушения в системе анализаторов (слухового, зрительного, двигательного), различные соматические нарушения у ребенка. Однако любой физический недуг откладывает отпечаток на развитие психики ребенка.

Классификацией видов психического дизонтогенеза занимались многие отечественные и зарубежные психиатры. Американский психиатр Л. Каннер предложил два вида психического дизонтегенеза: **недоразвитие и искаженное развитие**. Из отечественных авторов классификация видов психического дизонтогенеза была предложена одним из выдающихся детских психиатров Г.Е. Сухаревой (1959), соратницей Л.С. Выготского. Она выделила три вида психического дизонтогенеза: **задержанное** (в основе лежит ретардация); **поврежденное** (в основе - регресс); **искаженное** (является следствием асинхронии).

В.В. Лебединский, на основе классификации Г.Е. Сухаревой, выделяет 6 видов психического дизонтогенеза:

Психическое недоразвитие, что наблюдается у детей с умственной отсталостью;

Задержанное психическое развитие, наблюдаемое у детей с задержкой психического развития различных форм;

Поврежденное развитие, обусловлено более поздним (после 2,5 – 3 лет) патологическим воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем уже сформирована; это развитие психики ребенка с органическим поражением центральной нервной системы; к нему относятся такие состояния как: минимальная мозговая дисфункция, нарушения межполушарного взаимодействия, локальные поражения головного мозга, эпилепсия, прогрессирующие органические поражения ЦНС.

Дефицитарное развитие, наблюдаемое у детей с недоразвитием анализаторных систем (слуховые, зрительные, двигательные);

Искаженное развитие, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций (РДА);

Дисгармоническое развитие, в основе которого лежит врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере (психопатии и невротическое развитие личности – невропатия, неврастения, невроз).

Следует отметить, что представленная классификация построена на основе качественного анализа нарушений психического развития ребенка, с выделением ведущих признаков нарушений в зависимости от времени возникновения дефекта, его тяжести и локализации. Это подчеркивает ее высокую психологическую направленность, что позволяет более дифференцированно подойти к психологическому анализу и психологической коррекции детей с проблемами в развитии. Однако данная классификация не лишена некоторых недостатков, на что обращает внимание и сам автор. Например, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Особенно наглядно это проявляется при детском церебральном параличе, где можно наблюдать как дефицитарное, так и задержанное развитие, а в отдельных случаях и общее психическое недоразвитие. Поэтому варианты психического дизонтогенеза необходимо рассматривать не как самостоятельное образование, а как синдромы аномального развития, с выделением ведущего синдрома.

Нарушения личностного развития (проблемы с поведением, общением) и нарушения психического развития (расстройства со стороны интеллекта, памяти, внимания и т.д.) находятся в сложной и неоднозначной взаимосвязи.

Часть личностных проблем возникает как реакция на первичное повреждение мозга, наличие органической патологии в тех или иных его отделах. В некоторых случаях не удается обнаружить каких-либо существенных отклонений в функции ЦНС, однако у ребенка личностные расстройства достигают такого уровня, что нуждаются в лечении и наблюдении психиатра.

1. В отечественной и зарубежной психологии существует ряд концепций, каждая из которых объясняет нарушения личностного развития как результат весьма разнообразных причин: генетических, физиологических (осложнение процесса рождения), социальных (усвоение неадекватных форм родительского поведения) и т.д.

Первичный и вторичный дефект. Рассматривая проблему нарушения психического развития в русле концепции Л.С. Выготского, следует различать две группы дефектов.

К первичным дефектам относятся частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, явления ретардации*, регресса* и акселерации*), нарушения межфункциональных связей.

Первичный дефект является следствием таких нарушений, как недоразвитие или повреждение мозга. Возможно и их сочетание — при повреждении подкорковых образований возникает недоразвитие со стороны коры. Выявление первичного дефекта и работы по его возможному уменьшению относятся к задачам невропатолога, психиатра, патопсихолога. Проявляется первичный дефект в виде нарушений слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности, мозговых дисфункций и т.д.

Вторичный дефект возникает в ходе развития ребенка с нарушениями психофизического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а напротив, детерминирует отклонения в личностном развитии.

Механизмы возникновения вторичных дефектов различны:

1.) Вторичному недоразвитию подвергаются функции, непосредственно связанные с поврежденной. Например, по этому типу возникает нарушение формирования речи у глухих, конструктивного праксиса при детском церебральном параличе.

2.) Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые во время повреждения находились в сенситивном периоде развития. В результате этого разные вредности могут приводить к сходным результатам. Так, например, в дошкольном возрасте в сенситивном периоде развития находится произвольная моторика. Поэтому различные вредности (перенесенный менингит, травма черепа и т.д.) могут привести к явлениям задержки в формировании этой функции, что проявляется как двигательная расторможенность.

3.) Важнейшим фактором возникновения вторичного недоразвития является социальная депривация. Дефект, препятствующий нормальному общению ребенка со сверстниками и взрослыми, тормозит усвоение им знаний и навыков.

Направление вторичного недоразвития чаще отмечается от элементарных функций к более сложным. Так, недоразвитие функций восприятия и памяти при некоторых органических поражениях головного мозга приводит к задержке в развитии интеллекта. Но возможно и противоположное направление формирования вторичного дефекта. Так, например, при олигофрении недоразвитие мышления способствует и вторичному недоразвитию потенциально более сохранного праксиса.

Особое место в группе вторичных дефектов занимают *личностные реакции на первичный дефект.* Возможны несколько типов личностного реагирования.

Игнорирование — часто встречается при олигофрении, связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности.

Вытеснение — относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.

Компенсация — такой тип реагирования, при котором происходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных.

Гиперкомпенсация — усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам.

Астенический тип реагирования приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.

Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений связана с особенностями детского возраста Пропущенные сенситивные периоды в обучении и воспитании приводят к усугублению явлений недоразвития в подростковом возрасте.

Если у ребенка отмечается невозможность усвоения обычной программы при обучении в младших классах, весьма мала вероятность самостоятельной компенсации этого состояния в дальнейшем. Трудности в обучении детерминируют не только педагогическую запущенность, но и стойкое отрицательное отношение к школе, приводят к отклонениям в поведении.

В подростковом возрасте часто уже не сам первичный дефект, а явления вторичного недоразвития и личностные реакции на это состояние приводят к выраженным нарушениям социальной адаптации.

Не надо забывать, что первичным дефектом, рождающим такой набор последствий, может быть не только олигофрения или тяжелое органическое повреждение, но и такие относительно «незначительные» особенности, как заикание, энурез, тики и т. п. Поэтому основной проблемой сегодня является обнаружение детей с различного рода нарушениями, своевременное направление их к специалистам, а также психолого-педагогическая коррекция вторичных нарушений.

Нарушения психического развития имеют **частный и общий характер.**

Частные нарушения (связаны с недостаточностью процессов восприятия, праксиса, речи и т.д.) — это, прежде всего нарушения в деятельности анализаторов: зрения, слуха,

проприоцептивной чувствительности. Если нарушение локализуется на периферии (ребенок является слабовидящим, слабослышащим, страдает параличом и т. д.), то это расстройство замечается относительно рано, и ребенок своевременно попадает под наблюдение специалиста (окулиста, невропатолога и др.). Психологу и педагогу чаще приходится сталкиваться с дефектом анализаторов, имеющимся на уровне коры головного мозга. Так, специфические поражения в области затылочных отделов коры могут привести к недостаточности зрительного опознания букв. Это нарушение выявляется только в процессе обучения ребенка чтению и письму и приводит к невозможности освоения данных навыков по общепринятой системе обучения.

Локальные поражения коры головного мозга приводят к нарушениям функций отдельных психических процессов. Подробные исследования локализации проводились в работах А.Р. Лурии. Причиной локального поражения головного мозга выступают травмы черепа (в процессе родов и в ходе дальнейшего развития ребенка), опухоли, дистрофические изменения мозгового субстрата, интоксикации и т. д.

В связи с этим, при обнаружении локального поражения, желательно уточнить время его возникновения и обязательно проконсультироваться у врача-специалиста (невропатолога либо психиатра).

При локальных поражениях можно встретиться с такими наиболее типичными нарушениями.

1. *Поражение лево-височных отделов коры головного мозга* ведет к нарушению смысловой стороны речи: фонематического анализа и синтеза; нарушениям чтения и письма в связи с этими расстройствами. При раннем (в течение первых лет жизни) поражении этих отделов у ребенка отмечается недоразвитие речи различного уровня. При более поздних поражениях нарушается уже сформированная речь.

2. Поражение право-височных отделов коры головного мозга вызывает нарушения интонационной структуры речи, недостаточность в восприятии ритма, тональности, эмоциональной окраски.

3. *Поражение затылочных отделов* приводит к недостаточности зрительного восприятия. При нормальной остроте зрения у ребенка нарушается процесс анализа и синтеза зрительных образов, особенно если эта деятельность не может быть подкреплена движением (ощупыванием предмета, обведением контура).

4. *Поражение передне-теменных отделов* приводит к нарушениям произвольных движений ребенка, замедлению формирования двигательных стереотипов и навыков.

Общие нарушения функций головного мозга связаны с деятельностью регуляторных систем. Поражения мозга на подкорковом уровне приводят к снижению уровня бодрствования, постоянному либо фазовому снижению работоспособности, могут вызывать нарушения простых влечений (усиление либо ослабление полового, пищевого рефлексов). На этом же (подкорковом) уровне поражений встречаются нарушения элементарных эмоций — беспричинные вспышки ярости, чувства общей тоски, тревоги и т. д.

При поражениях головного мозга на уровне коры происходит специфическое нарушение интеллектуальной деятельности: недостаточность функций целеполагания, программирования и контроля.

Поражение любых отделов головного мозга приводит к нарушению произвольности целенаправленной деятельности (в особенности интеллектуальной). Ребенок испытывает трудности с планированием выполнения ряда заданий, отмечается неустойчивость произвольного внимания, теряется функция контроля и критического отношения к результатам деятельности.

Общие и частные нарушения обнаруживают определенную иерархию. Недостаточность со стороны регуляторных систем влияет в той или иной мере на все стороны психического развития и в зависимости от тяжести поражения снижает способность ребенка к выполнению целенаправленной интеллектуальной деятельности.

Нарушения частных функций являются *более парциальными*, при благоприятных условиях могут компенсироваться деятельностью других сохраненных анализаторов и регуляторной системы. Так, при недостаточности фонематического анализа и синтеза многие дети обучаются письму и чтению за счет синтетического зрительного и моторного запоминания правильного написания слов.

Помимо нарушений функций головного мозга (в результате поражений коры, подкорки и т. д.) у ребенка может отмечаться неравномерность развития различных функций и систем. Так, ребенок уже к концу первого года жизни достаточно адекватно воспринимает окружающий мир, его анализаторные системы развиваются с некоторым опережением. Наряду с этим, однако, регуляторные системы созревают значительно позже и продолжают свое формирование в младшем школьном возрасте. Успешное, своевременное созревание корковых анализаторов способствует развитию лобных регуляторных систем. В то же время слабость подкорковых, активирующих структур может в значительной мере затормозить либо исказить развитие частных функций.

Следующий параметр нарушений психического развития связан со временем поражения. Поскольку ребенок находится в процессе развития, то одинаковые повреждающие воздействия, но повлиявшие в разное время, оказывают различное влияние. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее будут проявления недоразвития психики. При более поздних поражениях характерны повреждения и распад ранее сформированных функций.

Каждая функция в ходе своего развития проходит сенситивный период с наибольшей интенсивностью развития, но в этот же период данная функция является наиболее уязвимой для вредных воздействий. Так, периодом формирования фразовой речи является возраст от 2 до 3 лет: проходит бурное накопление словарного запаса, усвоение основных лексико-грамматических конструкций. В это же время психические травмы, а иногда и соматические заболевания, перенесенные в этот период, могут привести к возникновению заикания.

В возрасте от 5 до 7 лет происходит формирование основных морально-этических чувств (см. работы П.М. Якобсона). Ребенок в этот период развивает навык произвольной регуляции эмоций, и повреждающие воздействия в этот период могут способствовать возникновению органической психопатии. Поэтому в этом же возрасте часто возникают и проявляются психопатические особенности характера: злобность, раздражительность, склонность к внезапным колебаниям настроения.

В младшем школьном возрасте происходит становление логического мышления, у ребенка формируются понятия о сохранении числа, массы, объема автоматизируются навыки чтения и письма (Л.С. Выготский, Ж. Пиаже, Л.А. Венгер и др.). Недоразвитие какой-либо частной функции, не позволяющее освоить данный объем информации, социальная и педагогическая запущенность и т. д. могут привести к недостаточности либо задержке в формировании логического мышления, функции прогноза.

В подростковом возрасте происходит сложная гормональная перестройка организма и развивается ряд весьма существенных функций. В сфере мышления — развитие логически-абстрактного мышления, способность к установлению отдаленных связей. В сфере эмоций — прохождение стадии платонической любви, расширение сферы чувств и эмоций. В сфере мотиваций — изменение ведущих мотивов деятельности, формирование самостоятельной самооценки, шкалы ценностей, решение проблем общения со сверстниками и установление взрослого стереотипа отношений с родителями.

В физиологическом плане подростковый возраст характеризуется большой интенсивностью влечений, сильным влиянием гормонального фона на деятельность головного мозга. Таким образом, за счет значительного разнообразия функций, бурно развивающихся в подростковом возрасте, неблагоприятные социальные и биологические воздействия в этот период приводят к разнообразным отклонениям. Это могут быть значительные изменения и искажения со стороны мышления, выступающие как начало

шизофренического процесса. Нарушения со стороны эмоций и влечений закладывают фундамент будущих сексуальных девиаций. Недостаточная помощь со стороны взрослых при формировании мировоззренческих установок может привести к тяжелым личностным кризисам, утраты смысла жизни, метафизической интоксикации (А.Е. Личко). Трудности общения со сверстниками либо избыточные реакции группирования также могут наложить свой отпечаток на последующую жизнь человека в обществе. Возможно появление характерных для подросткового возраста невротических реакций в виде нервной анорексии (утрата аппетита), дисморфомании (неадекватное восприятие своей внешности).

Полезным для нормального развития личности подростка является некоторый разрыв связей с родителями, пересмотр их ценностей, установление индивидуальных стереотипов отношений с окружающими. Задержки или нарушения этого этапа развития ребенка приводят к формированию инфантильной, недостаточно адаптированной личности.

Следует учитывать также, что, помимо сенситивных периодов для развития отдельных функций, существуют этапы, значимые для психического развития ребенка в целом. В эти моменты большинство психофизических систем находится в сенситивном состоянии, и общий баланс является неустойчивым.

К основным сенситивным периодам детства относятся, возрасты 0-3 года и 11-15 лет. В эти периоды особенно велика вероятность проявления психических нарушений. Необходимо учитывать и тот факт, что обнаружение психического нарушения в какой-либо возрастной период не всегда означает, что это расстройство возникло только что. Это может быть и реализацией генетических программ (при ряде генетически обусловленных психических аномалий), и проявлением (в условиях новой деятельности) нарушения какого-либо психического процесса, имевшегося еще с момента рождения. Классическим примером является дискалькулия (нарушение счета). Оно чаще всего связано с врожденным недоразвитием определенных участков коры головного мозга, но определяется только после безуспешных попыток обучить ребенка навыкам счета (т. е. к 8-9 годам).

Педагогу необходимо знать сенситивные периоды развития различных функций с целью их успешного развития в ходе учебных занятий, желательно также информировать родителей об особенностях возрастных кризисов и необходимости максимально щадящего и благоприятного отношения к ребенку в этот период.

Известно, что в детском возрасте психические функции еще не стабилизировались. Недостаточная устойчивость психических функций может обусловить явления (стойкого или временного) **регресса** — возврата функции на более ранний возрастной уровень. Различного рода события, вызывающие стресс и мобилизацию усилий организма на борьбу за выживание, приводят к явлениям временного регресса, т. е. временной утрате сформированных ранее навыков. Так, при тяжелых соматических заболеваниях дети первых лет жизни могут утрачивать навыки ходьбы, опрятности, перестают произносить слова. Аналогичное действие оказывает и психологический стресс, особенно разрыв с матерью (при помещении в ясли, больницу и т. п.),

У детей старшего возраста, школьников, явления временного регресса затрагивают, прежде всего, интеллектуальную и мотивационную сферу личности. Так, у детей, переживших шоковые психические травмы (после землетрясений, железнодорожных катастроф), отмечался возврат к более примитивным формам рисунка, утрата потребностей Я-интересов, свойственных возрасту, и появление эмоциональных форм реагирования и потребностей, характерных для более младшего возраста: страх темноты, одиночества, потребность в физическом контакте и т. д.

Подобные явления временного регресса возможны у детей, перенесших тяжелые соматические заболевания, особенно если лечение было связано с длительным пребыванием в условиях больницы и изоляцией от сверстников. В результате этого

возможна временная утрата интеллектуальных интересов, сформированных ранее навыков, возврат к более примитивным играм и формам проявления эмоций, В таком состоянии желательно постепенное, медленное увеличение интеллектуальной нагрузки, разъяснение педагогам и родителям состояния ребенка. Возможны также временные, функциональные снижения результативности со стороны отдельных психических процессов, прежде всего внимания и памяти.

Явления **регресса** следует отличать от **распада** психических функций — грубой их дезорганизации и выпадения. Распад психических функций часто приводит к неравномерной глубокой утрате ранее сформированных навыков. Встречается это состояние при органических поражениях головного мозга (опухолях, дистрофических процессах).

Нарушения межфункционального взаимодействия

Следующий параметр нарушенного развития связан с межфункциональными взаимодействиями. В норме встречается три типа межфункциональных отношений: явления временной независимости функций, ассоциативные и иерархические связи.

Явления временной независимости функций встречаются в раннем возрасте (до двух лет). Так, например, на раннем этапе становления речи наблюдается независимое развитие фонетической и смысловой функций, что имеет относительный характер и достаточно быстро прекращается.

В патологии временная независимость превращается в изоляцию. Изолированная функция лишается влияния со стороны других, стереотипизируется. Изоляции может подвергаться как нарушенная, так и сохранная функция. Так, например, при некоторых видах олигофрении возможна хорошо развитая механическая память, но использование этой функции недостаточно за счет недоразвития мышления. Встречаются также изолированные способности у детей с выраженными формами олигофрении — музыкальный слух, иногда способность к быстрому счету. При патопсихологическом обследовании необходимо комплексное исследование функций психических процессов, так как хорошее развитие механической памяти и подражательной речи может маскировать интеллектуальный дефект при кратковременном общении с ребенком.

Второй тип нормальных связей — **ассоциативный** (Н.А. Берштейн). В качестве ведущего он также встречается в первые годы жизни. При этом типе взаимодействия разрозненные чувственные впечатления объединяются на основе временно-пространственной близости. Эти ассоциативные комплексы могут быть различной степени сложности, но их всех отличает малая дифференцированность психических процессов.

Ассоциативные связи при органическом поражении нервной системы характеризуются повышенной инертностью. Возникают трудности перехода к другим типам связи, патологический механизм фиксации. В познавательной сфере это выступает как стереотипность мышления, трудности в формировании новых интеллектуальных навыков. Отмечается также фиксация в эмоциональной сфере: фиксация страхов, чувства гнева и т. д.

Третий тип связей — **иерархический,** он характерен для более старшего возраста и формируется в процессе предметной деятельности и общения. В ходе иерархизации выделяются ведущие (регуляторные) и фоновые уровни, с определенной автономностью выполняющие свою задачу. Это позволяет усложнять и усовершенствовать все уровни, успешно компенсировать нарушения, возникающие на одном из фоновых уровней.

Новые типы межфункциональных связей возникают в норме в определенной последовательности; в случае же нарушения психического развития возникает явление асинхронии развития (Э. Кечмер, Г. Штуте, Р. Заззо, В.В. Лебединский).

Явление асинхронии развития может проявляться:

1) в виде ретардации;

2) в виде патологической акселерации отдельных функций, например, раннее проявление сексуального влечения при преждевременном половом созревании органов;

3) при сочетании явлений ретардации и акселерации. Данное явление характерно для различных нарушений, но, прежде всего, встречается при раннем детском аутизме, дисгармоническом инфантилизме, психопатии.

Асинхрония развития порождает выраженную дисгармонию формирования психических процессов и личности, в связи с чем, прежде всего, страдают процессы контроля и саморегуляции.

В ходе психологического обследования желательно проводить дифференцированное исследование функций психических процессов. Патопсихолог должен стремиться не к усредненному взгляду на нарушения в виде какого-либо коэффициента (типа 10), а к обнаружению механизмов изоляции, патологической фиксации временных и стойких регрессий. Такой подход позволяет находить рациональные методы психологической коррекции, изменений социальной ситуации развития.

Развитие ребенка с органическим поражением ЦНС всегда отличается от развития его здоровых сверстников. Оно вызывает множество вопросов у педагогов и родителей, так как в некоторых случаях отдельные функции соответствуют возрасту или даже несколько опережают, а другие развиты значительно хуже нормы. Это создает своеобразную «мозаичную» картину развития и может производить впечатление непослушания или невоспитанности ребенка. Поэтому задачей психолога является выявление того, не стоит ли за фасадом «невнимательности», «упрямства», «баловства» симптоматика органических нарушений головного мозга, а значит, нуждается ли ребенок в педагогической и медикаментозной коррекции.

5. **Нарушения темпа психического развития:** задержка психического развития, недоразвитие психических процессов – олигофрения.

6. **Органические нарушения психики:** а) минимальная мозговая дисфункция; б) нарушения межполушарного взаимодействия; в) расстройства речи; г) эпилепсия и эписиндром; д) ранний детский аутизм.

7. **Дисгармоническое развитие личности**: психопатии, невропатии, неврастении, неврозы.

ТЕМА 3: СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

1. **Ранняя диагностика и ранняя педагогическая помощь**
2. **Дошкольное образование детей с ограниченными возможностями**
3. **Школьная система специального образования**
4. **Профессиональная ориентация, система профессионального образования, профессиональная адаптация лиц с ограниченной трудоспособностью**

1. Ранняя диагностика и ранняя педагогическая помощь

Ранняя диагностика и ранняя педагогическая помощь являются актуальными проблемами современной коррекционной педагогики, как в России, так и во всем мире. В настоящее время практически во всех странах мира имеются научно обоснованные и практически апробированные программы ранней диагностики и ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии.

Теоретическую базу для этих программ составляют основополагающие работы Л.С. Выготского о значимости практической деятельности для активации мыслительных процессов. Положения его теории о зонах ближайшего и актуального развития и о профилактике вторичных дефектов – «социального вывиха» – оказывают сегодня

значительное влияние на современные исследования в области специального образования детей с отклонениями в развитии и создание методического обеспечения для работы с ними.

Программы ранней помощи

Известные в мировой практике программы ранней помощи: Коннектикутский тест «Обследование развития новорожденных и детей до 3 лет», Каролинский учебный план для детей от рождения до 5 лет, Гавайский профиль раннего обучения, Мюнхенская функциональная диагностика, Программа ранней диагностики развития («Тандем» (Голландия), Программа ранней педагогической помощи детям отклонениями в развитии «Маккуэри» (Австралия) – характеризуют одно из успешно развивающихся направлений деятельности ученых и педагогов последней четверти прошлого столетия.

В России также имеется ряд методических разработок отечественных ученых (Е.М. Матюковой, Е.А. Стребелевой, К.Л. Печора, Г.В. Пантюхиной, Э.Л. Фрухт и др.), представляющих программы ранней диагностики и психолого-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии и являющихся основой для практического применения в психолого-медико-социальных центрах, психолого-медико- педагогических консультациях (ПМПК).

Но если в нашей стране система ранней диагностики и коррекции недостатков развития находится на этапе формирования, то за рубежом имеется достаточно богатый научно-практический опыт применения различных программ «раннего вмешательства», который позволяет сделать вывод об их высокой эффективности. Об этом свидетельствует прежде всего удивительный прогресс в изменении уровня независимой жизни людей с различными физическими и психическими ограничениями. Благодаря применению программ ранней помощи люди с интеллектуальными и физическими нарушениями живут теперь в западных странах несравненно полноценнее, чем 20-30 лет назад. Сравнительные исследования зарубежных ученых показали, что систематическая ранняя педагогическая помощь ребенку в условиях семьи с вовлечением родителей в процесс коррекционной и педагогической работы не только позволяет вывести на новый качественный уровень сам процесс развития ребенка, но и в значительной мере определяет прогресс интеграции в общество человека с особыми потребностями его как равноправного члена. Одним из следствий такого прогресса является то, что подавляющее большинство детей с инвалидностью в западных странах воспитываются в условиях семьи, а не в специальных учреждениях вне дома. Они могут так же, как их здоровые сверстники, учиться в школе, активно отдыхать и работать.

В основе работы действующих в современной России служб ранней помощи лежат мультидисциплинарный подход к организации практической деятельности и поэтапность формирования коррекционно-педагогической среды в условиях семьи.

Как отечественный, так и зарубежный опыт с убедительностью свидетельствуют о том, что оптимальной ситуацией для полноценного развития ребенка является его пребывание в семье при условии, что родители активно включаются в абилитационный процесс, организуемый специалистами службы ранней помощи. Ими ведутся не только стимуляция развития ребенка в ходе специальных занятий в условиях семьи и отслеживание динамики развития, но и целенаправленное обучение родителей способам специфического взаимодействия с ребенком в повседневной жизни семьи.

В процессе регулярных визитов в семью специалисты службы проводят специальные занятия с ребенком и обучают родителей, фиксируют различные параметры развития ребенка, помогают создать в условиях семьи специальную развивающую среду, а в случае необходимости связывают родителей с соответствующими медицинскими, образовательными учреждениями, а также корректируют систему семейных взаимоотношений. Подобный вид деятельности является инновационным для отечественной практики образования и предполагает иной тип организации

коррекционно-педагогического процесса, основанный на привлечении параспециалистов (помощников педагогов и психологов) в лице родителей.

Делом недалекого будущего представляется и разработка всей российской программы развития системы ранней диагностики и ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии в условиях семьи, а также проектирование и осуществление новых программ подготовки и переподготовки кадров, создание единой информационной системы обеспечения деятельности образовательных учреждений, социальных служб, педагогов и родителей, воспитывающих детей с ограниченным потенциалом развития.

2. Дошкольное образование детей с ограниченными возможностями

Процесс становления государственной системы специального образования в нашей стране начался в 20-30-х гг. К началу 70-х гг. была выстроена достаточно широкая, дифференцированная сеть дошкольных учреждений специального назначения:

ясли-сады; детские сады;

дошкольные детские дома;

дошкольные группы при яслях-садах, детских садах и детских домах общего назначения, а также при специальных школах и школах- интернатах.

В ходе становления и развития сети специальных дошкольных учреждений учеными и практиками были разработаны принципы, методы и приемы выявления, коррекции и профилактики отклонений в развитии детей, заложены многие традиции коррекционного обучения и воспитания дошкольников, на которых в целом строится система специального дошкольного образования и в настоящее время. Были заложены следующие организационные принцип построения специального дошкольного образования.

Комплектование учреждений по принципу ведущего отклонения в развитии. Таким образом, создавались дошкольные учреждения (группы) для детей:

с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих);

с нарушениями зрения (слепых, слабовидящих, для детей с косоглазием и амблиопией);

с нарушениями речи (для детей с заиканием, общим недоразвитие речи, фонетико-фонематическим недоразвитием);

с нарушениями интеллекта (умственно отсталых); с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Меньшая по сравнению с массовыми детскими садами наполняемость групп (до 15 воспитанников).

Введение в штат специальных дошкольных учреждений таких специалистов-дефекотологов, как олигофренопедагоги, сурдопедагоги, тифлопедагоги, логопеды, а также дополнительных медицинских работников.

Образовательный процесс в специализированных дошкольных учреждениях осуществляется в соответствии со специальными комплексным программами обучения и воспитания, разработанными для каждой категории детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии и утвержденными Министерством образования РФ.

Перераспределение видов занятий между воспитателями и дефектологами. Так, занятия по развитию речи, формированию элементарны математических представлений, конструированию, по развитию игровой деятельности в части специальных дошкольных учреждений проводятся не воспитателями, а учителями-дефектологами.

Организации специальных видов занятий, таких, как развитие слухового восприятия и коррекция звукопроизношения, развитие зрительного восприятия, лечебная физкультура и др. Подобные направления работы имеются и в обычных детских садах, где они включаются в содержание общеразвивающих занятий и, как правило не выделяются структурно в сетке занятий.

Бесплатность. Известно, что родители вносят некоторую плату за пребывание детей в обычном детском саду. Для детей с отклонениями в развитии сделано исключение – с их

родителей не взимается никакой платы. Вся работа в специальных дошкольных учреждениях была подчинена единой цели – помочь семьям в воспитании «проблемных» детей, максимально реализован их потенциальные возможности.

Характерным признаком советской системы образования были довольно строгие правила приема детей с отклонениями в развитии в дошкольные учреждения. *Во-первых*, такие дети не принимались в массовые детские сады. Если же у воспитанника массового дошкольного учреждения отклонения в развитии выявлялись позже, в ходе обучения, то вопрос о его выводе из состава этого учреждения и переводе в специализированное учреждение или группу решался достаточно жестко. В результате специалисты, в том числе и зарубежные наблюдатели, оценивающие советское образование, отмечали чрезвычайную закрытость, изолированность учреждений для детей с отклонениями в развитии, искусственную отчужденность воспитанников от нормально развивающихся сверстников и от общества в целом.

Во-вторых, был установлен достаточно обширный перечень диагнозов, которые исключали возможность получения общественного дошкольного образования. Так, в специальные дошкольные учреждения не принимали детей с комбинированными, комплексными отклонениями в развитии. Например, в дошкольные учреждения для детей с нарушениями слуха не подлежали приему слепоглухие, умственно отсталые дети. В то же время в учреждения для детей с нарушениями зрения и с нарушениями интеллекта не принимали глухих и слабослышащих. Помощь таким детям осуществлялась в единичных учреждениях образования и далеко не в каждом регионе России. Кроме того, не подлежали приему дети, страдающие эпилепсией, шизофренией, психопатоподобным поведением, дети с умственной отсталостью в степени имбецильности и идиотии, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, требующие индивидуального ухода. Семьи, воспитывающие таких детей, вынуждены были обходиться в отношении их образования своими силами и зачастую ограничивались медицинскими мероприятиями.

Отметим также, что определить ребенка в ясли-сад можно было только с 2-летнего возраста, а в детский сад – с 3 лет. Дети раннего возраста являлись объектом внимания здравоохранения и практически не имели психолого-педагогического сопровождения.

Таким образом, созданная сеть специализированных дошкольных учреждений внесла огромный положительный вклад в организацию системы всеобщего дошкольного образования, однако оказалась недостаточно гибкой в отношении большой группы детей со специальными потребностями, не подпадающими под нормы отбора и комплектования этих учреждений.

Для родителей нормально развивающегося ребенка детский сад – это место, где он может пообщаться, поиграть с другими детьми, интересно провести время, пока родители находятся на работе, узнать что-то новое. Для семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, детский сад может оказаться практически единственным местом, где созданы условия, необходимые для полноценного развития таких детей.

Большинство детей с отклонениями в развитии воспитываются в детских садах *компенсирующего вида и в компенсирующих группах детских садов комбинированного вида.* Обучение и воспитание в этих дошкольных учреждениях осуществляются в соответствии со специальными коррекционно-развивающими программами, разработанными для каждой категории детей с отклонениями в развитии. Наполняемость групп устанавливается в зависимости от вида нарушений и возраста (две возрастные группы: до 3 лет и старше 3 лет).

Для детей с отклонениями в развитии, которые по разным причинам не могут посещать дошкольные учреждения в обычном режиме, в ДОУ организуются *группы кратковременного пребывания.* Задачами этих групп являются оказание своевременной психолого-педагогической помощи таким детям, консультативно-методическая поддержка их родителей (законных представителей) в организации воспитания и обучения ребенка, социальная адаптация детей и формирование предпосылок учебной

деятельности. В таких группах занятия проводятся преимущественно индивидуально или небольшими подгруппами (по 2-3 ребенка) в присутствии родителей в удобное для них время. Эта новая организационная форма предполагает занятия с разными специалистами ДОУ, общая продолжительность которых ограничена пятью часами в неделю. (Основание: инструктивное письмо Минобразования России от 29.06.99 № 129/23-16 «Об организации в дошкольных образовательных учреждениях групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии».)

Указанные детские сады и группы подпадают под современное определение, использующееся в нормативных документах – «Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников, с отклонениями в развитии».

Дошкольники с отклонениями в развитии могут посещать образовательные учреждения для детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Образовательные учреждения общего типа создаются для детей с 3 до 10 лет. Основная цель учреждения – осуществление образовательного процесса путем обеспечения преемственности между дошкольным и начальным общим образованием, оптимальных условий для охраны и укрепления здоровья, физического и психического развития детей.

Известно, что для каждого ребенка период перехода к школьному обучению является кризисным. Ребенок сталкивается не только с новым видом деятельности – с учебной деятельностью, но и должен привыкнуть и к новому коллективу детей и взрослых, и к новому режиму, и к новой обстановке. Для детей со специальными потребностями, испытывающими трудности в обучении, общении, социальной адаптации переживание такого кризиса особо тяжело. Эти дети особо нуждаются в щадящем подходе при переходе из детского сада в школу. Поэтому образовательное учреждение «начальная школа – детский сад» может рассматриваться как наиболее комфортная организационная форма для обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. Ребенок имеет возможность начинать школьную жизнь в знакомой, привычной обстановке, вместе с большинством тех детей, которые посещали одну дошкольную группу.

Кроме того, учителя начальных классов, как правило, хорошо знакомы с воспитанниками подготовительных к школе групп и имеют возможность осуществлять индивидуально-дифференцированный подход к каждому «проблемному» первокласснику практически с первых дней школьного обучения.

Еще один тип образовательных учреждений, где организуется воспитание и обучение детей со специальными потребностями, – *образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи*. Здесь речь идет о различных центрах: диагностики и консультирования; психолого-медико-социального сопровождения; психолого-педагогической реабилитации и коррекции; лечебной педагогики и дифференцированного обучения и др. Эти учреждения рассчитаны на детей с 3 до 18 лет. Контингент этих учреждений специфичен – это дети:

с высокой степенью педагогической запущенности, отказывающиеся посещать общеобразовательные учреждения;

с нарушениями эмоционально-волевой сферы;

подвергшиеся различным формам психического и физического насилия;

вынужденные покинуть семью, в том числе по причине несовершеннолетия матери;

из семей беженцев, вынужденных переселенцев, а также пострадавшие от стихийных бедствий и техногенных катастроф и др.

Очевидно, что среди перечисленных групп детей встречается немало детей с отклонениями в психическом или физическом развитии. С ними работают педагоги-психологи, социальные педагоги, учителя-дефектологи, учителя-логопеды, медицинский персонал.

Основные направления деятельности таких учреждений по отношению к детям дошкольного возраста:

диагностика уровня психофизического развития и отклонений в поведении детей;

образование детей в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и психического здоровья;

организация коррекционно-развивающего и компенсирующего обучения;

психокоррекционная и психопрофилактическая работа с детьми; проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

В нашей стране существуют также различные оздоровительные образовательные учреждения санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении (санаторные школы-интернаты, санаторно-лесные школы, санаторные детские дома для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей). Эти учреждения создаются в целях оказания помощи семье в воспитании и получении образования, проведении реабилитационных и лечебно-оздоровительных мероприятий, адаптации к жизни в обществе, социальной защите и разностороннем развитии детей, нуждающихся в длительном лечении.

Нередки случаи, когда дети с отклонениями в развитии до 5-6-летнего возраста не воспитывались в дошкольном учреждении. Для подготовки таких детей к обучению в школе предусматривается ряд организационных форм. Для детей с выраженными отклонениями в развитии создаются дошкольные отделения (группы) при специальных (коррекционных) школах и школах-интернатах. Образовательные программы в них рассчитаны на 1-2 года, в течение которых у ребенка формируют предпосылки учебной деятельности в необходимой коррекционно- развивающей среде. Контингент таких отделений (групп) составляют преимущественно дети, у которых поздно выявлено отклонение в развитии, или дети, не имевшие ранее возможности посещать специализированное образовательное учреждение (например, при отсутствии детского сада компенсирующего вида в месте проживания семьи).

Отбор детей с отклонениями в развитии во все типы и виды образовательных учреждений осуществляет психолого-медико-педагогическая комиссия. Родители могут самостоятельно обратиться на прием в ПМПК. Но обычно они приходят сюда уже с направлением из лечебно-профилактического учреждения (поликлиники, детской больницы, сурдологичского центра и пр.). Комиссия дает заключение о состоянии психофизического развития ребенка и рекомендации о дальнейших формах обучения.

3. Школьная система специального образования

Дети школьного возраста, имеющие особые образовательные потребности, получают образование в соответствии со специальными образовательными стандартами в различных образовательных учреждениях или на дому.

В течение XX в. складывалась система специальных (коррекционных) образовательных учреждений, которые являются преимущественно школами-интернатами и в которых в СССР и в России обучалось и обучается подавляющее большинство детей школьного возраста с особыми образовательными потребностями.

В настоящее время существует восемь основных видов специальных школ для детей с различными нарушениями развития. Чтобы исключить вынесение диагнозных характеристик в реквизит этих школ (как это было раньше: школа для умственно отсталых, школа для глухих и т. п.), в нормативно-правовых и официальны документах эти школы называются по их видовому порядковом номеру:

специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида (школа-интернат для глухих детей);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида (школа-интернат для слабослышащих и позднооглохших детей);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение III вида (школа-интернат для незрячих детей);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение IV вида (школа-интернат для слабовидящих детей);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида (школа-интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида (школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида (школа или школа-интернат для детей с трудностями в обучении – задержкой психического развития);

специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида (школа или школа-интернат для детей с умственной отсталостью).

Деятельность таких учреждений регламентируется постановление Правительства Российской Федерации от 12 марта 1997 г. В соответствии с этим документом во всех специальных (коррекционных) Образовательных учреждениях реализуются специальные образовательные стандарты.

Образовательное учреждение самостоятельно, на основе специального образовательного стандарта, разрабатывает и реализует учебный план и образовательные программы, исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение может быть учреждено федеральными органами исполнительной власти (Министерством образования РФ), органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (управлением, комитетом, Министерством) образования области, края, республики и органами местного (Муниципального) самоуправления, специальное (коррекционное) образовательное учреждение может быть негосударственным.

В последние годы создаются специальные образовательные учреждения и для других категорий детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности: с аутистическими чертами личности, с синдромом Дауна. Имеются также санаторные (лесные) школы для хронических болеющих и ослабленных детей.

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения финансируются соответствующим учредителем.

Каждое такое образовательное учреждение несет ответственность за жизнь воспитанника и обеспечение его конституционного права на получение бесплатного образования в пределах специального образовательного стандарта. Всем детям обеспечиваются условия для обучения, воспитания, лечения, социальной адаптации и интеграции в общество.

Выпускники специальных (коррекционных) образовательных учреждений (за исключением школы VIII вида) получают цензовое образование (т.е. соответствующее уровням образования массовой общеобразовательной школы: например, основное общее образование, общее среднее образование). Им выдается документ государственного образца, подтверждающий полученный уровень образования или свидетельство об окончании специального (коррекционного) образовательного учреждения.

В специальную школу ребенка направляют органы управления образованием только с согласия родителей и по заключению (рекомендации) психолого-медико-педагогической комиссии. Также с согласия родителей и на основании заключения ПМПК ребенок может быть переведен внутри специальной школы в класс для детей с умственной отсталостью только после первого года обучения в ней. В специальной школе может быть создан класс (или группа) для детей со сложной структурой дефекта по мере выявления таких детей в ходе психолого-медико-педагогического наблюдения в условиях образовательного процесса.

Помимо этого, в специальной школе любого вида могут быть открыты классы для детей с выраженными нарушениями в умственном развитии и сопутствующими им

другими нарушениями. Решение об открытии такого класса принимает педагогический совет специальной школы при наличии необходимых условий, специально подготовленных кадров. Главные задачи таких классов – обеспечение элементарного начального образования, создание максимально благоприятных условий для развития личности ребенка, получения им допрофессиональной или элементарной трудовой и социально-бытовой подготовки с учетом его индивидуальных возможностей.

Ученик специальной школы может быть переведен для обучения в обычную общеобразовательную школу органами управления образованием с согласия родителей (или лиц, их заменяющих) и на основании заключения ПМПК, а также в случае, если в общеобразовательной школе имеются необходимые условия для интегрированного обучения.

Помимо образования специальная школа обеспечивает детям с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности медицинское и психологическое сопровождение, для чего в штате специальной школы имеются соответствующие специалисты. Они работают в тесном взаимодействии с педагогическим персоналом, осуществляя диагностическую деятельность, психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия, поддерживая в специальной школе охранительный режим, участвуя в профконсультировании. При необходимости дети получают медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, массаж, закаливающие процедуры, посещают занятия лечебной физкультурой.

Процесс социального адаптирования, социальной интеграции помогает осуществлять социальный педагог. Его роль особенно возрастает на этапе выбора профессии, окончания выпускниками школы и перехода в после школьный период.

Каждая специальная школа уделяет значительное внимание трудовой, предпрофессиональной подготовке своих воспитанников. Содержание и формы подготовки зависят от местных особенностей: территориальных, этнонациональных и культурных, от потребностей местного рынка труда, возможностей воспитанников, их интересов. Сугубо индивидуально выбирается профиль труда, включающий в себя подготовку к индивидуальной трудовой деятельности.

4. Профессиональная ориентация, система профессионального образования, профессиональная адаптация лиц с ограниченной трудоспособностью

Жизненное самоопределение человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности и с ограниченными возможностями в выборе профессии, видов и форм труда.

Право на профессиональную реабилитацию лиц с ограниченной трудоспособностью закреплено в Конституции Российской Федерации, а также в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», принятом 24 ноября 1995 г.

Этим законом определена деятельность Государственной службы медико-социальной экспертизы и Государственной службы реабилитации инвалидов.

В соответствии со статьями 10 и 11 закона предусмотрены федеральная базовая программа реабилитации и индивидуальная программа реабилитации лиц с ограниченной трудоспособностью (инвалидов).

Содержание федеральной базовой программы реабилитации и порядок ее выполнения определяются Правительством Российской Федерации.

Индивидуальная программа реабилитации – это комплекс мер (медицинских, психологических, педагогических, социальных), направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма и восстановление (или формирование) способности к выполнению определенных видов деятельности, в том числе профессионально-трудовой. В рамках индивидуальной программы реабилитации проводится профессиональная ориентация человека с учетом его иных, особых возможностей трудоспособности.

Индивидуальная программа реабилитации для каждого человек с ограниченной трудоспособностью имеет рекомендательный характер, не являясь обязательной. Другими словами, человек может отказаться как от всей программы, так и от отдельных составных ее частей.

Одна часть индивидуальной реабилитационной программы является бесплатной, другая часть может быть оплачена самим человеком, учреждением или организацией, где он работает, или благотворителем.

Индивидуальная программа реабилитации составляется специалистам Государственной службы медико-социальной экспертиз после всестороннего обследования человека с ограниченной трудоспособностью. В составлении программы принимают участи медики, психологи, педагоги, социальные работники, представители службы занятости.

Предварительно учреждение медико-социальной экспертизы, проведя обследование, определяет группу инвалидности, в соответствии с которой строится индивидуальная реабилитационная программа.

Первая группа инвалидности присваивается лицам, имеющим стойкое и значительно выраженное расстройство функций организма, которое может быть вызвано заболеванием, последствиями травм или дефектов развития. Вследствие этого могут быть в значительной степени нарушены: способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации в окружающем пространстве, способность к общению и контроль за своими действиями.

Ко второй группе инвалидности могут быть отнесены те лица, у которых имеется стойкое, выраженное расстройство функций организма вследствие болезни, травм, дефектов развития. Нарушение здоровья ведет к ограничению возможностей обучения и трудовой деятельности, самообслуживания, передвижения, ориентации, общения, контроля за своими действиями. Для взрослых установление второй группы инвалидности в связи с затруднениями в обучении предполагается в тех случаях, когда эти затруднения связаны с некоторыми другими ограничениями жизнедеятельности (например, передвижения). Для детей такое сочетание не требуется.

Третья группа инвалидности присваивается в том случае, если в результате заболеваний, травм или дефектов развития имеет место стойкое, но незначительно или умеренно выраженное расстройство функций организма, ведущее к некоторому ограничению способности к обучению, трудовой деятельности, самообслуживанию, передвижению, ориентации в окружающем пространстве и общению.

Таким образом, инвалиды второй и третьей группы могут обучаться и трудиться.

Для детей и подростков с отклонениями в развитии, имеющих в перспективе ограничение трудоспособности, профориентационная и профконсультационная работа начинается еще в период обучения в школе.

В зависимости от характера и степени тяжести нарушения содержание и методы профориентационной работы различны для разных категорий молодежи с ограниченными возможностями. В то же время есть общие закономерности в организации и проведении такой работы.

Способность человека с ограниченной трудоспособностью к той или иной деятельности зависит от внутренних и внешних факторов, выявить и изучить которые должны специалисты.

Подростку или взрослому с ограниченными возможностями нередко трудно выбрать самостоятельно интересующую его сферу деятельности, поэтому на помощь приходят педагоги и психологи. Прежде всего важным является установление характера и степени выраженности нарушений различных систем организма, интеллектуальных и психофизиологических особенностей и возможностей того или иного взрослого или подростка для того, чтобы определить доступные для него виды труда, выявить его личные интересы и склонности в выборе той или иной деятельности, профессии.

Важно получить сведения о состоянии умственной и физической трудоспособности в связи с возможностью заниматься тем или иным видом труда; о состоянии эмоционально-волевой, сенсомоторной, интеллектуальной сферы; о развитии речи и коммуникативных навыков, значимых для профессиональной деятельности; о характере изменений психологического и социально-психологического статуса человека, связанных с заболеванием, травмой или нарушением развития.

Психологи установили, что люди, имеющие врожденное или рано приобретенное нарушение развития (инвалиды детства), нередко травмированы и психологически. Осознание наличия дефекта развития и связанных с ним ограничений ведет к неадекватной самооценке, ранимости психики, маргинализации, ограничению общения с окружающими. Большую роль в усилении и закреплении негативных стереотипов социального взаимодействия и общения играет отрицательный опыт общения ребенка, подростка со сверстниками или взрослыми, демонстрирующими превосходство здоровых людей, подчеркивающих неполноценность человека (неприятие или жалость), исключающих его из жизни общества. Возникает эффект социальной изоляции человека с ограниченными возможностями.

Инвалидность в зрелом возрасте также наносит значительную психологическую травму, так как человек нередко вынужден менять среду и образ жизни, круг общения. Усиливается его зависимость от окружающих, нередко необходима смена трудовой деятельности, связанная с материальным и моральным ущербом.

В зависимости от характера и степени тяжести нарушения человек с ограниченной трудоспособностью может получать разные виды профессионального образования – от начального до высшего профессионального.

При наличии интеллектуальной нормы возможно говорить о равных возможностях обучения для лиц с ограниченной трудоспособностью в высших и средних профессиональных образовательных учреждениях. Современная зарубежная практика показывает, что для лиц с ограниченными возможностями, не имеющих нарушений интеллекта, можно создавать специальные образовательные условия и специальную среду жизнедеятельности, которые снимают барьеры и ограничения для этих людей в получении высшего и среднего специального образования (специальное переоборудование городской среды — транспорт, архитектура, обеспечение жизнедеятельности и передвижения в городских условиях, технические и иные средства поддержки и сопровождения в процессе образования, специальные коррекционные и реабилитационные программы, наличие ассистентов, переводчиков и др.). Лица с ограниченной трудоспособностью имеют в этом случае действительно равные с остальными возможности образования и последующей трудовой деятельности. Отсутствует отношение к человеку с ограниченной трудоспособностью как к неполноценному и немощному существу. Человек с ограниченной трудоспособностью получает равные права и имеет равные обязанности и как студент, и впоследствии как сотрудник учреждения, предприятия.

В нашей стране люди с ограниченной трудоспособностью не всегда имеют равные с остальными возможности для получения профессионального образования. Так, среди сотен тысяч студентов обучающихся сегодня в вузах России, студенты-инвалиды составляют всего около тысячи человек. Многие из них не имеют возможности поступать в вузы вследствие некачественного школьного образования или отсутствия в вузах необходимой для них среды жизнедеятельности и условий образования.

Одновременно формируется традиция специального вузовского образования для студентов с ограниченными возможностями жизнедеятельности в виде специализированных высших учебных заведений. Это Московский институт-интернат для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата и Институт социальной реабилитации Новосибирского государственного технического университета Минобразования России, Государственный специализированный институт искусств

Минкультуры России, Заочный институт реабилитации и профессиональной подготовки незрячих Всероссийского общества инвалидов (г. Волоколамск Московской области). Эти вузы не только решают задачи профессионального образования, но и обеспечивают социально-экономическую и медико-психологическую защиту студентов с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

Более доступна для лиц с ограниченными возможностями трудоспособности система среднего профессионального образования. Здесь существует небольшой выбор профессий для лиц с нарушениями слуха, опорно-двигательного аппарата, зрения. Это технические специальности, специальности культуры и образования.

В процессе получения профессионального образования молодежь с особыми образовательными потребностями нуждается в специальном психолого-педагогическом сопровождении. Возникает потребность в проведении коррекционной работы, оказании специализированной помощи в освоении тех предметов, которые трудны в связи со спецификой ограничения возможностей той или иной группы студентов. Так, неслышащие студенты испытывают затруднения в понимании профессионального словаря, в освоении словесных моделей преподавания учебного материала. Для оказания специальной помощи создаются вспомогательные системы поддержки, в том числе основанные на использовании современных компьютерных технологий.

По сравнению с европейскими странами в России резко сужен перечень профессий, которые реально могут осваивать лица с ограниченной трудоспособностью, а те, которые традиционно предлагаются во многих специальных школах, не только не являются привлекательными для учащихся, но и не имеют спроса на современном рынке труда.

Поэтому школьная система профессиональной ориентации, начальной профессиональной подготовки перестраивается, находя новые модели организации профориентации и профессиональной подготовки, для обеспечения выпускников работой в современных рыночных условиях осваивает обучение по востребованным на рынке труда специальностям: парикмахер, массажист, рабочий типографии, зубной техник, программист, рабочий подворья, флорист, сантехник, обувщик и др. Этому способствуют новые модели специальных школ, сочетающие в себе не только образовательные, но и профориентационные структуры, имеющие подразделения для получения учащимися начального профессионального образования, а иногда и их трудоустройства.

ТЕМА 4: СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

1. **Предмет и задачи сурдопедагогики.**
2. **Причины нарушений слуха, их диагностика.**
3. **Педагогическая классификация лиц с недостатками слуха.**
4. **Педагогические системы специального образования лиц с нарушениями слуха.**

1. Предмет и задачи сурдопедагогики.

Сурдопедагогика – составная часть специальной педагогики, представляющая собой систему научных знаний об образовании лиц с нарушением слуха.

Нормальная функция слухового анализатора имеет огромную значимость для общего развития ребёнка. Состояние слуха оказывает решающее влияние на его речевое и психологическое становление. При нарушениях слухового анализатора в первую очередь и в наибольшей степени страдает речь, происходит общее недоразвитие познавательной деятельности.

В системе образования увеличивается число детей, имеющих наряду с нарушением слуха и другие отклонения в развитии.

Задачами сурдопедагогики являются:

1) педагогическое изучение лиц с нарушениями слуха и закономерностей овладения ими образованием в зависимости от индивидуальных особенностей и особенностей нарушения слуха и речи;

2) разработка, научное обоснование и практическая реализация специального образования для разных категорий лиц с нарушенным слухом;

3) разработка научных основ содержания образования, дидактики и специальных методик обучения лиц с нарушенным слухом;

4) развитие различных подсистем специального образования лиц с нарушенным слухом, специальных образовательных технологий развития остаточного слуха, обучение жестовому, русскому (родному) языку, устной речи, педагогической реабилитации в послеоперационный период (при кохлеарной имплантации) и пр.;

5) совершенствование технических средств коррекции и компенсаций нарушений слухового анализатора;

6) совершенствование системы педагогической работы, направленной на социальное адаптирование и социально-профессиональную реабилитацию лиц с нарушенным слухом;

7) взаимодействие и кооперация с общей педагогикой для распространения специальных педагогических знаний, развития интеграционных идей и их реализация.

2. **Причины нарушений слуха, их диагностика.**

При своей причине тугоухость и глухоту подразделяют на *наследственную, врождённую и приобретённую.*

Медицинские исследования **причин нарушения слуха** указывают на:

- инфекционные заболевания, токсические поражения, сосудистые расстройства, механические, акустические или контузионные травмы.
- нарушения слуха возникают в результате заболеваний, поражающих наружное, среднее или внутреннее ухо, слуховой нерв;
- значительное место занимает острое воспаление среднего уха;
- стойкое понижение слуха часто возникает в результате воспалительных и невоспалительных заболеваний носа и носоглотки (хронический насморк, аденоидные разращения и др.) и связанной с этими заболеваниями непроходимостью евстахиевой трубы;
- при менингите нарушение слуха возникает в результате поражения звуковоспринимающего аппарата, что ведёт, как правило, к более тяжёлым нарушениям слуховой функции, чем заболевания среднего и наружного уха;
- к числу сравнительно редко встречающихся причин нарушения слуха можно отнести поражения центральных отделов слухового анализатора, возникающих в результате повреждений или заболеваний головного мозга (энцефалит, черепно-мозговая травма, кровоизлияние, опухоль). При таких поражениях наблюдается либо простое понижение слуха, либо утрачивается способность понимания того, что человек слышит;
- к причинам можно отнести неадекватное применение ототоксических медикаментов, в частности антибиотиков, длительное воздействие звуковых раздражителей предельной интенсивности (использование плейеров);
- важное значение имеют критерии риска возможностей нарушения слуха (вирусные заболевания матери – краснуха, корь, герпес; врождённые пороки развития – расщелина губ и нёба; недоношенность, неблагополучные роды; алкоголизм матери, проявление в период новорожденности желтухи и неврологических расстройств; хромосомные и наследственные заболевания; дети, имеющие глухих родителей).

Диагностика состояния слуховой функции человека находится сегодня на таком уровне развития, который позволяет определить у ребёнка нарушение слуха ещё до его рождения или в первые часы и дни после рождения.

Место и степень поражения слуха определяются при помощи **аудиометрии,** с применением специальных методов: *тональная аудиометрия, речевая аудиометрия,*

детская аудиометрия, аудиометрия раннего возраста, импеданс – аудиометрия, электрокорковая аудиометрия и др.

Тональная аудиометрия – исследование слуха при помощи аудиометра, подающего простейшие сигналы (тоны), изменяемые по частоте и силе звука. Задача обследуемого – внимательно следить за своим восприятием звуков и информировать аудиолога о том, слышит ли он тот или иной звук. Результаты восприятия основных тонов по частоте (в герцах) и по интенсивности (в децибелах) фиксируются в аудиограмме. Тональная аудиометрия применяется при обследовании состояния слуховой функции у взрослых и детей такого возраста, когда ребёнок уже способен ответственно подойти к этой процедуре (в 8 – 10 лет). Для детей раннего и дошкольного возраста этот способ исследования слуха неэффективен.

Речевая аудиометрия позволяет определить у слабослышащего область его речевого слуха и уровень понимания речи. Восприятие слабослышащим специально подобранных списков высокочастотных и низкочастотных слов переменной громкости позволяет аудиологам определить реальные границы восприятия и понимания слабослышащим словесной речи о соответственно более точно подобрать и настроить для него слуховой аппарат.

Существуют **два основных способы исследования слуха маленьких детей:** до и после трёх лет.

Для исследования слуха у ребёнка от года до трёх лет используется метод рефлекторной реакции на звук (ребёнок может моргнуть, замереть, сделать паузу в игре с игрушками и поднять глаза, начать оглядываться, чтобы найти источник звука. Очень маленький ребёнок может заплакать). Меняя громкость и тональность звука, внимательно наблюдая за реакциями ребёнка, специалисты, регистрируя все наблюдения, постепенно могут составить примерную аудиограмму, которая тем не менее не будет отражать абсолютно точно состояние слуховой функции ребёнка.

У детей после трёх лет исследование слуха проводится с помощью игровой аудиометрии. Применяется та же аппаратура, что и при обследовании взрослых, но способ обследования иной: ребёнка постепенно готовят к обследованию слуха, вводя в ситуацию с помощью игры, которая ему доступна. Например, ребёнок при каждом восприятии услышанного им звукового тона кладёт в стоящую перед ним коробочку кубик (или совершает какое – то другое, интересное для него игровое действие).

Импеданс – аудиометрия – исследование реакции барабанной перепонки.

Электрокорковая аудиометрия – исследование электрических потенциалов мозга и слуховых нервов.

Высокий уровень развития медицины, техники и технологий позволяет сегодня в отдельных случаях посредством операции вернуть слух при помощи **кохлеарной имплантации.** Кохлеарная имплантация – частичная имплантация (за ушной раковиной) при помощи хирургического вмешательства высокоразвитой электронной слухопротезирующей системы.

Далеко не всем неслышащим специалисты рекомендуют *кохлеарную имплантацию*. Она показана тем, кто отвечает следующим медицинским, психологическим и логопедическим критериям:

- имеет место полная двусторонняя глухота, невозможно пользование общепринятыми слуховыми аппаратами, имеются функционирующие нервные волокна, отсутствуют заболевания среднего уха и заболевания, ослабляющие иммунную систему, имеется общее хорошее состояние здоровья;
- сформированы удовлетворительные речевые навыки, отсутствует снижение интеллектуальных возможностей и нет психических заболеваний, имеется удовлетворительное социальное окружение, существуют реалистические ожидания последствий данной операции и позитивная мотивация;
- детям раннего возраста, когда процесс речеслухового и психического развития

не приобрёл отклоняющийся характер.

Следует также иметь в виду, что кохлеарный имплантант требует периодической (раз в несколько лет) замены с помощью хирургического вмешательства.

3. **Педагогическая классификация лиц с недостатками слуха.**

Необходимость дифференциации контингента лиц, имеющих нарушения органов слуха, тесно связана с практикой построения медицинских и педагогических типологий детей со стойкими нарушениями слуха.

Признавая важность медицинских классификаций нарушений слуха, сурдопедагоги всегда подчёркивали необходимость психолог-педагогических классификаций, обеспечивающих вслед за адекватным диагностическим определением наблюдаемого у ребёнка состояния слуховой функции наиболее рациональный выбор корригирующих мероприятий, методик его обучения.

Опираясь на психологическую концепцию школы Л.С. Выготского, его ученица Р.М. Боскис провела исследование особенностей развития детей с недостатками слуха. Результаты легли в основу созданной ею педагогической классификации детей с нарушениями слуха. Творчески применив учение Л.С. Выготского о сложной структуре развития аномальных детей, в котором взаимодействуют факторы первичные (связанные непосредственно с дефектом) и факторы вторичные (производные от первых), Р.М. Боскис разработала научное обоснование их классификации, *предложив новые критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушенным слухом*:

1) степень поражения слуховой функции;

2) уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции;

3) время возникновения нарушений слуха.

Основой этой классификации являются следующие положения:

1) Деятельность нарушенного слухового анализатора у ребёнка отличается от деятельности нарушенного слухового анализатора у взрослого. Взрослый к моменту наступления нарушения слуха имеет сформированную словесную речь, словесное мышление, представляет собой сформировавшуюся личность. Нарушение слуха у него – в первую очередь препятствие для общения с опорой на слух.

У ребёнка нарушение слуха влияет на весь ход его психического и речевого развития, приводит к возникновению целого ряда вторичных нарушений, в т. ч. к нарушению развития мышления, речи, познавательной деятельности.

2) Большое значение в понимании развития ребёнка с нарушенным слухом имеет взаимосвязь слуха и речи: чем выше уровень развития речи у ребёнка, тем больше возможности использования остаточного слуха. Способность опираться на сохранные остатки слуха больше у того, кто владеет речью.

3) Критерием оценки нарушения слуховой функции у ребёнка является возможность использования остаточного слуха для развития речи. Критерием отграничения детей с частичным нарушением слуха от глухих детей является возможность использования слуха в общении и развития речи при данном состоянии слуха. По этому критерию проводится разграничение тугоухости и глухоты.

Глухота – стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью и разборчивое восприятие речи даже на близком расстоянии от уха. При этом сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать громкие неречевые звуки, некоторые звуки речи на близком расстоянии.

Тугоухость – стойкое понижение слуха, при котором возможны самостоятельное накопление минимального речевого запаса на основе сохранившихся остатков слуха, восприятие обращённой речи хотя бы на самом близком расстоянии от ушной раковины.

Важно подчеркнуть, что в современной сурдологической практике термин «тугоухий» применительно к детям с частично нарушенной слуховой функцией

используется преимущественно в медицине, а в сурдопедагогике принято использовать соответствующий термин «слабослышащий».

Степень и характер речевого развития при нарушении слуха обусловлены рядом причин:

- степенью нарушения слуха;
- временем возникновения слухового нарушения;
- педагогическими условиями развития ребёнка после наступления нарушения слуха;
- индивидуальными особенностями ребёнка.

Р.М. Боскис выделены две основные категории детей с недостатками слуха: **глухие и слабослышащие.** *К категории глухих* относятся те дети, для которых в результате врождённой или рано приобретённой (до 3 лет) глухоты невозможно самостоятельное овладение словесной речью. *К категории слабослышащих* относятся те дети, у которых снижен слух, но на его основе возможно самостоятельное развитие речи.Глухие и слабослышащие различаются по способу восприятия речи. Глухие овладевают зрительным (по чтению с губ и лица собеседника) и слухозрительным (при помощи звукоусиливающей аппаратуры) восприятия словесной речи только в процессе специального обучения. Слабослышащие могут самостоятельно овладевать восприятием на слух речи разговорной громкости в процессе естественного общения с окружающими. Значение зрительного восприятия речи возрастает в зависимости от тяжести нарушения слуха.

Отдельную группу в отношении формирования речи и её восприятия составляют **позднооглохшие.** Эти дети отличаются тем, что к моменту наступления у них нарушения слуха они обладали *уже сформировавшейся речью.* У них может быть разная степень нарушения слуха и разный уровень сохранности речи (т. к. после возникновения нарушения слуха без специальной педагогической поддержки словесная речь начинает распадаться), но все они имеют навыки словесного общения, в той или иной степени сформировавшееся словесно – логическое мышление. Для таких детей при поступлении в специальную школу (школу для слабослышащих детей) важной первоочередной задачей является освоение навыков зрительного или слухозрительного восприятия обращённой к ним речи.

4.Педагогические системы специального образования лиц с нарушениями слуха.
Специальное образование слабослышащих.

Сущность аномального развития ребёнка с частичным нарушением слуха заключается в том, что его первопричина – биологическая (физический дефект слуха), а последствия – социальные (нарушения общения, приводящие к атипичности формирования психики), причём главные проявления этих последствий носят функциональный характер (недоразвитие речи, особенности мышления, памяти, внимания, восприятий, представлений).

У слабослышащего ребёнка имеется не тотальное, **а частичное нарушение деятельности** одного из самых существенных анализаторов – слуха. Этим он принципиально отличается от глухого и слышащего ребёнка в разных планах.

По сравнению с глухим он иначе приспосабливается к дефекту, ищет другие пути компенсации своего недостатка, т. е. главным образом не за счёт зрения, а за счёт неполноценного слуха.

По сравнению со слышащим, у него имеется качественное своеобразие использования дефектного слуха как фактора развития речи.

Особенности психического и речевого развития слабослышащих детей.

Развитие психики слабослышащего ребёнка протекает с отклонениями от обычной нормы. Дело не только в том, что ребёнок плохо слышит, но и в том, что этот недостаток

привёл к нарушению многих функций и сторон психики, определяющих ход развития личности ребёнка, у которого сформировались только зачатки речи, мышление почти не продвинулось в своём развитии от наглядно – образного к словесно – абстрактному. Другие стороны психики в своём становлении у этого ребёнка не испытывали такого решающего воздействия со стороны речи и отвлечённого мышления, которое имеет место в норме. Это относится, прежде всего, к сфере восприятия, в том числе к дефектному слуху: он не стал в полной мере речевым слухом. В таком состоянии взаимодействие слухового анализатора с речедвигательным оказалось нарушенным. Это помешало нормальному становлению речевых механизмов, вторично привело к недоразвитию речевой деятельности и продолжает препятствовать дальнейшему формированию речи.

Частичное восприятие речи таким ребёнком нередко создаёт у окружающих впечатление, что ребёнок может полностью понимать речь, а то, что ребёнок часто не понимает смысла сказанного, иногда расценивается как интеллектуальная недостаточность.

Речевое недоразвитие носит характер вторичного проявления, оно возникает и существует как функциональное на фоне аномального развития психики в целом. Это осложняет социальное взаимодействие слабослышащего ребёнка.

Именно в сфере речевого общения слабослышащие оказываются в невыгодном, по отношению к своим слышащим сверстникам, положении. Затруднённость словесного общения оказывается одной из главных причин аномального развития.

Бедность речевого запаса, искажённый характер речи ребёнка, формирующейся в условиях нарушенного слухового восприятия, накладывают отпечаток на ход развития познавательной деятельности.

При поступлении в школу слабослышащие дети часто обнаруживают следующие нарушения речи:

1) недостатки произношения;
2) ограниченный запас слов;
3) недостаточное усвоение звукового состава слова, которое выражается не только в неточностях произношения, но и в ошибочном написании слов;
4) неточное понимание и неправильное употребление слов;
5) недостатки грамматического строя речи: а) неправильное построение предложения; б) неправильное согласование предложения;
6) ограниченное понимание устной речи;
7) ограниченное понимание читаемого текста.

К началу обучения в школе диапазон различий в уровне сформированности речи слабослышащих детей достаточно велик: от наличия зачатков речи (чрезвычайно бедный словарь, зачастую представленный обрывками слов, множественные проявления несформированности произносительной и грамматической сторон речи) до относительно сложившейся речи с отдельными лексико-семантическими, фонетическими и грамматическими недостатками.

Специальное обучение детей с частичным нарушением слуха.

Преодоление нарушения развития требует социального по своей природе, целостного воздействия на личность слабослышащих учащихся в специально организованном образовательно – воспитательном процессе. Специальным он является в том смысле, что опирается не только на достигнутый уровень развития, но и на компенсаторные возможности. Он требует особых условий, которые позволяют максимально усилить этот компенсаторный фонд с целью преодоления последствий дефекта, выправления нарушенного хода становления личности, её социальных связей, всех сторон её психики.

Благодаря специальному обучению формируется речь и понятийное мышление, словесная память, создаются условия для расширения возможностей компенсации

дефекта как за счёт развития и использования слуховых данных, так и за счёт других сохранных анализаторов.

Школа для слабослышащих и позднооглохших детей обеспечивает своим воспитанникам общеобразовательную подготовку на цензовом уровне, отвечающем нормативным требованиям Государственного образовательного стандарта. Соответствие цензовому уровню достигается при соблюдении особой содержательной и методической направленности учебного процесса, в основе которого заложен коррекционно-развивающий принцип обучения.

В качестве *решающего средства преодоления* отклоняющегося хода развития слабослышащих выступает *специальная система обучения языку*, которая представляет собой особую систему занятий по накоплению словаря, уточнению звукового состава речи, усвоению грамматической системы языка, овладению разными видами и формами речевой деятельности.

Особые задачи (формирование речи, а не изучение языка) определяют особое *содержание всей работы по речевому развитию слабослышащих* (специальный отбор фонетического, лексического, грамматического материала, его группировка, расположение, взаимосвязь частей этого материала).

Педагогический процесс в школе слабослышащих строится таким образом, чтобы, с одной стороны, расширить возможности учащихся самостоятельного обогащения их речи вне специального обучения, с другой – скорригировать самостоятельно приобретённый речевой материал (уточнение звукового состава слов, их лексических и грамматических значений, активизация лексики в самостоятельных высказываниях).

В специальном педагогическом процессе должна обеспечиваться *полисенсорная основа обучения слабослышащих детей.* В связи с этим в учебный процесс включаются:

- работа по развитию навыков чтения с губ (с опорой на зрительную и слухозрительную основу с привлечением тактильно-вибрационной чувствительности);
- специальные занятия по технике речи, формирующие двигательную, кинестетическую базе речи в единстве с развитием оптико-акустических речевых представлений;
- работа по развитию и использованию остаточного слуха.

Письмо и чтение для слабослышащих являются самым полноценным средством овладения языком. Специфична и роль письменной речи как средства развития познавательной деятельности учащихся.

Обучение слабослышащих детей в массовой школе.

Существенно, что выявление патологии детского слуха затрудняется тем, что ребёнок, как правило, не жалуется на тугоухость, а окружающие замечают её тогда, когда время для эффективных мероприятий было упущено.

Даже незначительная степень понижения слуха может служить препятствием к усвоению чтения и письма в обычных условиях обучения. Нередко затруднения ученика в первоначальном овладении чтением и письмом неправомерно служат поводом к предположению об умственной отсталости.

Изучение письменных работ слабослышащих учащихся позволяет отметить не только в первых, но и в последующих классах такие ошибки, которые обычно не встречаются у детей с нормальным слухом.

Отмечаются *следующие типичные отклонения в письме слабослышащих:*

1) смешение сходных по звучанию и месту образования звуков:

а) смешение звонких с глухими: «тершит» - *держит,* «ситит» - *сидит;*

б) смешение шипящих со свистящими: «сапка» - *шапка,* «масина» - *машина;*

в) смешение аффрикат с составляющими их звуками: «тулки» - *чулки,* «свиты» - *цветы;*

г) смешение *Р и Л;*

д) смешение проторных *З и С* со смычными *Т и Д:* «зерево» - *дерево;*

е) смешение *Рь и Ль* с *Й:* «стреять» - *стрелять,* «лябико» - *яблоко;*

2) отсутствие смягчений: «стрылают лису», «всу корзину», лишние смягчения: «бросил пальку», «сидит на ельке»;

3) пропуски согласных при сложных стечениях: «сречил» - *встретил*, «мёрвый» - *мёртвый,* «ома- нул» - *обманул;*

4) пропуски безударных частей слова: «метай» - *подметает,* «дивай» - *надевает.*

Если обратиться к произношению тех детей, которые допускают указанные ошибки на письме, то можно отметить, что нарушения произношения в этих случаях не очень заметны. Здесь могут броситься в глаза только некоторая смазанность артикуляции и как бы своеобразный акцент.

При детальном изучении устной речи таких детей выясняется, что за этими внешними проявлениями скрывается неполное овладение звуковым составом слова, которое выражается в недоговаривании или неточном произношении тех элементов слова, которые полностью не схватываются в слуховом восприятии ребёнка.

Таким образом, в результате отклонений в развитии речи слабослышащие дети встречаются *со следующими затруднениями в школьном обучении:*

1) затруднённое усвоение первоначальной грамоты (чтения и письма);

2) специфические ошибки в диктанте и самостоятельном письме;

3) трудности понимания объяснений учителя;

4) затруднения при пользовании учебником вследствие недостаточного понимания читаемого текста.

Перечисленные затруднения связаны со *следующими особенностями речи слабослышащих детей:*

- недостаточным, а подчас и очень резким нарушением представления о звуковом составе слова;

- ограниченным запасом слов и неточным понимание значений известных ребёнку слов;

- недоразвитием грамматического строя речи и непониманием значений грамматических форм.

Выявленное у ребёнка снижение слуха должно быть компенсировано слухопротезированием; ребёнок должен сидеть в классе за первой партой; он должен быть обеспечен педагогической помощью специалиста-сурдопедагога. Учитель и родители ребёнка должны регулярно получать дополнительные консультации относительно особенностей обучения такого ребёнка.

Специальное образование глухих.

Рассмотрим две основные педагогические системы обучения глухих, которые предлагаются сегодня как за рубежом, так и в России.

Педагогическая система **билингвистический подход** является новым направлением в сурдопедагогике, которое появилось в мире в н. 80-х годов. Латинские слова «билингвистический», «билингвизм» переводятся на русский язык как «двуязычный», «двуязычие».

По отношению к глухим термин *билингвизм* начал применяться не более 25 лет назад. Большинство глухих людей в той или иной степени одновременно владеют жестовым и словесным языком своей страны. Кто-то считает своим основным языком словесный язык, кто – то предпочитает жестовый, но глухие в зависимости от ситуации общения могут пользоваться обоими.

Билингвистический подход в обучении глухих предусматривает *использование двух равноправных и равноценных средств образовательного процесса* – национального языка (в устной, письменной, тактильной форме) и национального жестового языка. Оба языка являются равными партнёрами в общении между слышащими и глухими учителями, учениками, родителями.

В России работает только одна билингвистическая школа – Московская билингвистическая гимназия, существующая с 1992 года (научный руководитель – профессор Г. Л. Зайцева).

Как отмечает Г.Л. Зайцева и др. специалисты, использование жестового языка в учебно – воспитательном процессе устраняет все коммуникативные барьеры между педагогами и учащимися и создаёт искренние, доверительные отношения между детьми и взрослыми, обеспечивает эмоционально – окрашенное обучение. Устранение коммуникативных барьеров позволяет значительно увеличить объём учебной информации, ускорить её передачу и восприятие учащимися. Это, в свою очередь, позволяет расширить круг учебных предметов и областей знаний, ранее недоступных глухим школьникам (например, иностранный язык, логика, этика) по причине сложности преподавания этих дисциплин на языке словесной речи. Появляется реальная возможность получения глухими учащимися получения полного среднего образования за 10 лет, т. е. возникает реальная возможность прохождения учебной программы общеобразовательной школы в полном объёме и в те же сроки, которые предусмотрены для обычных слышащих учащихся.

Педагогическая система обучения глухих на основе словесной речи.

Второе направление в обучении глухих связано с обучением их языку словесной речи. В разные исторические периоды это направление, опираясь на существующие в тот или иной период лингвистические знания, было представлено различными педагогическими системами обучения глухих, но целью обучения во всех этих системах был глухой человек, владеющий словесной речью и говорящий так же, как и любой слышащий.

Первоначально, со 2 пол. 18 века и в н. 19 века, основное внимание сурдопедагогов было сосредоточено преимущественно на внешней, произносительной стороне речи глухих. Главной задачей была выработка идеального произношения, чистой устной речи, мало чем отличающейся от произношения слышащих («чистый устный метод обучения»).

До сер. 50-х гг. 20 века преобладала точка зрения на речевое развитие глухих как на результат планомерного и последовательного изучения ими языка – его произносительной стороны, словарного состава, грамматики, синтаксиса.

Известным советским сурдопедагогом профессором С.А. Зыковым и его сотрудниками был предложен новый подход к усвоению глухими языка словесной речи – *на основе учёта социальной сущности и коммуникативной функции языка, его материальной природы,* а также применительно к своеобразию речевого развития ребёнка при нарушенном слухе. Эта система получила название **коммуникационная.** Глухие дети должны были в условиях обучения в такой системе усваивать язык как средство общения, пользоваться им на всех этапах обучения и в условиях социального взаимодействия.

Важнейшие положения коммуникационной системы: формирование и развитие речи глухих детей в условиях предметно-практической деятельности; целенаправленная работа по развитию мышления в связи с усвоением языка; успешное речевое развитие глухого ребёнка возможно только в специально организованной речевой среде, когда возникает естественная потребность в речевом общении, использовании речи в познавательной деятельности.

Коммуникационная система предполагает, что систематическому усвоению языка должно предшествовать *практическое усвоение словесных форм общения.* У детей должна развиваться языковая способность как особый вид речевой активности, помогающий интуитивно угадывать смысл новых высказываний. Это так называемое «чувство языка», которое может возникнуть тогда, когда ребёнок будет находиться постоянно в насыщенной речью среде.

Коммуникационная система предполагает развитие речевой деятельности у детей как овладение всеми видами речевой деятельности – говорением, слушанием, письмом, чтением, дактилированием, зрительным восприятием с лица и с дактилирующей руки говорящего.

Освоение глухими детьми системного строения языка (фонетики, грамматики, лексики) происходит по-другому, чем у слышащих детей. Слышащий ребёнок подходит к изучению системного строения языка, уже владея им практически. В школе для глухих детей специальное изучение языка происходит в рамках коммуникационной системы на основе *структурно-семантического принципа,* разработанного Л.П. Носковой применительно к глухим детям дошкольного и школьного возраста. Этот принцип предполагает в качестве исходного использование *предложения* как материала для системного изучения языка, как единицы речевого высказывания. Наблюдая различные типы предложений, строя коммуникативно значимые новые предложения, глухие дети постепенно подходят к языковым обобщениям, усваивают необходимые сведения о языке. Заучивание готовых правил, моделей высказываний, склонений и спряжений при этом не предусматривается. Впоследствии внимание уделяется речевым единицам других уровней, которые уже выделяются на основе практического усвоения языка.

Генетический принцип обучения глухих языку предусматривает необходимость программирования содержания и методов обучения с ориентацией на все возрастные этапы обучения на основе знания о развитии языка в онтогенезе. Работая с глухим ребёнком, сурдопедагог соотносит уровень его речевых достижений с нормой для ребёнка соответствующего возраста и строит обучение таким образом, чтобы скомпенсировать упущенное в период, предшествующий обучению, заложить в настоящем основы для будущих пластов и структур языка.

Деятельностный принцип обучения языку в коммуникационной системе предусматривает необходимость создания таких условий, в которых словесная речь и освоение языка станут потребностью. Для возникновения и развития потребности в общении организуется коллективная предметно – практическая деятельность (бытовая деятельность, игра, эстетическая деятельность, элементарная трудовая деятельность). В условиях школьного обучения принцип предметно – практической направленности обучения реализуется как на специальных уроках предметно – практического обучения, так и на других уроках, когда обеспечивается деятельностный коллективный подход к организации познавательной деятельности учеников (работа парами, «бригадами», через распределение функций, ролей и обязанностей, планирование деятельности и реализацию её в соответствии с намеченным планом и т. д.).

Обучение глухих детей языку в условиях коммуникационной системы обеспечивается не только уроками предметно-практического обучения, но и занятиями по развитию слухового восприятия и формированию произношения.

Занятия по развитию слухового восприятия и формированию произношения направлены на обогащение восприятия речи за счёт использования остаточного слуха и зрительного анализатора и на формирование умений и навыков воспроизводить речь в устной форме, внятно и доступно для собеседника в условиях речевого общения. Активизация слухового восприятия и его использование ребёнком в процессе жизнедеятельности обеспечивают ему более полное социальное и эмоциональное развитие.

ТЕМА 5. СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

1. **Предмет и задачи тифлопедагогики.**
2. **Причины и последствия нарушения зрения. способы компенсации.**
3. **Образование лиц с нарушенным зрением.**

1. Предмет и задачи тифлопедагогики.

Тифлопедагогика (от греч. – слепой) – наука о воспитании и обучении лиц с нарушением зрения. В зависимости от степени нарушения зрения они делятся на слепых и слабовидящих. *Слепота и слабовидение с точки зрения специальной* педагогики представляют собой категорию психофизических нарушений, проявляющихся в ограничении зрительного восприятия или его отсутствии, что влияет на весь процесс формирования и развития личности. У лиц с нарушением зрения возникают специфические особенности деятельности, общения и психофизического развития. *Они проявляются:*

- в отставании, нарушении и своеобразии развития двигательной активности,
- пространственной ориентации, формирований представлений и понятий,
- в способах предметно-практической деятельности,
- в особенностях эмоционально-волевой сферы, социальной коммуникации, интеграции в общество, адаптации к труду.

Слепые (незрячие) – подкатегория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение (до 0,04 на лучше видящем глазу с коррекцией очками).

По степени нарушения зрения различают лиц с абсолютной (тотальной) слепотой на оба глаза, при которой полностью утрачиваются зрительные восприятия, и лиц, практически слепых, у которых имеется светоощущение или остаточное зрение, позволяющее воспринимать свет, цвет, контуры (силуэты) предметов.

Слабовидящие – подкатегория лиц с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

Задачей тифлопедагогики как науки является разработка следующих проблем:

- психолого-педагогическое и клиническое изучение зрения и аномалий психического и физического развития при этих нарушениях;
- пути и условия компенсации, коррекции и восстановления нарушенных и недоразвитых функций при слепоте и слабовидении;
- изучение условий формирования и всестороннего развития личности при разных формах нарушений функций зрения;
- разработка содержания, методов и организации обучения основам наук, политехнической, трудовой и профессиональной подготовки слепых и слабовидящих;
- определение типов и структуры специальных учреждений для их обучения и воспитания;
- разработка научных основ построения учебных планов, программ, учебников, частных методик;
- создание специальных технических средств, способствующих расширению познавательных возможностей лиц с нарушенным зрением, повышению эффективности их обучения и подготовки к труду в современном обществе;
- разработка системы гигиенических мероприятий по охране и развитию неполноценного зрения, нормативов освещённости, режима зрительной нагрузки и т.д.;
- проектирование специальных зданий для обучения, воспитания и трудовой подготовки.

Основоположником тифлопедагогики и обучения незрячих считается **В. Гаюи** (1745-1822), французский педагог, единомышленник и последователь Д. Дидро, основатель первых образовательных учреждений для слепых во Франции и России. Благодаря В. Гаюи не только началось систематическое обучение незрячих, но и сформировалось гуманистическое отношение к ним как к полноценным членам общества, нуждающимся в образовании и социально – трудовой реабилитации.

Л. Брайль (1809-1852), потерявший зрение в 3 летнем возрасте, а затем и тифлопедагог Парижского национального института слепых, стал автором изобретения, изменившего систему обучения слепых. Основанная на комбинациях шеститочия, его система рельефного письма охватывает буквенные, математические и иные символы, позволяя слепому свободно писать и читать. Книгопечатание по Брайлю началось с 1852 года во Франции. В России первая книга по Брайлю вышла в 1885 году.

2. Причины и последствия нарушения зрения. способы компенсации.

Нарушения зрения могут быть врождёнными и приобретёнными.

Врождённая слепота обусловлена повреждениями или заболеваниями плода в период внутриутробного развития либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения.

Приобретённая слепота обычно бывает следствием заболеваний органов зрения – сетчатки, роговицы и заболеваний ЦНС (менингит, опухоль мозга), осложнений после общих заболеваний организма (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга или глаз.

Различают *прогрессирующие и непрогрессирующие нарушения* зрительного анализатора.

При прогрессирующих зрительных дефектах происходит постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса. Например, при глаукоме повышается внутриглазное давление, и происходят изменения в тканях глаза. Зрение снижается при появлении мозговых опухолей. При несоблюдении санитарно-гигиенических условий письма и чтения прогрессирует близорукость и дальнозоркость.

К непрогрессирующим дефектам зрительного анализатора относят некоторые врождённые его пороки, такие, как астигматизм, катаракта. Причинами этих дефектов могут стать также последствия некоторых заболеваний или глазных операций.

Итак, нарушения функций зрительного анализатора могут возникнуть как во время внутриутробного развития, так и после рождения. Поэтому, существуют такие категории детей с нарушениями зрения, как *слепорождённые, рано ослепшие, лишившиеся зрения после 3 лет жизни.* Такая дифференциация основывается на том, что время утраты зрения имеет очень большое значение для последующего развития ребёнка. Например, слепорождённые не имеют зрительных образов в памяти, которыми в различной мере и в объёме располагают ослепшие.

Время наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития ребёнка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, психофизические особенности и своеобразие психофизического развития. Психическое развитие **слепорождённых** имеет такие же закономерности, как и у зрячих детей, но отсутствие визуальной ориентировки сказывается наиболее заметно на двигательной сфере, на содержании социального опыта. Своеобразным ориентиром слепого является реакция на звук, как и для нормально видящего в раннем возрасте реакции на звуковые раздражители, но для незрячего звук становится основным фактором ориентировки.

Потеря зрения формирует своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта. У незрячих возникают трудности в игре, в учении, в овладении профессиональной деятельностью. В более старшем возрасте у лиц с нарушенным зрением возникают бытовые проблемы, что вызывает сложные переживания и негативные реакции. В одних случаях своеобразие характера и поведения слепых сказывается на развитии у них отрицательных черт характера: неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции; в других – повышенной возбудимости, раздражительности, переходящей в агрессивность.

Развитие высших познавательных процессов (внимание, логическое мышление, память, речь) у слепорождённых протекает нормально. Вместе с тем нарушение

взаимодействия чувственных и интеллектуальных функций проявляется в некотором своеобразии мыслительной деятельности с преобладанием развития абстрактного мышления.

*Отличие **ослепших** детей от слепорождённых зависит от времени потери зрения*: чем позже ребёнок потерял зрение, тем больше у него объём зрительных представлений, который можно воссоздать за счёт словесных описаний. Если не развивать зрительную память, частично сохранившуюся после потери зрения, происходит постепенное стирание зрительных образов.

Слепой ребёнок имеет все возможности для высокого уровня психофизического развития и полноценного познания окружающего мира с опорой на сохранную анализаторную сеть. В условиях специального обучения формируются адекватные приёмы и способы использования слухового, кожного, обонятельного, вибрационного и других анализаторов, представляющих сенсорную основу развития психических процессов. Благодаря этому развиваются высшие формы познавательной деятельности, которые являются ведущими в компенсаторной перестройке восприятия.

Система компенсаторной перестройки на первоначальном этапе обучения создаёт условия для правильного отражения окружающего мира в наглядно-действенной форме, а по мере накопления социального и бытового опыта и в словесно-логической форме при помощи сохранных анализаторных систем в организме слепого ребёнка.

Слабовидящие имеют некоторую возможность при знакомстве с явлениями, предметами, а также при пространственной ориентировке и при движении использовать имеющееся у них зрение. Зрение остаётся у них ведущим анализатором. Однако их зрительное восприятие сохранно лишь частично и является не вполне полноценным. Обзор окружающей действительности у них сужен, замедлен и неточен, поэтому их зрительное восприятие и впечатления ограничены, а представления имеют качественное своеобразие. Например, у слабовидящего нарушено цветоощущение, цветовые характеристики воспринимаемого оттенка обеднены. При резко выраженной близорукости и дальнозоркости слабовидящий может не заметить некоторых внешне слабо выраженных признаков, важных для характеристики предмета.

У слабовидящих при косоглазии затруднена способность видеть двумя глазами, т. е. нарушено бинокулярное зрение. В условиях раннего специального обучения форменное, пространственное и стереоскопическое зрение развивается и совершенствуется, что в будущем обеспечивает формирование сложных пространственных представлений.

Среди слабовидящих существует большое число лиц с нарушением цветоразличительных функций и контрастной чувствительности зрения, имеются врождённые формы патологии цветоощущения.

На восприятие предметов и их изображений оказывает влияние нарушение глазодвигательных функций, что вызывает трудности в фиксации взора, прослеживания динамических изменений, оценке линейных и условных величин.

Коррекционная работа, поэтому направлена на использование специальных приёмов и способов наблюдения явлений и предметов с опорой на слух, осязание, обоняние, что позволяет формировать у детей сложные синтетические образы реальной действительности.

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 др.) и помогает определять форму, размеры фигуры, устанавливать пропорциональные отношения. Различные ощущения, воспринимаемые нервными окончаниями кожи и слизистыми оболочками, передаются в кору головного мозга в отдел, связанный с работой рук и кончиков пальцев. Так незрячие и слабовидящие учатся «видеть» руками и пальцами.

Наряду с осязанием у слепых и слабовидящих в различных видах деятельности важную роль играет слуховое восприятие и речь. Возникшее на первой стадии системы компенсации слепоты дифференцированное слуховое восприятие и голосовые реакции при знакомстве с предметами становятся всё более значимыми как средство общения с окружающими людьми. С целью привлечения внимания к себе слепой ребёнок использует звуки и слова. Адекватная реакция взрослого стимулирует ребёнка на эмоциональное отношение к этому.

С помощью звуков слепые и слабовидящие могут свободно определять предметные и пространственные свойства окружающей среды. Они могут по звуку определить его источник и местонахождение с большей точностью, чем это бы сделали зрячие люди. Высокий уровень развития пространственного слуха у лиц с нарушением зрения обусловлен необходимостью ориентироваться в условиях разнообразного звукового поля.

Поэтому в процессе обучения и воспитания слепых и слабовидящих проводятся упражнения на дифференциацию – различение и оценку с помощью звука характера предмета, анализ и оценку сложного звукового поля: звуковые сигналы присущи определённым предметам, устройствам, механизмам и являются проявлением процессов, происходящих в них.

3. Образование лиц с нарушенным зрением.

Домашнее воспитание и обучение ребёнка при нарушении зрения имеет свои особенности, зависящие от состояния зрительного нарушения, от времени его возникновения. Родители ребёнка с нарушенным зрением должны регулярно получать консультативную помощь специалистов: тифлопедагога, психолога, офтальмолога и др.

Общаясь с ребёнком, взрослому необходимо комментировать все свои действия, что позволит ребёнку воспринимать информацию о происходящем вокруг него с помощью сохранных анализаторов, как бы «видеть с помощью слуха». Успешность компенсаторной перестройки анализаторов во многом зависит от семейного обучения и воспитания. Важно создать условия, соответствующие возможностям слепого или слабовидящего ребёнка. Создание чрезмерно щадящего режима или неоправданной опёки отрицательно сказывается на формировании личности при дефекте зрения. Поэтому в зависимости от воспитания у ребёнка могут быть сформированы как активность, так и пассивность, эгоизм, мнительность, боязливость или уверенность в своих силах, иждивенчество или самостоятельность, открытость и общительность или замкнутость и озлобленность.

Слепота и слабовидение имеют и социальные последствия для ребёнка. В семье, где растёт ребёнок с нарушенным зрением, отношения с окружающими и с самим ребёнком начинают строиться иначе. Взрослые, члены семьи, родственники, знакомые жалеют его, высказывая своё отношение вслух, ребёнок становится центром излишнего внимания, жалости и заботы. Это негативно сказывается на воспитании ребёнка, формировании его самооценки, взаимоотношений с окружающими.

Воспитание и обучение слепого или слабовидящего ребёнка в семье требуют от родителей знания особенностей развития ребёнка с нарушенным зрением, влияние первичного дефекта на формирование психических функций, двигательных, социальных, учебных и др. умений, способов и приёмов формирования и развития навыков ориентировки в пространстве, восприятия предметов и явлений окружающего мира, умения общаться и контактировать со сверстниками и взрослыми, обслуживать себя, исследовать и познавать окружающий ребёнка мир при помощи сохранных чувств.

Дошкольные учреждения для детей с нарушением зрения являются государственными учреждениями общественного воспитания детей слепых, слабовидящих, включая детей с косоглазием и амблиопией, в возрасте от 2-3 до 7 лет. Эти учреждения имеют целью воспитание, лечение, возможное восстановление и развитие нарушенных функций зрения у детей и подготовку их к обучению в школе.

Кроме образовательной составляющей работа в дошкольных группах направлена на коррекцию отклонений в развитии, восстановлении остаточных функций зрения, оздоровление детей. Значительное внимание уделяется развитию всей компенсирующей системы, прежде всего слуха, осязания, мобильности и ориентировки в пространстве, а также формированию навыков самообслуживания. Проводится работа по гигиене, охране и развитию остаточного зрения, коррекции познавательной, личностной и двигательной сферы, формированию навыков ориентировки в пространстве и самообслуживанию.

Дети обучаются основным навыкам гигиены зрения, а также, если это необходимо, и пользования очками. У детей *развиваются все элементы зрительного восприятия*: способность видеть вблизи и вдаль, наблюдать за движущимися предметами, способность различать форму предметов, краски, рассматривать картинки, ориентироваться в пространстве. Развитие зрительных функций дополняется развитием слуха и осязания. Дети подготавливаются к систематическим занятиям в школе.

Школы для слепых и слабовидящих являются составной частью единой государственной системы специального образования и функционируют на основе принципов, присущих этой системе обучения и воспитания детей с особыми образовательными потребностями. Обучение и воспитание в школах для слепых и слабовидящих имеют ряд собственных принципов и особых задач, направленных на восстановление, коррекцию и компенсацию нарушенных и недоразвитых функций, организацию дифференцированного обучения.

В связи с этим школы для слепых и слабовидящих должны выполнять *следующие функции:* учеб- но-воспитательную, коррекционно-развивающую, санитарно-гигиеническую, лечебно- восстановительную, социально-адаптационную и профориентационную.

Коррекционно-развивающая направленность обучения и воспитания предусматривает развитие процессов компенсации, исправление и восстановление нарушенных функций, сглаживание недостатков познавательной деятельности, поиск потенциальных возможностей в становлении личности слепых и слабовидящих детей (М.И. Земцова, А.Г. Литвак и др.).

Специфика работы школ для слепых и слабовидящих детей заключается в следующем:

- учёт общих закономерностей и специфических особенностей развития детей, в опоре на здоровые силы и сохранные возможности;
- модификация учебных планов и программ, увеличение сроков обучения, перераспределение учебного материала и изменение темпа его прохождения;
- дифференцированный подход к детям, уменьшение наполняемости классов и воспитательных групп, применение специальных форм и методов работы, оригинальных учебников, наглядных пособий, тифлотехники;
- специальное оформление учебных классов и кабинетов, создание санитарно-гигиенических условий, организация лечебно-восстановительной работы;
- усиление работы по социально-трудовой адаптации и самореализации выпускников.

Школы для слепых и слабовидящих детей (специальные школы 3 и 4 видов) состоят из 3 ступеней: 1 ступень – начальная школа, 2 ступень – основная школа или неполная средняя школа, 3 ступень – средняя школа. Ступени школы соответствуют трём основным этапам развития ребёнка: детство, отрочество, юность.

Школа 1 ступени призвана обеспечить становление личности ребёнка, це5лостное развитие её потенциальных возможностей, лечение, гигиену и охрану зрения, формирование у школьников умения и желания учиться. В начальной школе проводятся занятия по развитию зрительного восприятия, слуха, осязания, по логопедии, ЛФК, ритмике, социально-бытовой ориентировке, ориентировке в пространстве. Учащиеся начальной школы приобретают умения и навыки учебной деятельности, обучаются

чтению, письму, счёту, пониманию изображений, овладевают элементами наглядно-образного и теоретического мышления, основами личной гигиены, элементарными приёмами и способами самообслуживания, мобильности и ориентировки. Обучение ведётся по специальным программам, планам, учебникам.

Школа 2 ступени закладывает прочный фундамент общеобразовательной и трудовой подготовки, необходимый выпускнику для продолжения образования, его полноценного включения в жизнь общества. Продолжается работа по коррекции познавательной, личностной и двигательной сферы детей, гигиене и охране зрения, укреплению здоровья. Неполная средняя школа развивает потенциальные возможности ребёнка, формирует научное мировоззрение и способности к социальному самоопределению, расширяет сферу познания и овладения различными видами трудовой деятельности с учётом профессионального обучения и трудоустройства.

Школа 3 ступени обеспечивает завершение общеобразовательной подготовки и курса профессионального обучения на основе его дифференциации. Средняя школа создаёт условия для наиболее полного учёта интересов учащихся, социально-психологической адаптации, активного включения их в жизнь современного общества и общественно полезный труд. С этой целью в учебный план школы включены факультативные занятия по выбору самого учащегося.

Особенности обучения слепых и слабовидящих общеобразовательным предметам.

Программы специальных классов общеобразовательных школ для слепых и слабовидящих детей по русскому языку, математике, ознакомлению с окружающим миром, природоведению соответствуют аналогичным программам общеобразовательной массовой школы по объёму и содержанию изучаемого материала. При этом программы специального образования построены с учётом особенностей развития незрячих и слабовидящих детей. В них учтена необходимость коррекционно-компенсаторной работы, направленной на развитие восприятия, конкретизацию представлений, совершенствование наглядно- образного мышления, формирование приёмов и способов самоконтроля и регуляции движений с использованием специальных форм, приёмов и способов. Поскольку восприятие учебного материала слепыми и слабовидящими по скорости, полноте и точности уступает восприятию его нормально видящими людьми, а представления этих детей об окружающем их реальном мире бедны, фрагментарны, а в ряде случаев искажены, увеличено время на выполнение измерительных действий, проведение наблюдений, опытов, экскурсий и предметных уроков.

Программами предусмотрено использование средств коррекции и компенсации значительно нарушенного и компенсации отсутствующего зрения с помощью оптических приспособлений, тифлоприборов, рельефно-графических пособий (для слепых), плоско печатных (для слабовидящих).

Своеобразие программы по русскому языку в школах для слепых состоит в том, что в ней уделяется большое внимание обучению чтению и письму по системе Брайля на основе пользования тактильно – двигательных ощущений. Программа предусматривает формирование предметных представлений, уточняющих содержание слов, умение работать с рельефными грамматическими схемами, сюжетными рисунками и другими специальными дидактическими материалами.

Программа по математике, так же, как и программа по русскому языку, предусматривает увеличение подготовительного периода. В содержание обучения по математике включён материал, направленный на обогащение опыта и овладение ориентировочными навыками в микро- и маркопространстве. Большое внимание уделяется формированию конкретных представлений о величине, форме, количестве, пространственном положении предметов и чертёжно-измерительных действий.

В программах школ для слабовидящих *«Ознакомление с окружающим миром и природоведение»* увеличено количество предметных уроков, экскурсий и практических занятий, что позволяет обогатить зрительный опыт детей и сформировать у них

представления об окружающей действительности. В тему «Организм человека и охрана его здоровья» введён материал об органе зрения и его охране, что способствует овладению навыками гигиены и охраны зрения. Введено изучение специальных приёмов и способов ориентирования и выполнения правил дорожного движения (знакомство с дорожным знаком «Осторожно, слепые», рельефными схемами улиц и площадей, маршрутами движений, звуковыми светофорами и локаторами). Предусмотрены специальные занятия по овладению пользования тростью при движении, переходе улицы, обнаружении препятствий.

Особенности программ по изобразительному искусству для слепых и слабовидящих состоят, прежде всего, в подборе видов объектов и средств изобразительной деятельности. Особое внимание обращено на обучение чтению и выполнению изображений, пластическому моделированию и декоративно-прикладной деятельности.

Обучение общеобразовательным предметам учащихся с нарушением зрения в средней школе также ведётся по программам массовой общеобразовательной школы с применением специальных форм и методов работы, дидактических средств наглядности и тифлотехнических устройств.

Дети с нарушением зрения могут обучаться в общеобразовательной массовой школе, если для них созданы там *специальные образовательные условия:*

- специальная освещённость, наличие тифлотехнических средств, специальных учебников, психо- лого-педагогической сопровождение детей специалистами-тифлопедагогами, тифлопсихологами;
- образовательный процесс должен иметь коррекционную направленность в той же мере, что и в специальной школе;
- для детей с нарушенным зрением должны быть организованы специальные коррекционные занятия: ритмика, лечебная физкультура, коррекция нарушений речи, занятия по социально-бытовой и пространственной ориентировке, развитию зрительного восприятия.

Трудовая подготовка и профориентация в школе.

Трудовое обучение в специальной школе имеет *три ступени,* учитывающие специфические и возрастные особенности развития детей с нарушениями зрения.

Первоначальное трудовое обучение (1-4 классы) направлено на привитие любви к труду, ознакомление с элементами технического, сельскохозяйственного и обслуживающего труда. Дети получают элементарные сведения об основных свойствах некоторых материалов (бумаги, картона, дерева, жести, проволоки, пластических масс, глины и др.), знакомятся с устройством, назначением и применением рабочих и измерительных инструментов (метра, масштабной линейки, угольника, рулетки, различных шаблонов), усваивают основные понятия мер длины, веса и объёма. Большое внимание уделяется бытовому труду и самообслуживанию.

Трудовая подготовка на 2 этапе (5-10 классы) осуществляется на общеобразовательной основе, имеет политехнический характер и предусматривает активное вовлечение школьников в общественно полезный труд. Трудовое обучение на этом этапе расширяет знаний и умения учащихся в сфере технического, сельскохозяйственного и обслуживающего труда. В сфере технического труда они изучают элементы электроники, машиноведения, специальной графики, овладевают приёмами пользования инструментами и способами обработки различных материалов, выполнения механосборочных и электро-монтажных работ. В процессе выполнения сельскохозяйственных работ они получают знаний и навыки выращивания ведущих для данной местности овощных, плодово-ягодных и цветочно-декоративных растений. Обслуживающий труд предусматривает занятия по кулинарии, ремонту бытовой техники, обработке тканей, уходу за одеждой. На этом этапе трудового обучения решаются на только учебно- воспитательные, но и профориентационные задачи, поскольку этот этап обучения связан с последующей профессиональной подготовкой учащихся.

На третьем этапе (11-12 классы) осуществляется широкопрофильная трудовая подготовка с переходом в профессиональную с активным вовлечением учащихся в общественно полезный производительный труд. Обучение сочетается с производительным трудом в условиях школы и на предприятиях.

Воспитание учащихся.

Сохранность речи и мышления, достаточный уровень компенсаторного развития у большинства слепых и слабовидящих школьников позволяют овладеть высоким уровнем образования, относительно легко усваивать основные нормы морали и правила поведения. Однако практическое овладение этими нормами для них осложнено, т. к. им трудно наблюдать за поведением людей в различных жизненных ситуациях и подражать их действиям.

На формирование личностных качеств слепых и слабовидящих значительное влияние оказывает социально-психологический микроклимат (в семье, школе, ближайшем окружении), который часто характеризуется излишне сочувствующим отношением, созданием щадящего режима, ограничением их деятельности и активности. Это приучает детей к пассивности, инертности, зависимости, неверию в свои силы, осознанию себя инвалидами. Следствием этого становятся неадекватная требовательность к обществу, школе, семье, иждивенческие настроения. Поэтому весь комплекс воспитательных мероприятий направляется на раскрытие широких возможностей лиц с нарушением зрения, формирование у них активной жизненной позиции, предполагающей возможно более полное участие в социальной и культурной жизни, полноценный труд, независимую жизнь.

Важное внимание уделяется *физическому воспитанию,* которое имеет чрезвычайно важное значение для улучшения состояния здоровья и физического развития слепых и слабовидящих.

Для них проводятся специальные коррекционные занятия по физическому воспитанию, ритмике, лечебной физкультуре, включающие развитие силовых, пространственно-временных компонентов моторных действий, координации, точности, ловкости движений. Тифлопедагоги строят образовательный процесс таким образом, чтобы обеспечить возможно большую двигательную активность учащихся за счёт постановки всех видов физкультурно-оздоровительной работы: гимнастики до занятий, физкультурных минуток, подвижных перемен, ежедневных спортивных часов, ежемесячных дней здоровья и спорта и т.д.

В программах по физической культуре многие виды упражнений имеют специфическую коррекционную направленность, изменены нормативы и качественные характеристики выполняемых движений с учётом показанных и противопоказанных факторов к физическим нагрузкам, формированию навыков пространственной ориентировки и коррекции движений, обусловленных слабовидением и слепотой.

Средства обучения слепых и слабовидящих.

Для учащихся школ 3 вида выпускается весьма разнообразная литература, издаваемая по системе Брайля. Это учебники, учебные пособия, социально-экономическая, политическая, художественная, научно-популярная, музыкальная литература. Все выпускаемые учебники по Брайлю иллюстрируются рельефными рисунками, чертежами, схемами. Для слепых, имеющих остаточное зрение, выпускаются пособия, сочетающие рельефную и цветную печать.

В школах для слабовидящих широко используются специальные учебники с укрупнённым шрифтом и адаптированными цветовыми иллюстрациями.

Для подбора, построения и реконструкции изображений для слепых и слабовидящих разработаны специальные методики, учитывающие зрительные и осязательные возможности детей.

В основе разработки тифлотехнических средств компенсации нарушенных функций зрительного анализатора лежит преобразование (перекодирование) визуальной

информации в сигналы, доступные для восприятия посредством слуха и осязания (сохранными анализаторами). Функции приёмника световых сигналов и их перекодирование выполняет тифлоприбор.

К оптическим средствам коррекции относятся различного рода лупы (ручные, опорные, стационарные), очки (микроскопические, телескопические, гиперокулярные), монокуляры и бинокуляры, проекционные увеличивающие аппараты (эпи- и диапроекторы). Все эти средства могут быть использованы для зрительных работ на близком ли далёком расстоянии.

Для незрячих разработаны *различные по сложности технические устройства и приспособления*: простые приспособления для вдевания нитки в иголку, трости для обеспечения возможности самостоятельного передвижения, грифели и приборы для ручного письма по системе Брайля. Разработаны специальные пишущие машинки для незрячих программистов электронно-вычислительных машин. Имеются специальные приборы для рельефного черчения и рисования.

Выпускаются «говорящие» книги, представляющие собой тиражированные на грампластинках, магнитных носителях записи книг, а также специальные устройства для их прослушивания.

В целях улучшения физической подготовки слепых и слабовидящих и развития их двигательной активности используются специальные виды тренажёров, звуковые мишени, звучащие мячи и т. д.

Специальные технические средства и приспособления, используемые для трудового и профессионального обучения и на рабочих местах производственных предприятий, позволяют осуществлять слепым и слабовидящим сборку электротехнических и радиоэлектронных изделий, производить обработку механическую обработку различных материалов, холодную штамповку и другие операции.

ТЕМА 6: СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ

1. **Специальное образование лиц с трудностями в обучении.**
2. **Образование лиц с нарушениями умственного развития.**

1. Специальное образование лиц с трудностями в обучении.

Большую часть детей с трудностями в обучении составляет группа, которую определяют как «задержка психического развития». Эта многочисленная группа составляет около 50 % среди неуспевающих младших школьников.

Понятие **«задержка психического развития» (ЗПР) –** употребляется по отношению к детям с минимальными органическими повреждениями или функциональной недостаточностью ЦНС, а также длительно находящимися в условиях социальной депривации. Для таких детей *характерны:* незрелость эмоционально-волевой сферы и недоразвитие познавательной деятельности, имеющей свои качественные особенности, компенсирующих под воздействием временных, лечебных и педагогических факторов.

Таким образом, термин «ЗПР» подчёркивает **временной (**несоответствие уровня психического развития паспортному возрасту ребёнка), и вместе с тем временный характер самого отставания, которое преодолевается с возрастом и тем успешнее, чем раньше создаются условия для специального обучения и воспитания.

Специальное комплексное изучение ЗПР как специфической аномалии детского развития развернулось в отечественной специальной психологии в 60-70-е годы под воздействием потребностей школьной практики.

Отечественные медики, психологи и педагоги показывают, что понятие ЗПР *характеризует отставание в развитии психической деятельности ребёнка в целом.* Термин «ЗПР» был предложен Г. Е. Сухаревой.

Причинами ЗПР являются:

1. минимальные органические повреждения или функциональная недостаточность ЦНС, возникшие в результате воздействия патогенетических факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в первые годы жизни ребёнка;
2. длительные хронические соматические заболевания, перенесённые в раннем детстве;
3. длительная социально-культурная депривация (условия неблагополучной семьи, детский дом) и влияние стрессовых психотравмирующих факторов.

В настоящее время достигнуты успехи в разработке **классификации детей с ЗПР** на основе этиологического принципа (К.С. Лебединский): ЗПР конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения.

Разработаны критерии отграничения ЗПР от других сходных состояний по особенностям речи и умственного развития.

Общим для всех групп ЗПР в психолого-педагогическом плане является отставание в психическом развитии во всех сферах психической деятельности к началу школьного возраста:

- замедленная скорость приёма и переработки сенсорной информации;
- недостаточная сформированность умственных операций и действий;
- низкая познавательная активность и слабость познавательных интересов;
- ограниченность и отрывочность знаний и представлений об окружающем;
- недостатки произношения, аграмматизм, ограниченность словаря;
- эмоциональная неустойчивость и возбудимость;
- несформированность произвольной регуляции поведения;
- слабость учебной мотивации, преобладание игровой.

Эти особенности младших школьников позволили сделать вывод о необходимости организации специального коррекционно-развивающего обучения детей с ЗПР не только на этапе школьного обучения, но и в первую очередь не этапе дошкольного детства.

Исследования показали, что **дошкольники ЗПР характеризуются:**

- недостаточным развитие внимания, памяти;
- низким уровнем речевой активности, замедленным темпом становления регулирующей функции речи;
- импульсивностью действий, слабой целенаправленностью, низкой продуктивностью деятельности;
- несовершенство мотивационно-потребностного компонента, несформированность способов самоконтроля и планирования;
- несовершенство знаково-символической функции и трудности в оперировании образами – представлениями;
- недоразвитие коммуникативной сферы, представлений о себе и окружающих, нечёткие представления о моральных нормах.

Всё это определяет необходимость оказания психолого-педагогической помощи детям с ЗПР ещё до поступления их в школу.

Отличия детей с ЗПР от умственно отсталых детей:

1. Формы ЗПР связаны с мозаичными органическими повреждениями ЦНС; умственная отсталость характеризуется тотальным недоразвитием мозговых структур.
2. Оказание своевременной педагогической помощи детям с ЗПР позволяет значительно сгладить или даже преодолеть временную задержку в психическом развитии и значительно повысить их возможности в умственном развитии; умственная же отсталость – стойкое и необратимое нарушение.

Коррекционно-развивающее обучение детей с ЗПР.

При условии особой организации образовательного процесса, оказания коррекционно- педагогической помощи дети с ЗПР способны овладеть программой детского сада и основной школы и в большинстве случаев продолжить образование.

С целью оказания специальной помощи детям с ЗПР в нашей стране была создана система коррекционно-развивающего образования и компенсирующего обучения.

Сложившаяся к настоящему времени система КРО отражает разработанную в 1993 году в Институте коррекционной педагогики РАО концепцию КРО в условиях общеобразовательной школы (В.И. Лубовский, Н.А. Никашина, Т. В. Егорова, С.Г. Шевченко, Г.М. Капустина и др.).

Система комплексной помощи детям с ЗПР включает в себя в нашей стране:

- создание различных моделей специальных образовательных учреждений для детей данной категории: дошкольных образовательных учреждений (групп) компенсирующего вида, специальных школ и школ-интернатов для детей с ЗПР, классов КРО в структуре массовой общеобразовательной школы;
- раннее выявление детей, отстающих в развитии, удовлетворение их особых образовательных потребностей, обеспечение преемственности форм и методов коррекционной работы в системе дошкольного и школьного образования, начального и основного общего образования;
- совершенствование системы психологического, педагогического и медицинского диагностирования с целью определения особенностей организации коррекционно-образовательного процесса (КОП), сохранения и укрепления здоровья детей;
- создание системы лечебно-оздоровительной и профилактической работы в условиях общеобразовательных учреждений;
- нормативное и учебно-методическое обеспечение практики образования детей с ЗПР;
- определение задач и содержания профессиональной ориентации, профессионально-трудовой подготовки и социально-трудовой адаптации выпускников;
- создание и применение методик оценки эффективности КРО;
- разработку моделей служб консультативной помощи семье;
- подготовку педагогических кадров по коррекционной педагогике для системы дошкольного и школьного образования.

Главными при определении стратегии и технологии обучения и воспитания детей с ЗПР являются профилактика и ранняя коррекция отставания в развитии у детей дошкольного возраста. В основу положен принцип единства диагностики и коррекции, предполагающей построение коррекционной работы в соответствии с результатами диагностики. Практика показывает, что предупреждение трудностей в обучении и адаптации к школе детей целесообразно начинать в условиях детского сада.

Для этого существует специальная модель дошкольного образовательного учреждения – ДОУ компенсирующего вида для детей с ЗПР, в котором коррекционная работа ведётся в *трёх направлениях:* диагностико-консультативная, лечебно-оздоровительная и коррекционно-развивающая.

Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками ведётся дефектологами-специалистами (логопедами, олигофренопедагогами), воспитателями при участии семьи ребёнка. Адаптивная программа учитывает состояние и уровень развития ребёнка и предполагает *обучение по разным направлениям*:

- ознакомление с окружающим миром и развитие речи;
- формирование правильного звукопроизношения;
- обучение игровой деятельности и её развитие;
- ознакомление с художественной литературой;
- развитие элементарных математических представлений;
- подготовка к обучению грамоте;
- трудовое, физическое и художественно-эстетическое воспитание и развитие.

В школе коррекционная работа строится по адаптированным программам и учебным планам в соответствии со специальным образовательным стандартом.

Коррекционная направленность обучения достигается благодаря введению *специальных предметов*: ознакомление с окружающим миром и развитие речи, ритмика, трудовое обучение. На уроках педагоги применяют коррекционно-развивающие технологии, помогающие успешно осваивать учебный материал.

Значительное место занимает индивидуально-групповая коррекционная работа (логопедические занятия, работа по восполнению пробелов предшествующего обучения или пропедевтика новых и трудных тем). С учётом интересов детей и в целях развития индивидуальных склонностей вводятся факультативные курсы (художественно-эстетические, трудовые, музыкальные, спортивные и т. д.)

Успех коррекционной работы с ребёнком с ЗПР и в дошкольном образовательном учреждении, и в школьном обеспечивается многими составляющими, среди которых важную роль играет педагогическое взаимодействие с семьёй. Необходимы распространение среди родителей специальных педагогических знаний, разъяснение достоинств и преимуществ образования ребёнка в условиях класса КРО, укрепление доверия к психолого-педагогическому персоналу и желания сотрудничать в деле помощи ребёнку с затруднениями в обучении. Для учителя класса, педагога группы должны стать правилами: посещение семьи ребёнка, наблюдение за ним в домашних условиях, общение и взаимодействие с родителями на дому.

2. Образование лиц с нарушениями умственного развития.

К лицам с нарушениями умственного развития (умственно отсталым) относят лиц со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный (разлитой) характер. *Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости* является нарушение высших психических функций – отражения и регуляции поведения и деятельности. Это выражается в нарушении познавательных процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления, воображения, речи, внимания), страдают эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом.

Причины возникновения умственной отсталости:

1. Наследственные болезни ЦНС, а также нарушения в строении и числе хромосом (синдром Дауна, Клайнфельтера, Шерешевского-Тернера и т. д.)

2. Внутриутробные инфекции (токсоплазмоз, сифилис, краснуха, свинка, корь, оспа; хронические болезни матери – почек, печени; инфекционные заболевания матери; применение лекарственных препаратов; курение, алкоголь: психические или физические травмы: неблагоприятные условия окружающей среды; конфликт по резус-фактору и антигенам крови между матерью и ребёнком)

3. В период родов – родовые травмы.

4. В период после родов – нейроинфекции (менингит, энцефалит и т. п., а также, но реже, черепно-мозговые травмы и интоксикации)

Установлено, что степень снижения интеллекта *зависит от времени воздействия патогенного фактора:* чем раньше произошли повреждения ЦНС, тем сложнее будет аномалия. Чем позже – тем дефект легче.

Виды умственной отсталости.

1. Если поражение мозга возникло внутриутробно, во время родов или после родов в период до трёх лет, т.е. до становления речи, то имеет место диагноз – **олигофрения.** Дети практически здоровы, но при этом наблюдается стойкое недоразвитие психики, которое проявляется не только в отставании от нормы, но и в глубоком своеобразии. Олигофрены способны к развитию, но оно осуществляется замедленно, атипично. Они составляют значительную часть умственно отсталых.

2. Меньшая по численности группа – лица, умственная отсталость которых

возникла после трёх лет. В результате травм головного мозга произошёл распад уже сложившихся психических функций. Эти состояния называют **деменцией.** Интеллектуальный дефект при деменции необратим. Поражения при деменции неоднородны. Наряду с выраженными нарушениями в одних областях мозга может наблюдаться большая или меньшая сохранность других его отделов. При этих состояниях чаще наблюдаются более резкие нарушения внимания, памяти, работоспособности, чем восприятия, мышления, речи.

3. Особую группу составляют лица, у которых умственная отсталость сочетается с текущими заболеваниями нервной системы: шизофренией, эпилепсией. При прогрессировании этих заболеваний происходит распад психических образований, умственная отсталость усугубляется, достигает тяжёлой степени, появляются специфические особенности эмоционально-волевой сферы, деятельности и личности в целом. Своевременное лечение позволяет затормозить прогрессирование заболевания.

По степени выраженности интеллектуального дефекта **выделяют несколько степеней умственной отсталости: дебильность, имбецильность и идиотия.**

В странах Западной Европы и США эти термины используются лишь в узком профессиональном кругу специалистов. В широкой социальной и педагогической практике используется обобщающее определение **«труднообучаемые»**

Согласно классификации, принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1994 году, умственная отсталость включает *четыре степени снижения интеллекта: незначительную, умеренную, тяжёлую и глубокую* в зависимости от количественной оценки интеллекта (IQ)

Сопоставление качественной характеристики снижения интеллекта (Россия) и количественной характеристики (зарубежные страны) даёт следующие соотношения:

IQ	DSM - III	Российская система
71 и выше	Норма	Норма
50 – 70	Незначительная умственная отсталость, затруднения в обучении.	Дебильность.
35 – 49	Умеренная умственная отсталость, трудности в обучении.	Имбецильность.
25 – 39	Тяжёлая умственная отсталость, значительные трудности в обучении.	Идиотия.
20 и ниже	Глубокая умственная отсталость.	

Дебильность – незначительная степень умственной отсталости. Эта категория лиц составляет большинство среди страдающих умственной отсталостью.

Основные характеристики:

1) дети позже начинают ходить, говорить, в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания;

2) дети неловки, физически слабы, часто болеют;

3) мало интересуются окружающим миром: не исследуют предметы, не стремятся узнать о них у взрослых, равнодушны к процессам и явлениям, происходящим в природе и социальной жизни;

4) к концу дошкольного детства их активный словарь беден, они не могут передать элементарное связное содержание, фразы односложны; пассивный словарь значительно меньше по объёму, чем в норме; они не понимают конструкций с отрицанием, инструкций, состоящих из двух-трёх слов, им трудно поддерживать беседу, т. к. они не всегда достаточно хорошо понимают вопросы собеседника;

5) к концу дошкольного возраста формируется только предметная деятельность, игровая не является ведущей; в период 3-4 лет преобладают бесцельные действия с игрушками (бросает куклу, несёт кубик в рот и т. п.), к 4-5 годам появляются предметно-игровые действия (укачивание куклы), процессуальная игра – многократное повторение

одних и тех же действий; игровые действия не сопровождаются эмоциональной реакцией и речью, сюжетно-ролевая игра без КРО не формируется;

6) общение с нормально развивающимися сверстниками затруднено, его не принимают играть, поэтому он вынужден играть с более младшими;

7) в условиях обычного детского сада ребёнок испытывает значительные трудности в усвоении программного материала по формированию элементарных математических представлений, развитию речи, ознакомлению с окружающим, конструированию.

Таким образом, без специального КРО ребёнок с диагнозом дебильность оказывается не готовым к обучению в школе. Даже если в детском саду их отставание будет выражено не ярко, попав в массовую общеобразовательную школу, эти дети сразу испытают значительные затруднения в овладении математикой, русским языком, чтением. Часто они остаются на второй год, но даже при повторном обучении программный материал они не усвоят.

Для того, чтобы как можно раньше выявить причины трудностей и оказать ребёнку специальную педагогическую помощь, необходимо пройти обследование в ПМПК.

Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности, дети с незначительной умственной отсталостью *всё же имеют возможности для развития:* у них в основном сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, ориентированы на взрослого, у большинства из них эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность.

С 7-8 лет дети с незначительной умственной отсталостью поступают в специальные (коррекционные) школы 8 типа, где обучение ведётся по специальным программам. Большинство юношей и девушек с незначительной степенью умственной отсталости к моменту выпуска из специальной школы по своим психометрическим и клиническим проявлениям мало чем отличаются от нормально развивающихся людей. Они благополучно трудоустраиваются, вливаются в трудовые коллективы на производстве, создают семью, имеют детей.

Эти люди дееспособны, поэтому общество признаёт их способными отвечать за свои поступки перед законом, нести воинскую обязанность, наследовать имущество, участвовать в выборах и т. д.

Имбецильность – является умеренной умственной отсталостью. При этой форме поражены как кора больших полушарий, так и нижележащие образования. Это нарушение выявляется в ранние периоды жизни ребёнка.

Основные характеристики:

1) начинают держать головку к 4-6 месяцам, самостоятельно переворачиваться, сидеть; овладевают ходьбой после трёх лет, у них практически отсутствует лепет, гуление, «комплекс оживления»;

2) речь появляется к концу дошкольного возраста и представляет собой отдельные слова, редко фразы, значительно нарушено звукопроизношение;

3) существенно нарушена моторика, поэтому навыки самообслуживания формируется с большим трудом и более поздние сроки;

4) грубо нарушены ощущение, восприятие, память, внимание, мышление;

5) *основная черта* – неспособность к самостоятельному понятийному мышлению; имеющиеся понятия носят конкретный бытовой характер, речевое развитие примитивно, речь бедна, хотя понимание речи на бытовом уровне сохранно.

Дети-имбецилы признаются недееспособными, инвалидами детства. Эти дети вполне обучаемы, т.е. могут овладеть навыками общения, социально-бытовыми навыками, грамотой, счётом, некоторыми элементарными представлениями об

окружающем мире, научиться какому-либо ремеслу. В то же время они не могут вести самостоятельный образ жизни, нуждаются в опёке.

В дошкольном возрасте дети могут посещать специальные детские сады с нарушениями интеллекта, а в 7-8 лет они могут быть приняты в специальные (коррекционные) школы 8 вида, где для них созданы специальные классы. Также они могут обучаться в школах для детей с выраженными нарушениями интеллекта.

По окончании специальной школы юноши и девушки находятся в семье, они способны выполнять простейший обслуживающий труд, брать на дом работу, не требующую квалифицированного труда (склеивание конвертов и т.п.). Практика показала, что лица с умеренной умственной отсталостью прекрасно справляются с сельскохозяйственным трудом, который помогает им реализоваться.

Идиотия – самая тяжёлая степень умственной отсталости. Диагностика этих грубых нарушений возможна уже на первом году жизни ребёнка.

Основные характеристики:

1) особо выделяются нарушения статических и моторных функций: задержка в проявлении дифференцированной эмоциональной реакции, неадекватная реакция на окружение, позднее проявление навыков стояния, ходьбы, относительно позднее появление лепета и первых слов, слабый интерес к окружающим объектам и игре;

2) резко нарушены процессы памяти, восприятия, внимания, снижены пороги чувствительности. Им недоступно осмысление окружающего мира, речь развивается крайне медленно, ограниченно или не развивается вообще;

3) наблюдаются тяжёлые нарушения моторики, координации движений, пространственной ориентировки, часто эти нарушения так тяжелы, что вынуждают к ведению лежачего образа жизни;

4) медленно и трудно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе гигиенические.

Однако дети с тяжёлой умственной отсталостью могут развиваться: научиться частично обслуживать себя, овладеть навыками общения (речевыми или безречевыми), расширять свои представления об окружающем мире.

В России лица этой категории в основном находятся в учреждениях Министерства социальной защиты, где за ними обеспечивается только уход.

Краткая историческая справка и современная характеристика социальной политики в отношении умственно отсталых лиц.

В России первое образовательное учреждение для умственно отсталых лиц было открыто доктором Ф. Пляцом в 1854 году в Риге. Позже появились врачебно-воспитательные учреждения И.В. Маляревского, приюты и школа Е.К. Грачёвой, вспомогательные классы М.П. Постовской. Они были частными, платными, существовали на благотворительные пожертвования. В 1908 году в Москве было открыто частное учебно-воспитательное заведение «Школа санаторий для дефективных детей» под руководством В. П. Кащенко, которое впоследствии стало одним из первых и ведущих научно-методических центров отечественной дефектологии.

В первые годы после революции 1917 года заботу об умственно отсталых лицах государство полностью взяло на себя. Период 30-70-х годов характеризуется интенсивным развитием отечественной олигофренопедагогики – системы научных знаний об обучении и воспитании умственно отсталых лиц. Большой вклад в её развитие внесли Л.С. Выготский, Л.В. Занков, А.Н. Граборов, Г.М. Дульнев и др. Одновременно с этим продолжается изучение слабоумия (А.Р. Лурия, Б.И. Пинский, В.Г. Петрова, И.М. Соловьёв, С.Я. Рубинштейн, В.И. Лубовский, Г.Е. Сухарева, М.С. Певзнер и др.)

В 70-е годы в нашей стране открываются первые детские сады для умственно отсталых детей, интенсивно развивается новая отрасль олигофренопедагогики – дошкольная олигофренопедагогика.

В настоящее время в отечественной олигофренопедагогике разрабатываются пути и методы оказания коррекционной помощи умственно отсталым детям младенческого и раннего возраста (Е.А. Стребелева, Ю.А. Разенкова, Г.А. Мишина и др.).

Совершенствуются содержание, методы и приёмы обучения и воспитания детей дошкольного и школьного возраста (Л.Б. Баряева, О.П. Гаврилушкина, А.А. Аксёнова, М.Н. Перова, Б.Б. Горскин, Е.Н. Соломина, И.М. Яковлева и др).

Разрабатываются современные технологии обучения умственно отсталых детей и подростков в степени имбецильности и идиотии (Г.В. Цикото, А.Р. Маллер, А.А. Ерёмина и др.).

Современные исследования показывают, что нет необучаемых детей и даже самых тяжёлых можно чему-то научить, используя специфические методы, приёмы и средства обучения, организуя «пошаговое» обучение, глубокую дифференциацию и индивидуализацию обучения, обязательное включение родителей в образовательный процесс.

В последние годы в специальной педагогике широкое распространение получили идеи интеграции, в том числе и на умственно отсталых детей.

Для детей с незначительной и умеренной умственной отсталостью целесообразно создание специальных групп, классов при массовых дошкольных и школьных учреждениях, чтобы дети в первую половину дня могли заниматься с олигофренопедагогом, а на переменах и во второй половине дня быть вместе со всеми, участвовать в различных видах дополнительного образования, праздниках.

Наиболее распространёнными формами обучения умственно отсталых детей и подростков являются специальные детские сады для детей с нарушениями интеллекта и специальные (коррекционные) школы 8 вида.

Образование как средство реабилитации и достижения независимой жизни.

Раннее начало коррекционной работы с умственно отсталым ребёнком позволяет максимально скорригировать дефект и предотвратить вторичные отклонения.

К сожалению, не все формы умственной отсталости могут быть диагностированы в младенческом и раннем детстве. В этом возрасте выявляются наследственные формы олигофрении и нарушения в строении и числе хромосом, а также выраженная умственная отсталость (имбецильность, идиотия).

Как правило, умственно отсталые дети раннего возраста воспитываются в семье или специальных яслях системы здравоохранения. Коррекционная помощь им может быть оказана и в центрах раннего вмешательства, центрах реабилитации и абилитации и ПМПК.

При систематической коррекционной работе родителей с умственно отсталым ребёнком раннего возраста под руководством олигофренопедагога могут быть достигнуты значительные успехи в развитии малыша.

Подготовка к обучению в школе осуществляется в течение всех лет обучения ребёнка в детском саду и проходит в трёх направлениях:

−формирование физической готовности*;*

−формирование элементарных познавательных интересов и познавательной активности и накопление знаний и умений;

−формирование нравственно-волевой готовности.

Основными задачами этих школ являются максимальное преодоление недостатков познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы умственно отсталых школьников, подготовка их к участию в производительном труде, социальная адаптация в условиях современного общества.

В специальной (коррекционной) школе 8 вида преподаются как *общеобразовательные предметы* (русский язык, математика, география, история, естествознание, физкультура, рисование, музыка, черчение), так и специальные (коррекционные).

К коррекционным занятиям в младших классах относятся занятия по развитию речи на основе ознакомления с предметами и явлениями окружающей действительности, специальные занятия по ритмике, а в старших классах (5-9) – социально-бытовая ориентировка (СБО)

Специфической формой организации учебных занятий являются индивидуальные и групповые логопедические занятия, ЛФК и занятия по развитию психомоторики и сенсорных процессов.

Важное место в специальных школах придаётся трудовому обучению. Оно уже с 4 класса носит профессиональный характер. В процессе обучения труду подростки осваивают доступные им профессии.

Обучение в школе продолжается от 8 до 11 лет.

Большое место в специальной (коррекционной) школе 8 вида отводится воспитательной работе, целью которой является социализация воспитанников, а основными задачами – выработка положительных качеств, формирование правильной оценки окружающих и самих себя, нравственного отношения к окружающим. Специфической задачей воспитательной работы в специальной школе является повышение регулирующей роли интеллекта в поведении учеников в разных ситуациях и в процессе разных видов деятельности.

ТЕМА 7: СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

1. **Предмет логопедии. Закономерности развития речи. Причины речевых нарушений.**
2. **Основные виды речевых нарушений.**
3. **Нарушение развития речи.**

1. Предмет логопедии. Закономерности развития речи. Причины речевых нарушений.

Логопедия – это наука о нарушениях речи, методах их выявления, устранения и предупреждения средствами специального обучения и воспитания.

Изучение речевой патологии и её коррекции начались относительно недавно, а именно с тех пор, как стали известны основные анатомо-физиологические механизмы обеспечения речевой деятельности, т.е. примерно с середины 19 века.

С конца прошлого века особый интерес начинает вызывать детская речь, особенности её развития и причины нарушения, формируются научные представления о некоторых клинических формах речевых расстройств (А. Куссмауль, И. А. Сикорский и др.) Современный этап развития логопедии связан с разработкой научных представлений о различных формах речевых нарушений, а также созданием эффективных методик их преодоления. Становление логопедии в нашей стране связано с именами Ф. А. Рау, М. Е. Хватцева, О. П. Правдиной, Р. Е. Левиной и др.

Основные закономерности развития речи у детей.

Для нормальной речевой деятельности необходима целостность и сохранность всех структур мозга. Особое значение для речи имеют слуховая, зрительная и моторная системы. Устная речь осуществляется посредством координационной работы мышц **трёх отделов перифирического речевого аппарата:** дыхательного, голосового и артикуляционного. Речевой выдох вызывает колебания голосовых связок, что обеспечивает голос в процессе речи. Произнесение речевых звуков (артикуляция) происходит благодаря работе артикуляционного отдела. Вся работа перифирического речевого аппарата, которая связана с точнейшими и тончайшими координациями в сокращении его мышц, регулируется ЦНС.

Особую роль в речевой деятельности играют *речеслуховая и речедвигательная зоны,* которые расположены в доминантом (левом для правшей) полушарии мозга.

Речь формируется в процессе общего психофизического развития ребёнка.

-В период от 1 года до 5 лет у здорового ребёнка постепенно формируются фонематическое восприятие, лексико-грамматическая сторона речи, развивается нормативное звукопроизношение:

- на самом раннем этапе ребёнок овладевает голосовыми реакциями в виде гуления, вокализации, лепета, во время которых произносимые ребёнком звуки постепенно приближаются к звукам родного языка, к концу 1 года ребёнок понимает значение многих слов и начинает произносить первые слова;
- после 1,5 лет у ребёнка появляются первые фразы (из 2-3 слов), которая постепенно усложняется, собственная речь становится всё более правильной фонологически, морфологически и синтаксически;
- к 3 годам обычно сформированы основные лексико-грамматические конструкции обиходной речи, ребёнок переходит к развёрнутой фразовой речи;
- к 5 годам развиваются механизмы координации между дыханием, фонацией и артикуляцией, что обеспечивает достаточную плавность речевого высказывания;
- к 5-6 годам у ребёнка формируется способность к звуковому анализу и синтезу, нормальное развитие речи в целом позволяет ему перейти к овладению письменной речью.

Причины речевых нарушений.

Среди причин, вызывающих нарушения речи, различают биологические и социальные факторы риска.

Биологические причины патогенные факторы, воздействующие главным образом в период внутриутробного развития, родов и первые месяцы жизни после рождения. Особую роль играют семейная отягощённость речевыми нарушениями, леворукость и правшество.

Социально-психологические факторы риска связаны с психической депривацией детей. Особое значение имеют: недостаточность эмоционального и речевого общения ребёнка со взрослыми, необходимость усвоения ребёнком 3-4 лет сразу двух языковых систем, излишняя стимуляция речевого развития ребёнка, неадекватный тип воспитания, педагогическая запущенность, дефекты речи окружающих.

Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с речевыми нарушениями.

Дети с речевыми нарушениями обычно имеют органические или функциональные отклонения в состоянии ЦНС.

Наличие органического поражения мозга обусловливает то, что эти дети плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое качание на качелях, нередко они жалуются на головные боли, тошноту и головокружения. У многих из них выявляются различные двигательные нарушения: нарушения равновесия, координации движений, недифференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений.

Такие дети быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности. Они характеризуются раздражимостью повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, не могут спокойно сидеть, теребят что-то в руках, болтают ногами и т. п. Они эмоционально неустойчивы, настроение быстро меняется. Нередко возникают расстройства настроения с проявлением агрессии, навязчивости, беспокойства. Значительно реже у них наблюдаются заторможенность и вялость.

Как правило, у таких детей наблюдаются неустойчивость внимания, памяти, особенно речевой, низкий уровень понимания словесных инструкций, недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля за собственной деятельностью, нарушение познавательной деятельности, низкая работоспособность.

В период психосоматического благополучия такие дети могут достигать довольно высоких результатов в учёбе.

Дети с функциональными отклонениями в состоянии ЦНС эмоционально реактивны, легко дают невротические реакции и даже расстройства в ответ на замечание, плохую отметку, неуважительное отношение со стороны учителя и детей. Их поведение может характеризоваться негативизмом, повышенной возбудимостью агрессией или, наоборот, повышенной застенчивостью, нерешительностью, пугливостью.

2. Основные виды речевых нарушений.

Среди основных нарушений речи выделяют следующие.

1) Дислалия – нарушение звукопроизношения, связанное с аномалиями строения артикуляционного аппарата или особенностями речевого воспитания.

Механическая (органическая) дислалия связана с нарушениями строения артикуляционного аппарата: неправильный прикус, неправильное строение зубов, твёрдого нёба, аномально большой или маленький язык, короткая уздечка языка, что затрудняет правильное произношение звуков.

Функциональная дислалия чаще всего связана: с неправильным речевым воспитанием ребёнка в семье («сюсюканье», «нянькин язык» при общении), неправильным звукопроизношением взрослых, педагогической запущенностью, незрелостью фонематического восприятия. Нередко функциональная дислалия наблюдается у детей младшего дошкольного возраста, которые овладевают сразу несколькими языками, что приводи к смешению звуков двух языковых систем.

Проявления дислалии:

- нарушение произношения шипящих, свистящих - сигматизм; *р* – ротанизм; *л* – ламбданизм;
- отсутствие тех или иных звуков -
- искажения звуков или их замена.
- дефекты произношения нёбных звуков (недостаток произношения звуков *к, г, х, й)*;
- дефекты озвончения (вместо звонких звуков произносятся их глухие пары);
- дефекты смягчения (вместо твёрдых звуков произносятся их мягкие пары).

При этом лексико-грамматическая стороны речи формируются в соответствии с нормой.

Формирование нормального звукопроизношения происходит до 4 лет, если же после этого возраста отмечаются нарушения звукопроизношения, то необходимо обратиться к логопеду.

2) Нарушения голоса – отсутствие или расстройство голосообразования (фонации) вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Дисфония – частичное нарушение голоса (страдает высота, сила и тембр).

Афония – полное отсутствие голоса.

И дисфония, и афония могут быть двух видов:

- органическая – возникающие в результате хронических воспалительных процессов голосового аппарата или его анатомических изменений;
- функциональная – более распространённые и многообразные, связанные с голосовым переутомлением, инфекционными заболеваниями и психотравмирующими ситуациями.

3) Ринолалия – нарушение звукопроизношения и тембра голоса, связанное с врождённым анатомическим дефектом строения артикуляционного аппарата.

Анатомический дефект проявляется в виде: расщелина на верхней губе (незарощения), десне, твёрдом и мягком нёбе, в результате чего между ротовой и носовой полостью имеется открытая расщелина (либо отверстие), прикрытая истощённой слизистой оболочкой. Часто расщелины сочетаются с различными видами зубочелюстной аномалиями**.**

Речь ребёнка характеризуется: невнятностью гнусавостью, нарушением произношения многих звуков, в тяжёлых случаях речь ребёнка не понятна для окружающих. При этом при ринолалии в разной степени страдают все компоненты языковой системы.

Дети, страдающие ринолалией, нуждаются в ранней диспансеризации, ортодонтическом и хирургическом лечении. Систематическая и длительная логопедическая помощь нужна таким детям как до, так и после хирургического вмешательства.

4) Дизартрия – нарушение звукопроизносительной и мелодико-интонационной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата.

Дизартрия связана с *органическим поражением нервной системы,* в результате чего нарушается двигательная сторона речи. Это нарушение может возникать как у детей, так и у взрослых. Причиной дизартрии в детском возрасте является поражение нервной системы главным образом во внутриутробном или родовом периоде жизни нередко на фоне ДЦП.

При дизартрии наблюдаются расстройства звукопроизношения, голосообразования, темпо-ритма речи и интонации. Степень выраженности дизартрии бывает разной: от полной невозможности произнесения речевых звуков (*анартрия),* до еле заметной нечёткости произношения (*стёртая дизартрия),* что зависит от характера поражения нервной системы.

При дизартрии речь детей развивается с задержкой:

- страдает произношение сложных по артикуляции звуков (*с, з, ц, ш, щ, ж, ч, р, л)*;
- произношение нечёткое, смазанное («каша во тру»);
- голос слабый, хрипловатый, гнусавый, речь малоинтонированная, невыразительная;
- темп речи как ускоренный, так и замедленный;
- фонематическое восприятие недостаточно сформировано;
- звуковой анализ и синтез осуществляются с трудом;
- лексико-грамматическая сторона грубо не страдает, однако почти у всех детей отмечаются бедность словаря, недостаточное владение грамматическими конструкциями;
- процесс овладения чтением и письмом затруднён: почерк неровный, буквы несоразмерные, стойкие специфические ошибки письма, чтение вслух интонационно не окрашено, скорость снижена, понимание текста ограничено.

Дети, страдающие дизартрией, нуждаются в ранней и длительной логопедической работе.

5) Заикание – нарушение плавности речи, обусловленное судорогами мышц речевого аппарата.

Заикание, как правило, начинается у детей в возрасте с 2 до 6 лет. Оно может появиться у детей с опережающим речевым развитием в результате излишней речевой нагрузки, психической травмы, либо у детей с задержанным речевым развитием в результате поражения определённых структур ЦНС.

Основные проявления заикания:

- судороги мышц речевого аппарата, которые возникают либо в момент самой речи или попытки только начать её;
- речь характеризуется повторением звуков, слогов или слов, удлинением звуков, обрывом слов, вставками дополнительных звуков или слов;
- речь сопровождается сопутствующими движениями: зажмуривание глаз, раздувание крыльев носа, кивательные движения головой, притоптывание и т.п.;
- частое использование слов-вставок типа: вот, это, ну и т.д., что носит навязчивый характер.

Особенно необходимо обращать внимание на заикание у подростков, т.к. в этом возрасте они уже осознают свой дефект и поэтому боятся произвести неблагоприятное впечатление на собеседника, в результате чего формируется стойкий страх речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач – *логофобия.* В связи с этим появляется реакция избегания речевого общения и его ограничение: отказ отвечать у доски, просят учителя опрашивать их либо письменно, либо после уроков. В то же время в общении с близкими людьми, дома с родными заикающиеся могут говорить плавно и спокойно.

Несмотря на трудности, возникающие у заикающихся подростков, учителю не следует заменять речевые ответы на письменные – это отрицательно скажется на формировании монологического высказывания, связной контекстной речи. Для преодоления заикания необходима помощь логопеда, а в некоторых случаях и психолога.

6) Алалия – отсутствие или недоразвитие речи у детей, обусловленное органическим поражением головного мозга.

Это один из наиболее сложных дефектов, для которого характерны позднее появление речи, её замедленное развитие, значительное ограничение как пассивного, так и активного словаря.

Различают две формы алалии:

Экспрессивная – не формируется звуковой образ слова. Для устной речи таких детей характерно упрощение слоговой структуры слов, пропуски, перестановки и замены звуков, слогов, а также слов во фразе. Страдает усвоение грамматических структур языка. Речевое развитие таких детей бывает разным: от полного отсутствия устной речи до возможности реализовывать достаточно связные высказывания, в которых могут наблюдаться разнообразные ошибки. Эти дети достаточно хорошо понимают обиходную речь, адекватно реагируют на обращение к ним взрослых, однако только в рамках конкретной ситуации.

Импрессивная алалия – нарушение восприятия и понимания речи при полноценном физическом слухе. Ведущий симптом – расстройство фонематического восприятия, которое может проявляться от полного неразличения речевых звуков до затруднённого восприятия устной речи на слух. Таким образом, дети либо совсем не понимают обращённую к ним речь, либо понимание речи ограничено привычной бытовой ситуацией. Тихая речь воспринимается ими лучше. Также для них характерно явление эхолалии – повторение услышанных слов или фраз без осмысления. Нередко такие дети производят впечатление глухих или умственно неполноценных.

У детей с алалией без специального коррекционного воздействия речь не формируется, поэтому им необходима длительная логопедическая помощь.

7) Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная органическими локальными поражениями головного мозга.

При афазии главным образом поражаются определённые зоны доминантного по речи полушария. Выделяют несколько форм афазии, в основе которых лежит либо понимание речи, либо её производство. В тяжёлых случаях при афазии у человека нарушается способность как понимать речь, так и говорить. Данное речевое расстройство чаще возникает у лиц пожилого возраста в результате тяжёлых мозговых заболеваний (инсульт, опухоли) либо травм мозга. У детей афазию диагностируют в тех случаях, когда органическое поражение мозга произошло после овладения ребёнком речью. В этих случаях афазия приводит не только к нарушению её дальнейшего развития, но и к распаду сформированной речи.

Афазия часто приводит к глубокой инвалидизации. Возможности компенсации у взрослых и детей речевых и психических нарушений резко ограничены. Взрослые с афазией, как правило, теряют работу, с трудом приспосабливаются в быту. Непонимание речи окружающих и невозможность выразить свои желания вызывают нарушения поведения: агрессию, конфликтность, раздражительность.

Помощь лицам с афазией осуществляется не только логопедом, но и через систему здравоохранения.

Все рассмотренные виды речевых нарушений имеют **органический характер**, т.е. связаны с нарушениями строения органа речи.

3. Нарушение развития речи.

1. Первый уровень – самый низкий. Дети не владеют общеупотребительными средствами общения, используют лепетные слова и звукоподражание («бо- бо», «ав – ав» и т. п.), а также небольшое число существительных и глаголов, которые существенно искажены с звуковом отношении («кука – кукла», «ават – кровать» и т. д.). Одним и тем же лепетным звуком или словом ребёнок может обозначать несколько разных понятий, заменять им названия действий и названия предметов («би – би» – машина, самолёт, поезд, ехать и т. д.).

Высказывания сопровождаются активными жестами и мимикой, преобладают предложения из одного – двух слов, грамматические связи в этих предложениях отсутствуют, речь понятна только в конкретной ситуации общения с близкими детьми.

Резко нарушена звуковая сторона речи, дефектных звуков значительно больше, правильно произносимые звуки нестойки и в речи могут искажаться и заменяться, особенно нарушено произношение согласных звуков, гласные – относительно сохранные.

Фонематическое восприятие нарушено грубо, дети путают сходные по звучанию, но разные по значению слова («молоко – молоток», «мишка – миска»), до трёх лет дети являются практически безречевыми, поэтому им нужна систематическая работа с логопедом. Такие дети обучаются в специальном дошкольном учреждении, а в дальнейшем нуждаются в длительном обучении в специальных школах для детей с тяжёлыми нарушениями речи.

2. Второй уровень – у детей имеются зачатки общеупотребительной речи, понимание обиходной речи достаточно развито, наряду с жестами, мимикой и лепетом они используют общеупотребительные слова, которые обозначают предметы, действия и признаки, хотя их активный словарь резко ограничен.

Дети пользуются предложениями из 2-3 слов с начатками грамматического конструирования, хотя отмечаются грубые нарушения в использовании грамматических форм («игаю кука» – «играю с куклой»).

Звукопроизношение значительно нарушено, отмечаются замены, искажения и пропуски целого ряда согласных звуков, нарушена слоговая структура слова, дети сокращают количество звуков и слогов, отмечаются их перестановки («тевики – снеговики», «виметь – медведь»), при обследовании обнаруживаются недостатки фонематического восприятия.

Дети со вторым уровнем речевого развития нуждаются в длительной логопедической помощи как в дошкольном, так и школьном возрасте. Возможности компенсации резко ограничены. Однако в зависимости от степени компенсации дети могут быть направлены как в общеобразовательную школу, так и в школу для детей с тяжёлыми нарушениями речи. При поступлении в общеобразовательную школу они должны получать систематическую логопедическую помощь, так как овладение письмом и чтением у них крайне затруднено.

3. Третий уровень – дети пользуются развёрнутой фразовой речью, не затрудняются в назывании предметов, действий, признаков предметов, хорошо знакомых им в обыденной жизни. Они могут рассказать о своей семье, составить короткий рассказ по картинке.

Однако у них имеются недостатки развития всех сторон речевой системы, как лексико- грамматической, так и фонетико-фонематической. Они неточно употребляют слова, мало используют прилагательные и наречия, не употребляют обобщающие слова

и слова с переносным значением, с трудом образуют новые слова с помощью приставок и суффиксов, ошибочно используют союзы и предлоги, допускают ошибки в согласовании существительного с прилагательным в роде, числе и падеже.

Дети с третьим уровнем речевого развития при условии систематической логопедической помощи бывают готовы к поступлению в общеобразовательную школу, хотя испытывают определённые трудности в обучении, связанные с недостаточностью развития словаря, ошибками грамматического конструирования связного высказывания, недостаточной сформированностью фонематического восприятия, нарушением звукопроизношения. Монологическая речь развивается у таких детей с трудом, в основном они используют диалог. В целом готовность к школьному обучению у них низкая, в начальных классах им трудно овладевать письмом и чтением, имеются специфические нарушения письма и чтения.

Таким образом – **ОНР – системное нарушение усвоения всех уровней языка, требующее длительного и систематического логопедического воздействия.**

1) Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН) характеризуется нарушением произношения и восприятия фонем родного языка.

Эта группа является наиболее многочисленной. К ним относятся дети, у которых наблюдаются:

- неправильное произношение отдельных звуков, одной или нескольких групп звуков (свистящих, шипящих, л, р);
- недостаточное фонематическое восприятие нарушенных звуков;
- затруднённость восприятия акустической и артикуляционной разницы между оппозиционными фонемами;
- в устной речи наблюдаются:
- отсутствие звука – («ука» – «рука»);
- замена одного звука другим определённым звуком («суба – шуба», «лука – рука»);
- смешения тех звуков, которые входят в состав определённых фонетических групп, наблюдается неустойчивое употребление этих звуков в различных словах, в одних правильно, в других нет;
- у детей с ФФН нарушено формирование фонематического анализа и синтеза, что приводи к значительным затруднениями при обучении чтении и письму.

Преодоление ФФН требует целенаправленной логопедической помощи.

Таким образом – **ФФН – это нарушение формирования произносительной системы родного языка вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.**

Нарушения чтения и письма.

Частичное расстройство процессов чтения и письма называют **дислексией и дисграфией.** Их основным симптомом является наличие стойких специфических ошибок, возникновение которых у учеников общеобразовательной школы не связано ни со снижением интеллектуального развития, ни с выраженными нарушениями слуха и зрения, ни с нерегулярностью школьного посещения. Дислексия и дисграфия обычно встречаются в сочетании. Полная неспособность овладеть письмом и чтением называется **аграфией и алексией.** Причины дисграфии и дислексии связаны с нарушением взаимодействия различных анализаторных систем коря больших полушарий.

Дисграфия – стойкие и повторяющиеся ошибки письма. Принципы группировки ошибок:

- смешение и замена букв;
- искажение звуко-слоговой структуры слова;
- нарушение слитности написания отдельных слов в предложении – разрыв слова на части, слитное написание слов в предложении;
- аграмматизмы;
- смешение букв по оптическому сходству.

В настоящее время принято выделять несколько *видов дисграфий*.

1) Артикуляторно-акустическая. У детей наблюдаются различные искажения звукопроизношения (фонетические нарушения) и недостаточность фонематического восприятия речевых звуков, различающихся тонкими акустико-артикуляционными признаками (фонетико-фонематические нарушения). Проявляется в заменах букв, которые соответствуют заменам звуков в устной речи ребёнка.

2) Акустическая дисграфия. У детей отмечается несформированность процессов фонематического восприятия, что проявляется в заменах и смешениях букв, которые обозначают звуки, различающиеся тонкими акустико-артикуляционными признаками (свистящие и шипящие, звонкие и глухие, звуки р – л). Кроме этого, у детей отмечается несформированность звукового анализа и синтеза, что проявляется в письме в виде следующих специфических ошибок: пропуски, вставки, перестановки, повторы букв или слогов, т. е. при пропусках ребёнок не вычленяет в составе слова всех его звуковых элементов («снки» –«санки»), перестановки и повторы являются выражением трудностей анализа последовательности звуков в слове («корвом» – «ковром», «сахахарный» – «сахарный»).

3) Дисграфия, связанная с нарушением звукового анализа и синтеза. Дети не вычленяют в речевом потоке устойчивые речевые единицы и их элементы, что приводит к слитному написанию смежных слов, предлогов и союзов с последующим словом («надерево»), к раздельному написанию частей слова, чаще приставки и корня («и дут»).

4) Аграмматическая дисграфия, проявляющаяся в нарушении грамматической связи между словами, а также смысловыми связями между предложениями.

5) Оптическая дисграфия связана с недоразвитием пространственных представлений, анализа и синтеза зрительного восприятия, что проявляется в заменах и искажениях сходных по начертанию букв (д – б, т – ш, и – ш, п – т, х – ж, л – м), неправильному расположению элементов букв и т. п. К этому виду дисграфии относится так называемое зеркальное письмо.

У ребёнка с дисграфией, как правило, с трудом формируются графические навыки, в результате чего почерк неровный. Затруднения ребёнка при выборе нужной буквы придают характерный небрежный вид письму. Оно пестрит поправками и исправлениями.

Дислексия как частичное расстройство овладения чтением проявляется в многочисленных повторяющихся ошибках в виде замен, перестановок, пропусков букв и т. п., что обусловлено несформированностью психических функций, обеспечивающих процесс овладения чтением. *Формы дислексий:*

1) Фонематическая дислексия. Наблюдается у детей с несформированными функциями фонематического восприятия, анализа и синтеза что проявляется в путании букв, обозначающих сходные звуки, побуквенное чтение, искажение звуко-слоговой структуры слова (вставки, пропуски, перестановки).

2) Семантическая дислексия обусловлена несформированностью процессов звуко-слогового синтеза и отсутствием дифференцированных представлений о синтаксических связях внутри предложения. Такие дети овладевают техникой чтения, но читают чисто механически, без понимания смысла читаемого.

3) Аграмматическая дислексия наблюдается у детей с несформированностью грамматической стороны устной речи.

4) Мнестическая дислексия связана с нарушением установления ассоциативных связей между зрительным образом буквы и слухо-произносительным образом звука, т.е. дети не могут запомнить буквы и сопоставить их с соответствующими звуками.

5) Оптическая дислексия обусловлена теми же механизмами, что и оптическая дисграфия. При чтении буквы, сходные по начертанию, смешиваются и взаимозаменяются детьми. Иногда может наблюдаться зеркальное чтение.

Дети с дисграфиями и дислексиями нуждаются в логопедических занятиях, на которых используются специальные методы формирования навыков чтения и письма.

ТЕМА 8: СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1. **Виды нарушений опорно-двигательного аппарата.**
2. **Структура двигательного дефекта при ДЦП.**
3. **Нарушения психики при ДЦП.**
4. **Коррекционная работа при ДЦП.**

1. Виды нарушений опорно-двигательного аппарата.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата могут носить как врождённый, так и приобретённый характер. Отмечаются **следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.**

1) Заболевания нервной системы: ДЦП, полиомиелит.

2) Врождённая патология опорно-двигательного аппарата: врождённый вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей; аномалия развития пальцев кисти; артрогрипоз (врождённое уродство).

3) Приобретённые заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулёз, опухоли костей, остеомиелит); системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Основную массу среди них составляют дети с церебральным параличом (89%). У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и психолого-педагогической и логопедической коррекции. Другие категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. *В их социальной адаптации определяются два направления*:

Первое имеет целью приспособить к ребёнку социальную среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), съезды на тротуарах и т. д.

Второй способ адаптации ребёнка с двигательным дефектом – приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

Общая характеристика ДЦП.

Детский церебральный паралич (ДЦП) за последние годы стал одним из наиболее распространённых заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. ДЦП проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Таким образом, при ДЦП страдают самые важные для человека функции: движение, психика и речь. *Ведущими в клинической картине ДЦП* являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами,

нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха), судорожными припадками.

Причиной ДЦП могут быть различные неблагоприятные факторы, воздействующие во внутриутробном периоде, во время родов, или на первом году жизни. Наибольшее значение в возникновении ДЦП придаётся поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Так, из каждых 100 случаев ДЦП 30 возникает внутриутробно, 60 – во время родов, 10 – после рождения (Л. О. Бадалян).

К вредным факторам, неблагоприятно воздействующим внутриутробно, относятся:

- инфекционные заболевания, перенесённые будущей матерью во время беременности (вирусные инфекции, краснуха, токсиплазмоз);
- сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери;
- токсикозы беременности;
- физические травмы, ушибы плода;
- несовместимость крови матери и плода по резус-фактору;
- психические травмы, в т.ч. и отрицательные эмоции;
- физические факторы (перегревание или переохлаждение, действие вибрации, облучение, в т. ч. и ультрафиолетовое в больших дозах);
- некоторые лекарственные препараты;
- экологическое неблагополучие.

В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов могут оказать повреждающее действие на ЦНС развивающегося плода. Сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой считается в настоящее время одной из наиболее частых причин возникновения ДЦП. Действие родовой травмы обычно сочетается с асфиксией. У детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть, имеется высокая степень риска для возникновения ДЦП.

ДЦП может возникать и после рождения в результате перенесённых нейроинфекций (менингита, энцефалита), тяжелых ушибов головы.

2. Структура двигательного дефекта при ДЦП.

У детей с ДЦП задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с ДЦП обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

1. Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии)**.**

Часто при ДЦП наблюдается повышение мышечного тонуса – *спастичость*. Мышцы в этом слу- чае напряжены. Характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с ДЦП ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки.

При *ригидности* мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимальное повышение мышечного тонуса). Нарушаются плавность и слаженность мышечного взаимодействия.

При *гипотонии* (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. При гипотонии объём пассивных движений значительно больше нормального.

Дистония – меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью. В покое мышцы расслаблены, при

попытках к движению тонус резко нарастает, в результате чего оно может оказаться невозможным.

При осложнённых формах ДЦП может отмечаться и сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом.

2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы или параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей, называется *центральным параличом,* а ограничение объёма движений – *центральным парезом.* Ограничение объёма произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребёнок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперёд, в стороны, согнуть или разогнуть ноги. Всё это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и, прежде всего, манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например, изолированные движения пальцев рук.

3. Наличие насильственных движений. Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы – непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут наблюдаться и в покое, и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей, туловища.

Тремор – дрожание пальцев рук и языка. Он наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например, при приближении пальца к носу при закрытых глазах.

4. Нарушения равновесия и координации движений (атаксия)**.** Наблюдается туловищная атаксия при сидении, стоянии, ходьбе. В тяжёлых случаях ребёнок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах (с целью компенсации дефекта), пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Ребёнок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребёнок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме.

5. Нарушение ощущений движения (кинестезий). Развитие двигатеьных функций тесно связано с ощущением движения. Ощущение движений осуществляется при помощи специальных чувствительных клеток (проприоцепторов), расположенных в мышцах, сухожилиях, связках, суставах и передающих в ЦНС информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Эти ощущения называются *мышечно-суставным чувством.* При всех формах ДЦП нарушается проприоцептивная регуляция движений. Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условно – рефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. У детей с ДЦП бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направлений движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушение ощущений движений ещё более обедняет двигательный опыт ребёнка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений, задерживает формирование тонких, координированных движений.

6. **Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов** (статокинетических рефлексов). Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребёнка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребёнку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

7. **Синкенизии.** Синкенизии – это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребёнок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются).

8. **Наличие патологических тонических рефлексов.** Их выраженность выражает основной механизм нарушений при ДЦП. Двигательные нарушения при ДЦП обусловлены тем, что поражение незрелого мозга нарушает последовательность этапов его созревания. При нормальном ходе развития к 3 месяцам жизни позотонические рефлексы уже не проявляются. При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врождённых, безусловно-рефлекторных двигательных автоматизмов, к которым и относятся позотонические рефлексы. Патологически усиленные позотонические рефлексы не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, деформаций. У детей с ДЦП проявления этих рефлексов в первые годы жизни могут усиливаться из месяца в месяц и в последующие годы оставаться стойкими. Развитие моторики при ДЦП чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексы оказывают решающее влияние. Ребёнку может быть 2 года и более, а его двигательное развитие будет находиться на уровне 5-8 месячного здорового младенца.

Двигательные нарушения у детей с ДЦП могут иметь различную степень выраженности. *При тяжелой степени* ребёнок не овладевает навыками ходьбы, манипулятивной деятельности. Он не может самостоятельно обслуживать себя. *При средней степени* двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто при помощи специальных приспособлений (костыли, палочки и т.д.). Они не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания у них развиты не полностью, так же как и манипулятивная деятельность. *При лёгкой степени* двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила.

3. Нарушения психики при ДЦП.

Механизм нарушения развития психики сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный, неравномерный характер.

Не существует чёткой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений: например, тяжёлые двигательные расстройства могут сочетаться с лёгкой ЗПР, а остаточные явления ДЦП – с тяжёлым недоразвитием психических функций. Для детей с ДЦП характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами.

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей.

1) Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем. Это обусловлено несколькими причинами:

- вынужденная изоляция, ограничение контактов ребёнка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;
- затруднение познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств;
- нарушение сенсорных функций.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология слуха, зрения, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объём информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с ДЦП.

Ощупывание, манипулирование с предметами, т.е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушены.

Дети с ДЦП не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

2) Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т.е. нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Преимущественно страдают наиболее «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Причём чаще всего страдают отдельные корковые функции, т. е. характерна парциальность их нарушений. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

3) Выраженность психоорганических проявлений – замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объёма механической памяти. Большое число детей отличаются низкой познавательной активностью, что проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной перек5лючаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий.

По состоянию интеллекта дети с ДЦП представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается ЗПР, у остальных имеет место олигофрения. Дети без отклонений в психическом (в частности, в интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является ЗПР.

Для детей с ДЦП *характерны расстройства эмоционально – волевой сферы.* У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребёнок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребёнка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики (эйфория).

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастности.

У детей с ДЦП *своеобразная структура личности.* Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Речевые нарушения при ДЦП.

В структуре дефекта у детей с ДЦП значительное место занимают нарушения речи, частота которых составляет 80%.

В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определённых структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставания в развитии речи при ДЦП связаны с ограничением объёма знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно – практической деятельности. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребёнка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на его жест или взгляд. При этом не формируется потребность в речевой деятельности, ребёнок лишается важного для него речевого общения.

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология. *Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с ДЦП.* Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперёд и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают и нарушают формирование голосовой активности и звукопроизносительной стороны речи. Недостаточность кинестетического восприятия проявляется в том, что ребёнок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей.

Отмечается зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функций рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности. Различные нарушения двигательной сферы обусловливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы ДЦП характерны специфические нарушения речи.

У детей с ДЦП выделяют следующие формы *речевых нарушений:* дизартрия, задержка речевого развития, алалия, нарушения письменной речи.

Речевые нарушения при ДЦП редко встречаются в изолированном виде. Например, наиболее частая форма речевой патологии – дизартрия – часто сочетается с задержкой речевого развития или реже – с алалией.

4. Коррекционная работа при ДЦП.

Основными целями коррекционной работы при ДЦП являются:

- оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи;

- обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения;
- развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучении, труду.

В комплексное восстановительное лечение ДЦП включаются: медикаментозные средства, различные виды массажа, ЛФК, ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры.

Существует несколько основных принципов коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими ДЦП.

1) Комплексный характер коррекционно-педагогической работы. Это означает постоянный учёт взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребёнка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция (развитие) всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

2) Раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции. В последние годы широко внедрена в практику ранняя диагностика ДЦП. Несмотря на то, что уже в первые месяцы жизни можно выявить патологию доречевого развития и нарушения ориентировочно-познавательной деятельности, коррекционно-педагогическая и, в частности, логопедическая, работа с детьми нередко начинается после 3-4 лет. В этом случае работа чаще всего направлена на исправление уже сложившихся дефектов речи и психики, а не на их предупреждение. Раннее выявление патологии доречевого и раннего речевого развития и своевременное коррекционно-педагогическое воздействие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые нарушения у детей с ДЦП в старшем возрасте.

3) Организация работы в рамках ведущей деятельности. Нарушения речевого и психического развития при ДЦП в значительной степени обусловлены отсутствием или дефицитом деятельности детей. Поэтому при коррекционно-педагогических мероприятиях стимулируется основной для данного возраста вид деятельности.

4) Наблюдение за ребёнком в динамике продолжающегося психоречевого развития.

5) Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребёнка.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем и дошкольном возрасте являются:

- развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими;
- стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, кинестетического восприятия). Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений;
- развитие предпосылок к интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, воображения);
- формирование математических представлений;
- развитие зрительно-моторной координации и функциональных возможностей кисти и пальцев; подготовка к овладению письмом;
- воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Значительное место в коррекционно-педагогической работе при ДЦП отводится *логопедической работе. Её основными задачами являются*:

- развитие (и облегчение) речевого общения, улучшение разборчивости речи;
- нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;
- развитие речевого дыхания, голоса, просодики;
- формирование силы, продолжительности, управляемости голоса в речевом потоке;
- выработка синхронности дыхания, голоса и артикуляции;
- коррекция нарушений произношения.

Трудовое воспитание осуществляется как в процессе повседневной жизни, так и на специальных занятиях по трудотерапии. Профориентация детей с ДЦП проводится в течение всего периода обучения с целью подготовки к будущей профессии, более всего соответствующей психофизическим возможностям и интересам подростка. В школах-интернатах работают различные трудовые мастерские: швейные, столярные, слесарные. Детей обучают делопроизводству и машинописи, фотоделу, садоводству, другим специальностям.

После окончания школы подростки продолжают профессиональное обучение в профтехучилищах, техникумах или высших учебных заведениях, для поступления в которые они имеют определённые льготы. Существует также сеть специализированных профтехучилищ Министерства социальной защиты. Для выбора профиля учреждения, в котором наиболее целесообразно учиться или работать подростку, страдающему ДЦП, проводится экспертиза трудоспособности. При трудоустройстве инвалидов строго следуют рекомендациям ВТЭК (врачебно-трудовой экспертной комиссии). При сохранном интеллекте можно овладеть профессиями программиста, экономиста, бухгалтера, библиотекаря, переводчика и т.д.

ТЕМА 9: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АУТИЗМЕ

1. **Понятие о синдроме раннего детского аутизма.**
2. **Клинико-психолого-педагогическая характеристика.**
3. **Возможности развития, образования и социализации.**

1. Понятие о синдроме раннего детского аутизма.

Под термином **аутизм понимают «отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверхранимость в контактах со сре- дой».** (Лебединская К.С.).

Аутизм как симптом встречается при довольно многих психических расстройствах, но в некоторых случаях он проявляется очень рано (в первые годы и даже месяцы жизни ребёнка), занимает центральное, ведущее место в клинической картине и оказывает тяжелое негативное влияние на весь ход психического развития ребёнка.

В таких случаях говорят о **синдроме раннего детского аутизма (РДА),** который считают клинической моделью особого – искажённого – варианта нарушения психического развития. При РДА отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие – патологически ускоренно. Так, иногда не по возрасту богатый словарный запас сочетается с совершенно не развитой коммуникативной функцией. В ряде случаев наблюдаются не все необходимые для установления диагноза РДА клинические характеристики, хотя не возникает сомнений, что коррекция должна опираться на методы, принятыми в работе с аутичными детьми; в такой ситуации нередко говорят об **аутистических чертах личности.**

По критериям, принятым ВОЗ, при аутистическом расстройстве личности отмечаются:

- качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;
- качественные нарушения способности к общению;
- ограниченные и повторяющиеся стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности.

Причины аутизма.

Причины аутизма недостаточно ясны. Общепризнана большая роль *генетических факторов.*

Практически все известные исследователи биологических основ аутизма согласны, что, по крайней мере, большая часть случаев РДА наследственно обусловлена.

Механизма наследования не ясен, но он заведомо не многогенный, т.е. развитие РДА зависит не от одного гена, а от группы генов. Наиболее вероятным считается так называемый мультифакторный механизм. Это означает, что генный комплекс обеспечивает передачу не самой патологии, а предрасположенности к её развитию и реализуется лишь при наличии неспецифического манифестного (провоцирующего) фактора, который может быть как экзогенным (внешним – травма, инфекция, интоксикация, психотравма), так и эндогенным (внутренним - возрастной кризис, конституциональные особенности и т. п.).

Тонкие генетические механизмы наследования РДА изучены очень слабо.

Органическое поражение ЦНС рассматривается в связи с этиологией аутизма более 50 лет. Как показывает опыт, у большинства людей с диагнозом РДА при внимательном исследовании обнаруживаются признаки органического поражения ЦНС, однако их происхождение и квалификация устанавливаются сложно. Попытки связать РДА с определённой локализацией поражения были, но для того, чтобы делать определённые выводы, накопленного материала пока недостаточно.

Психогенный фактор рассматривается в США и Западной Европе в рамках психоаналитического подхода. В отечественной литературе есть указания на то, что психогенный аутизм возможен, но чётких характеристик таких форм нет. По нашим представлениям (Назарова), психогенный фактор может:

- быть манифестным для любых форм РДА;
- вносить вклад в формирование третичных образований РДА (невротические расстройства в связи с переживанием свой несостоятельности) при достаточном уровне интеллекта и самосознания;

-служить причиной вторичной аутизации при сенсорных дефектах и других вариантах депривационного психического развития.

2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика.

Клинико-психолого-педагогическая картина аутистических расстройств личности сложна, многообразна и необычна в сравнении с другими нарушениями психического развития. *Основными признаками синдрома РДА, по Л. Каннеру, является триада симптомов:*

1) аутизм с аутистическими переживаниями;
2) стереотипное, однообразное поведение с элементами одержимости;
3) своеобразные нарушения речевого развития.

Аутизма проявляется наиболее ярко в возрасте 3-5 лет, и в числе *наиболее характерных проявлений* в детском возрасте можно назвать следующие:

- аутичный ребёнок не фиксирует взгляд, особенно на лице, деталях лица другого человека, не выносит прямого зрительного контакта «глаза в глаза»;
- первая улыбка хотя и появляется вовремя, но не адресуется кому-то конкретно, не провоцируется смехом, радостью, иными аффективными реакциями других людей;
- к окружающим аутичный ребёнок относится индефферентно: на руки не просится, часто предпочитая находиться в кроватке, в манеже, в коляске и т.п.; на руках не приспосабливается, не выбирает удобной позы, остаётся напряжённым; позу готовности не проявляет или проявляет очень вяло; в то же время иногда легко идёт на руки ко всем;
- своих близких аутичный ребёнок узнаёт, но при этом достаточно насыщенной и продолжительной эмоциональной реакции не проявляет;
- к ласке ребёнок с аутизмом относится необычно: иногда равнодушно (терпит её) или даже неприязненно, но даже если испытывает приятные ощущения и переживания, то быстро пресыщается;
- отношение к моментам дискомфорта (например, нарушение режима питания) парадоксальное: аутичный ребёнок либо вообще их не переносит, либо безразличен к

ним;

- потребности в контактах с другими людьми (даже близкими) также парадоксальны: в одних случаях ребёнок не испытывает такой потребности или быстро пресыщается, стремится избегать контактов; в более тяжёлых случаях к контакту (особенно к тактильному) относится безразлично, вяло.

Для поведения аутичного ребёнка весьма характерен *феномен тождества,* проявляющийся в стремлении к сохранению привычного постоянства, в противодействии любым изменениям в окружающем. Внешне эти реакции могут проявляться в беспокойстве, страхах, агрессии и самоагрессии, гиперактивности, расстройствах внимания, рассредоточении. Феномен тождества также обнаруживает себя в разнообразных, отличающихся большой стойкостью стереотипиях: многократном повторении одних и тех же движений и действий – от самых простых (раскачивание, потряхивание руками) до сложный ритуалов; стремлении к жёсткому постоянству в бытовых привычках (пища, посуда, одежда, прогулки, книги и т.п.); повторении одних и тех же звуков, слов; ритмичном постукивании по окружающим пред- метам (кубиком по столу и т.п.), обнюхивании и облизывании иногда совершенно неподходящих для этого предметов и т. д.

Стереотипность проявляется и в игре: очень типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий (ребёнок вертит бутылку из-под минеральной воды, перебирает между пальцами верёвочку и т. п.). Игрушки если и используются, то не по назначению. Дети с аутизмом любят переливать воду, играть с сыпучими материалами, но, играя в песочнице, аутичный ребёнок не лепит куличи, а просто пересыпает песок.

Неравномерность развития при аутизме отчётливо проявляется *в особенностях моторики.* Движения аутичных детей угловатые, вычурные, несоразмерные по силе и амплитуде. Нередко отдельные сложные движения ребёнок выполняет успешнее, чем более лёгкие.

Очень рано появляются *страхи,* которые могут быть диффузными, неконкретными, на уровне общей тревоги и беспокойства, и дифференцированными, когда ребёнок боится отдельных предметов и явлений, причём перечень объектов страха поистине бесконечен: зонты, шум электроприборов, мягкие игрушки, собаки, всё белое, подземные переходы и т. д. Страхи различны по своей природе:

- в одних случаях причинами страха является повышенная чувствительность к звуковым, световым и другим сенсорным воздействиям, например, звук, не вызывающий у большинства людей неприятных ощущений, для ребёнка с аутизмом может оказаться чрезвычайно сильным, стать источником дискомфорта;
- в других случаях объект страха действительно является источником определённой опасности, но занимает слишком большое место в переживаниях ребёнка, опасность как бы переоценивается. Такие страхи называют сверхценными, и они свойственны всем детям, но если при нормальном развитии страх постепенно изживается, занимает соответствующее реальное место, то при аутизме повторные воздействия с пугающим объектом не только смягчают, но и усиливают страх, фиксируют его, делают стойким;
- наконец, страх может быть связан с реальным пугающим событием (например, в поликлинике сделали укол), но фиксируется какой-то один его элемент (например, белый цвет халата медсестры), который и становится предметом страха: ребёнок боится всего белого.

Общей особенностью страхов при РДА в независимости от их содержания и происхождения являются их сила, стойкость, труднопреодолимость.

Ещё одной особенностью внутренней жизни при аутизме являются *аутистические фантазии.* Их основные черты – оторванность от реальности, слабая, неполная и искажённая связь с окружающим. Эти отличающиеся стойкостью фантазии как бы замещают реальные переживания и впечатления, нередко отражают страхи ребёнка, его

сверхпристрастия и сверхценные интересы, являются результатом осознания ребёнком в той или иной мере своей несостоятельности, а иногда следствием нарушения сферы влечений и инстинктов.

Приводимые разными авторами особенности **речевого развития детей с аутизмом** многочисленны, но в основном совпадают. Это:

- мутизм (отсутствие речи) значительной части детей;
- эхолалии (повторение слов, фраз, высказанных другим лицом), часто воспроизводимые не под- час, а спустя некоторое время;
- большое количество слов – штампов и слов – штампов, фонографичность («попугайность») речи, что часто при хорошей памяти создаёт иллюзию развитой речи;
- отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге (хотя монологичная речь иногда развита - хорошо);
- автономность речи;
- позднее появление в речи личных местоимений (особенно «Я») и их неправильное употребление (о себе - «он» или «ты», о других – иногда «я»);
- нарушения семантики (метафорическое замещение, расширение или чрезмерное – до буквальности – сужение толкований значений слов), неологизмы;
- нарушения грамматического строя речи;
- нарушения звукопроизношения;
- нарушения просодических компонентов речи.

Большой интерес представляет **интеллектуальное развитие детей с аутизмом.** Главная его особенность – *неравномерность, парциальность развития*. Следует отметить особый характер этой парциальности – справляясь с заданиями абстрактного характера, ребёнок с трудом выполняет такое же по сложности задание с конкретным насыщением: 2+3=? Решается легче, чем задача: «У тебя было два яблока, мама дала ещё три. Сколько стало?»

Помимо этого, по данным зарубежных и отечественных авторов, от 2/3 до ¾ детей с аутизмом страдают той или иной степенью интеллектуальной недостаточности.

Нельзя согласиться с отождествлением РДА с интеллектуальной недостаточностью. Это следует уже из того, что ряд лиц с верифицированным в раннем детстве диагнозом РДА успешно заканчивают массовые школы, поступают в вузы и достаточно высоко поднимаются в жизни по ступеням социальной иерархии, хотя в детстве их интеллектуальная несостоятельность считалась очевидной и доказанной.

В ряде случаев встречаются аутистические черты поведения у детей с тяжёлыми интеллектуальными нарушениями (идиотия, имбецильность).

Более типичен другой вариант: помимо аутистических нарушений у ребёнка есть органическое поражение головного мозга и обусловленная им интеллектуальная недостаточность, чаще всего умеренная или тяжёлая. Работа с таким ребёнком исключительно сложна, поскольку обе составляющие сложного нарушения (аутизм и интеллектуальное недоразвитие) усугубляют тяжесть проявления друг друга, существенно затрудняя коррекционное вмешательство. Применение традиционных методик олигофренопедагогики оказывается неуспешным из-за выраженных аутистических особенностей личности, а основанные на тонизировании эмоциональной сферы, способы помощи аутичным детям не встречают достаточного уровня возможностей осмысления получаемой информации, в первую очередь, эмоциональной.

В любом случае следует относиться к оценке интеллектуальных возможностей аутичного ребёнка очень осторожно, что *связано с ещё одной особенностью* – неравномерностью развития отдельных интеллектуальных функций. Так, отличные вычислительные способности сочетаются с неспособностью понять смысл простой задачи, или, обладая хорошей ориентировкой в пространстве, ребёнок не в состоянии правильно распределить при письме текст на листе бумаги.

В клинико-психологической структуре РДА многое остаётся неясным. *Не выявлен первичный, биологический по своей природе дефект*. В настоящее время ни одна из точек зрения не может быть принята безусловно, но наиболее интересна и обоснована последняя, *принадлежащая В. В. Лебединскому и О. С. Никольской*. На ней следует остановиться более подробно.

1) Низкий психический тонус означает, что взаимодействие с окружающим миром ограничено пресыщением, которое наступает стол быстро, что аутист как бы выхватывает их окружающего отдельные, не связанные между собой фрагменты; формирование непрерывной, целостной картины окружающего мира становится затруднённым, а часто и невозможным. Такой разорванный, несоединимый в целое мир непонятен и труднообъясним, он легко становится источником страхов.

2) В сенсорной сфере многие обычные, легко переносимые большинством воздействия становятся источником неприятных ощущений и дискомфорта. Также труднопереносимыми становятся эмоционально насыщенные явления и объекты, и в первую очередь, человек, его лицо, его взгляд. В такой ситуации, когда окружающее непонятно и пугающе, когда оно становится постоянным источником неприятных сенсорных впечатлений и эмоционального дискомфорта, аутистический барьер надёжно защищает ребёнка практически от всех трудностей: по образному выражению К.С. Лебединской, ребёнок забирается в аутизм, как улитка в раковину, ему там гораздо спокойней и приятней, но за аутистическим барьером он одновременно оказывается лишённым и столь необходимого для психического раз- вития потока сенсорной, когнитивной, аффективной информации, и, если ребёнку вовремя и правильно не помочь, он вне зависимости от потенциала речевого и интеллектуального развития становится, как правило, тяжёлым психическим инвалидом.

Очень важно отметить, что аутизм – образование вторичное и, следовательно, легче, чем основной и первичный дефекты, поддаются коррекционным воздействиям.

Аутизм можно в большей или меньшей степени скомпенсировать, иногда (очень редко) можно добиться очень высокого уровня социальной адаптации, но хотя бы лёгкие, часто не выходящие за рамки характерологических вариантов аутистические черты всё – таки сохраняются.

3. Возможности развития, образования и социализации.

Возможности социализации лиц с аутистическими чертами определяются многими *факторами, основными среди которых являются*:

- тяжесть, глубина аутистических расстройств;
- ранняя диагностика;
- возможно более раннее начало специализированной коррекции, её комплексный медико- психолого-педагогический характер;
- адекватный и гибкий подход к выбору методов коррекционной работы, её последовательность, продолженность, достаточный объём;
- единство усилий специалистов и семьи.

Говорить о социальной нише, занимаемой лицами с аутизмом, сложно: из-за больших различий в уровне речевого и интеллектуального развития чётких границ этого понятия для РДА установить невозможно. Известны случаи, когда аутисты профессионально и успешно занимались искусством, наукой, становились людьми самых обычных (но чаще всего не требующих постоянного общения с другими людьми) профессий: садовниками, дворниками, настройщиками музыкальных инструментов, почтальонами и т.д. Общим является то, что если аутичный ребёнок обучен чему-либо, то в силу своей приверженности стереотипам и в меру своих интеллектуальных возможностей он будет работать так, как его научили демонстрировать то отношение к работе, которому его научили, хотя это нисколько не исключает творческого подхода к делу. Работать плохо аутист не может. Например, очень нелегко достичь того, чтобы

аутичный ребёнок начал обучаться в массовой школе, но если это произошло, то с невыученными уроками он в школу не пойдёт. Если мы правильно воспитываем и учим аутичного ребёнка, общество получает ответственного за свою работу человека, какой-бы эта работа ни была.

Коррекционно-педагогическая помощь при аутизме.

Система помощи лицам с аутизмом начала впервые формироваться в США и Западной Европе в середине 60-х годов. Нужно, однако, отметить, что первая в Европе школа для аутичных детей начала функционировать в Дании в 1920 году, когда ни в психиатрии, ни в специальной педагогике понятие *детский аутизм* ещё не было сформулировано.

Как известно, РДА с позиций психоанализа есть следствие конфликта между ребёнком и окружающим миром, прежде всего, между ребёнком и матерью, которая, по мнению психоаналитиков, своей доминантной, жёсткой, холодной активностью подавляет развитие собственной активности ребёнка. Эти представления не подтвердились, но они стимулировали создание общественных организаций (в Англии и США), объединивших, прежде всего, родителей аутичных детей, юридически обладавших правами представлять интересы лиц с аутизмом. Именно родительские общественные объединения сумели во многих странах заставить государство выполнять свои обязанности по реализации конституционного права своих аутичных граждан на адекватное их возможностям образование.

В методическом плане подходы к коррекции РДА в США, Японии и странах Западной Европы чрезвычайно многообразны. Так, справочник национального аутистического общества Великобритании «Подходы к коррекции аутизма» (1995) включает более семидесяти пунктов, хотя практическое значение имеют не более, чем 5, и в первую очередь оперантное обучение (на основе бихевиориальной психологии) и программа TEACCH.

Оперантное обучение (поведенческая терапия) достаточно широко распространено в США и некоторых других странах (Норвегия, Южная Корея, ряд арабских стран, в некоторой степени Германия). Метод предполагает создание внешних условий, формирующих желаемое поведение в самых разных аспектах: социально-бытовом развитии, речи, овладении учебными предметами и производственными навыками. Обучение проводится в основном индивидуально. Воспитанники становятся способными овладевать программой массовой школы, получают возможность достаточно успешно работать для того, чтобы обеспечить своё существование, а в отдельных случаях даже поступают в колледжи и университеты.

Вместе с тем, полученные в ходе обучения навыки с трудом переносятся в другие условия, носят ригидный, в большей или меньшей степени механический, «роботоподобный» характер, и желаемый уровень гибкой адаптации к жизни в обществе, как правило, не достигается, а если это и происходит, то не только благодаря, а в значительной степени и вопреки использованному методу.

TEACCH – программа начала разрабатываться Э. Шоплером, Р. Райхлером и Г. Месибовым в начале 70-х гг. в университете штата Северная Каролина и сейчас в этом и некоторых других штатах является государственной, она широко распространена во многих странах Европы, Азии, Африки. При некотором сходстве отдельных методических черт TEACCH – программы и оперантного обучения между ними есть различия концептуального порядка.

По мнению сторонников TEACCH – программы, следует направлять усилия не на адаптацию ребёнка к миру, а на создание соответствующих его особенностям условий существования.

Усилия направляются на развитие невербальных форм коммуникации, на формирование простых бытовых навыков. Обучение речи считается целесообразным при коэффициенте интеллекта более 50 % и не расценивается как обязательное, так же как и

воспитание учебных и профессиональных навыков. В основе конкретных методик – чёткое конструирование пространства и времени (через различные формы расписаний), опора на визуализацию.

TEACCH – программа практически никогда не обеспечивает достаточно высокого уровня адаптации к реальной жизни, но она позволяет довольно быстро достичь положительных устойчивых изменений в работе даже с очень тяжёлыми случаями аутизма. Цель – добиться возможности жить «независимо и самостоятельно» достигается, но только в особых, ограниченных или искусственно созданных условиях.

Из отечественных подходов к коррекции аутизма наиболее известна предложенная К. С. Лебединской и О.С. Никольской **методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции,** основанная на представлении об аутизме как, прежде всего, об аффективном расстройстве. В отличие от зарубежных методов большое значение отводится комплексности – постоянному взаимодействию педагогов, психологов и врачей – психиатров. Основные усилия направляются на коррекцию эмоциональной сферы, на эмоциональное тонизирование ребёнка. Метод достаточно эффективен при работе с относительно лёгкими формами РДА, применение же его для случаев с глубокими аутистическими расстройствами представляется весьма проблематичным.

Считается, что синдром РДА изучается в России более 50 лет, с 1947 года. Начиная с этого времени, на протяжении более 30 лет РДА рассматривался в нашей стране только как медицинская проблема. Однако помещение аутичных детей в психиатрический стационар не давало, как правило, положительных результатов, а нередко, за счёт отрыва от семьи, изменения привычного окружения приводили к ухудшению состояния. И лишь со второй половины 70-х годов, благодаря работам ленинградских (Д.Н. Исаев, В.Е. Каган и др.) и особенно московских (К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др.) психиатров и психологов постепенно стало складываться представление об РДА как об особом отклонении психического развития, из чего следовала необходимость не только и не столько медикаментозного лечения, сколько коррекционного обучения и воспитания с использованием особых, специфических для РДА форм и методов. Такая точка зрения была официально закреплена в 1989 году. Однако, несмотря на значительные успехи в научных медицинских и психологических исследованиях, а также на интересные, обнадёживающие результаты экспериментально-методической работы, государственной системы комплексной помощи детям и подросткам, страдающим ранним аутизмом, в России не создано.

Специальных (коррекционных) образовательных госучреждений для детей с аутизмом в Москве и в России очень мало: на 1999 год по одному в Москве и Санкт-Петербурге. Большинство детей и подростков с аутизмом находится или в других видах специальных школ, или в массовых школах, или в учреждениях систем здравоохранения и социальной защиты населения.

Одним из вариантов обучения аутичных детей и подростков в государственных учреждениях образования является создание специальных классов для аутичных детей в массовых и специальных школах других типов.

В некоторых случаях (при лёгких формах аутистических расстройств) аутичные дети учатся в общеобразовательных школах. Такие прецеденты возникают спонтанно и даже вообще не выявляются; это не означает отсутствие проблем в обучении и воспитании: они, как правило, достаточно выражены, но не достигают критической остроты.

Наиболее частой является другая ситуация: включение ребёнка, прошедшего коррекцию в спецучреждении, в детский сад или школу.

При потенциально сохранном интеллекте и даже определённых способностях, обучение аутичных детей в массовой школе требует специальной психолого-педагогической поддержки. Такой вариант обучения аутичных детей не только возможен, но и необходим, но его *осуществление требует ряд условий*:

- опережающей готовности ребёнка к школьному обучению в плане академических навыков;
- определённого уровня социальной адаптации, способности к жизни в коллективе;
- психолого-педагогической поддержки специалистов по коррекции РДА;
- достаточной дефектологической подготовленности учителя массовой школы;
- юридической защищённости аутичного ребёнка, обучающегося в массовой (или иной) школе, т.е. учитывать особенности такого ребёнка должно быть вменено в обязанность учителя и администрации.

В целом *основные проблемы, стоящие перед педагогом ДОУ или общеобразовательной (массовой) школы*, заключаются в следующем: индивидуальный подход с учётом таких проявлений РДА, как ранимость, повышенная пресыщаемость и утомляемость, неравномерность развития интеллектуальных, речевых и моторных навыков, замедленность реакции, отсроченность результатов обучения (ребёнок часто отвечает не тотчас, а спустя некоторое время), трудность восприятия фронтальных занятий (эффективнее индивидуальные), трудности при ответе у доски и др. Учителю не следует торопиться с выводами и организационными решениями, надо попытаться понять причины нарушений поведения ребёнка и неудач в учёбе, повнимательнее расспросить о нём родителей и при малейшем подозрении, что у ребёнка аутизм, обратиться за консультацией к специалисту (педагогу, психологу, детскому психиатру) соответствующего профиля.

ТЕМАТИКА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Практическое занятие 1.

Тема: ВВЕДЕНИЕ В СПЕЦИАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГИЮ И ПЕДАГОГИКУ

Вопросы:

1.Основные понятия специальной педагогики.
2.Объект, субъект, предмет, цель, задачи специальной педагогики и психологии.
3.Становление дефектологии в России.
4.Вклад Л. С. Выготского в развитие дефектологии.
5.Предметные области специальной педагогики и психологии: олигофренопедагогика, олигофренопсихология, сурдопедагогика, сурдопсихология, тифлопедагогика, тифлопсихология, логопедия, логопсихология и т. п.
6.Теории компенсации и сверхкомпенсации (по А. Адлеру, Л. С. Выготскому).
7.Педология как наука о системном изучении ребенка.

Практическое занятие 2.

Тема: ПРИНЦИПЫ, МЕТОДЫ, ФОРМЫ И СРЕДСТВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОРРЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В СПЕЦИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ. СИСТЕМА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ

Вопросы:

1. Принципы специального образования.
2. Методы обучения и воспитания детей с нарушениями в развитии.
3. Формы организации педагогического процесса в коррекционном учреждении.
4. Средства обеспечения коррекционно-образовательного процесса.
4. Дошкольная и школьная система образовательных учреждений для детей с проблемами в развитии

Практическое занятие 3.

Тема: СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Вопросы:

1. Причины и последствия нарушения зрения и способы компенсации
2. Дошкольное образование детей с нарушенным зрением
3. Обучение детей с недостатками зрения в школе
4. Профориентация, профессиональное образование и трудовая деятельность слепых и слабовидящих

Практическое занятие 4.

Тема: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Вопросы:

1. Сурдопедагогика: предмет, задачи, исторический экскурс.
2. Причины и классификация нарушений слуха у детей.
3. Особенности развития личностной и познавательной сфер детей с нарушением слуха.
4. Особенности обучения и воспитания детей с нарушениями слуха.

Практическое занятие 5.

ТЕМА: ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ (УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ)

Вопросы:

1. Понятие «умственная отсталость». Причины умственной отсталости.

2. Психолого-педагогическая характеристика детей с разной степенью умственной отсталости
3. Педагогические подходы к обучению и воспитанию детей с умственной отсталостью.
4. Формы помощи семье, воспитывающей ребенка с умственной отсталостью

Практическое занятие 6.
Тема: ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОПНОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ЗАДЕРЖКУ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Вопросы:

1. Задержка психического развития как форма дизонтогенеза. Основные критерии отграничения задержки психического развития и нарушений интеллекта
2. Содержание психолого-педагогической характеристики ребенка с задержкой психического развития
3. Специальные образовательные учреждения VII вида
4. Основные направления коррекционно-педагогической работы с детьми с ЗПР в образовательных учреждениях общего типа.

Практическое занятие 7.
ТЕМА: ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Вопросы:

1. Предмет логопедии, ее становление как интегративной отрасли знаний
2. Причины и виды речевых нарушений
3. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с речевыми нарушениям
4. Система специальных учреждений для детей с нарушениями речи

Практическое занятие 8.
ТЕМА: ОСНОВЫ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

Вопросы:

1. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата
2. Задачи и основные направления психолого-педагогической помощи детям с церебральным параличом

Практическое занятие 9.
ТЕМА: ОБУЧЕНИЕ И СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.

Вопросы для самоподготовки:

1. Исторический анализ проблем исследования аутизма.
2. Причины детского аутизма.
3. Классификация детского аутизма по О.С. Никольской.
4. Основные проявления детского аутизма.
5. Определите специалистов, необходимых для сопровождения ребенка с расстройствами аутистического спектра в общеобразовательной организации.

6. Опишите специальные образовательные условия для детей с расстройствами аутистического спектра.
7. Охарактеризуйте особые образовательные потребности детей с расстройствами аутистического спектра.

ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Международные и национальные правовые акты, направленные на обеспечение социальной поддержки лиц с отклонениями в психофизическом развитии.
2. Современное состояние психолого-педагогических и медицинских способов диагностики интеллектуальной недостаточности.
3. Актуальные проблемы олигофренопедагогики.
4. Значение для современной олигофренопедагогики учения Л.С. Выготского о «зоне ближайшего развития».
5. Основные дидактические принципы и особенности их реализации в специальной коррекционной школе VIII вида.
6. Оптимизация учебного процесса на основе типологизации учащихся.
7. Анализ содержания образования в специальной коррекционной школе VIII вида (историко-педагогический аспект).
8. Основные этапы становления системы помощи детям с нарушением интеллекта в РФ (историко-социальный аспект).
9. Особенности семейного воспитания умственно отсталого ребенка.
10. Взаимодействие школы и семьи в воспитания умственно отсталого ребенка.
11. Гуманитарная направленность международных правовых актов, направленных на социальную защиту умственно отсталых детей и инвалидов.
12. Взаимосвязь дошкольной коррекционной педагогики с другими науками.
13. Особенности формирование классного коллектива в коррекционной школе.
14. Выдающиеся отечественные ученые-дефектологи (один по выбору студента).
15. Выдающиеся зарубежные ученые-дефектологи.
16. Взаимосвязь коррекционной педагогики с другими науками.
17. Культурно-историческая концепция развития ребенка Л.С. Выготского.
18. Основные задачи образования детей с отклонениями в развитии на современном этапе.
19. Обеспечение общего развития дошкольников с отклонениями в развитии в процессе коррекционно-педагогической работы.
20. Современные технологии, воспитания и обучения дошкольников с проблемами в развитии.
21. Роль и место игры в коррекции отклонений в развитии у детей.
22. Современные средства обеспечения коррекционно-педагогического процесса.
23. Компьютерные технологии обеспечения коррекционного процесса.
24. Содержание и методы коррекционно-педагогической работы с детьми с ЗПР.
25. Содержание и методы коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями слуха.
26. Содержание и методы коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями зрения.
27. Содержание и методы коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями речи.
28. Содержание и методы коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
29. Содержание и методы коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения.
30. Содержание и методы коррекционно-педагогической работы с детьми со сложными нарушениями в развитии.

31. Формы организации коррекционно-педагогической помощи.
32. Задачи и формы интеграции детей с отклонениями в развитии в среде нормально развивающихся дошкольников и школьников.
33. Значение ранней коррекционно-педагогической работы для нормализации развития ребенка.
34. Возможности семейного воспитания детей с отклонениями в развитии.
35. Виды нарушений развития, их причины и механизмы.
36. Первичные и вторичные дефекты.
37. Влияние средовых факторов на развитие личности школьников с нарушениями в развитии.
38. «Норма» и «патология». Диагностика отклонений в психическом развитии ребенка.
39. «Норма» и «патология». Диагностика отклонений в личностном развитии ребенка.
40. Методы исследований нарушений психических процессов и состояний у детей школьного возраста.
41. Школьники «группа риска».
42. Школьная дезаптация как педагогическое явление.
43. Нарушение взаимоотношений ребенка и взрослого.
44. Аддиктивное поведение школьников и его предупреждение.
45. Особенности формирование личности ребенка в семье, отягощенной алкогольной зависимостью.
46. Эмоциональные нарушения у детей школьного возраста и их коррекция.
47. Отклоняющееся поведение школьников.
48. Дети с задержкой психического развития.
49. Дети с нарушениями интеллекта. Дети – дебилы.
50. Нарушение речи у младших школьников. Коррекционная помощь учителя и логопеда.
51. Нервные нарушения школьников.
52. Психические отклонения в школьном возрасте.
53. Лечебная педагогика.
54. Соматически ослабленные дети.
55. Дети с реактивными состояниями и конфликтными переживания.
56. Леворукий ребенок в школе.
57. Психическое и психологическое здоровье детей.
58. Физиологическая готовность ребенка к обучению в школе.

ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА КУРСОВЫХ РАБОТ

1. Развитие эмоциональной сферы у детей с ДЦП с помощью арт-терапии.
2. Особенности межличностного общения у детей с ЗПР.
3. Психологическая готовность к обучению в школе у дошкольников с нарушением слуха.
4. Формирование социально-бытовых навыков у детей с ЗПР.
5. Роль чтения природоведческой литературы в специальных коррекционных школах.
6. Методы решения проблемы нарушения звуко-слоговой структуры у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.
7. Формирование эмоциональной отзывчивости у школьников начальных классов с нарушениями слуха.
8. Исследование уровня самооценки у дошкольников с ЗПР.
9. Методы диагностики и способы коррекции аутизма.
10. Игры как метод воспитания дошкольников с нарушениями слуха.

11. Развитие восприятия детей с умственной отсталостью с помощью дидактической игры.
12. Особенности наглядно-образного мышления дошкольников с тяжелыми нарушениями речи.
13. Обучение двигательным навыкам дошкольников с ЗПР.
14. Дисграфия у младших школьников.
15. Развитие внимания умственно отсталых детей в возрасте 5 лет с помощью игры.
16. Трудности в обучении младших школьников с ЗПР.
17. Игровая деятельность для развития речи у глухих детей.
18. Игра как составляющая процесса обучения грамоте у младших школьников с умственной отсталостью.
19. Информационные технологии в процессе воспитания школьников с нарушениями интеллектуального развития.
20. Методы игротерапии в коррекции межличностного общения подростков с умственной отсталостью.
21. Способы развития мелкой моторики дошкольников с ЗПР.
22. Агрессивное поведение детей с интеллектуальным недоразвитием и методы его коррекции.
23. Эмоциональные нарушения у детей с ОПФР.
24. Развитие мелкой моторики у детей 5–6 лет с ДЦП.
25. Воспитание в семье детей с синдромом Дауна.
26. Логопедическая коррекция дизорфографии у младших школьников с нарушением слуха.
27. Подготовка умственно отсталых детей к самостоятельной жизни.
28. Сенсорное развитие старших дошкольников с нарушениями зрения.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

«Задание с развернутым ответом»

Задание 1. Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ
Понятие о первичном и вторичном дефектах ввел _____
(укажите только фамилию ученого).

Задание 2. Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ
Как называется психический или физический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка? _____

Задание 3. Прочитайте текст и запишите развернутый обоснованный ответ
Основной документ, регламентирующий закрепление инклюзивных тенденций в нашей стране _____

«Задания на установление последовательности»

Задание 4. Прочитайте текст и установите последовательность
Расположите международные правовые документы в хронологической последовательности:

1. Конвенция о правах инвалидов (ООН).
2. Конвенция о правах ребенка (ООН).

3. Саламанкская декларация о принципах, политике и практических действиях в сфере образования лиц с особыми потребностями (Всемирная конференция по образованию лиц с особыми потребностями, Саламанка, Испания).
4. Всеобщая Декларация прав человека (ООН).

Задание 5. Прочитайте текст и установите последовательность.
Расположить основные блоки коррекционной программы в правильной последовательности:

1) коррекционный
2) установочный
3) диагностический
4) оценки эффективности

Задание 6. Прочитайте текст и установите последовательность
Работа с семьей ребенка с нарушениями речи состоит из нескольких этапов;

1) Укрепление сотрудничества с семьей ребенка
2) Групповой
3) Контрольно-оценочный
4) Индивидуальный
5) Ознакомительный

«Задание на установление соответствия»

Задание 6. Прочитайте текст и установите соответствие

1) Зона актуального развития
2) Зона ближайшего развития
3) Психологические новообразования
4) Сензитивный период развития

а) благоприятные условия для развития психики
б) то, что еще находится вне пределов компетенции ребенка, но что вскоре войдет в его опыт с помощью взрослого
в) психические функции, умения и навыки ребенка, которые уже сформировались
г) новые свойства и качества, которые формируются в переходный период

Задание 8. Прочитайте текст и установите соответствие методы обучения умственно отсталых детей со средствами их реализации:

1) Словесные
2) Наглядные
3) Практические

а) изготовление поделок, рисунки, аппликации;
б) рассказ, беседа, диалог;
в) демонстрация, экскурсия, наблюдения; технические средства обучения ТСО.

Задание 9. Прочитайте текст и установите соответствие между моделями интеграции и их содержанием:

1) комбинированная;
2) частичная;
3) временная;
4) полная;

а) дети с проблемами развития, еще не способные на равных со здоровыми сверстниками овладевать образованием, вливаются в массовые группы (классы) на часть дня;

б) все воспитанники специальных групп, объединяются со здоровыми детьми не реже 1-2 раз в месяц для проведения различных мероприятий воспитательного характера;

в) 1-2 ребенка с ОВЗ (по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме и психологически готовы к совместному обучению со здоровыми сверстниками) вливаются в обычные группы детского сада или классы здоровых сверстников;

г) дети с уровнем психофизического и речевого развития, соответствующим или близким к возрастной норме, находятся в массовых группах или классах, получая постоянную коррекционную помощь учителя-дефектолога

Задание 10. Прочитайте текст и установите соответствие между видами специальных школ и контингентом их обучающихся.

1) Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для неслышащих детей
2) Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для слабослышащих и позднооглохших детей
3) Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для незрячих детей
4) Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для слабовидящих детей.
5) Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для детей с тяжелой речевой патологией
6) Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата
7) Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для детей с задержкой психического развития
8) Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для детей с умственной отсталостью

а) (I вид).
б) (II вид).
в) (III вид).
г) (IV вид)
д) (V вид).
е) (VI вид).
ж) (VII вид).
з) (VIII вид).

Задание 11. Прочитайте текст и установите соответствие между терминами и их определениями:

1) инклюзия;
2) интеграция.

а) выборочное помещение учеников с особенностями психофизического развития в обычные общеобразовательные школы;
б) ребенку предоставляется право посещать обычную школу, но для этого создается необходимая адаптированная образовательная среда и оказываются поддерживающие услуги.

Задание 12. Прочитайте текст и установите соответствие между названиями и уровнями нормативных документов:

1) Конвенция о правах ребенка
2) Закон об образовании в Российской Федерации
3) Конвенция о правах инвалидов
4) Письмо Министерства Просвещения «О сопровождении образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью»

а) Международные
б) Федеральные
в) Ведомственные

Задание 13. Прочитайте текст и установите соответствие
1) Адаптированная основная образовательная программа
2) Адаптированная образовательная программа

а) образовательная программа, адаптированная для обучения определенных категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с инвалидностью, т. е. образовательная программа специальных (коррекционных) образовательных учреждений I–VIII видов
б) это образовательная программа, адаптированная для обучения ребенка с ОВЗ (в том числе с инвалидностью), разрабатывается на базе основной общеобразовательной программы, с учетом адаптированной основной образовательной программы и в соответствии с психофизическими особенностями и особыми образовательными потребностями категории лиц с ОВЗ.

«Задание с выбором одного ответа и обоснованием выбора»

Задание 14. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа.

Замедление темпа развития психики ребенка, которое выражается в недостаточности общего запаса знаний, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой утомляемости, называется:
1) умственной отсталостью;
2) деменцией;
3) задержкой психического развития
4) аутизмом

Задание 15. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Алалия – это:
1) нарушение тембра голоса;
2) отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка;
3) полная или частичная утрата ранее сформированной речи

Задание 16. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

В соответствии со ст. 55 Федерального закона от 29 декабря 2012 года N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» дети с ОВЗ принимаются на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе:
1) только на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии;
2) только по желанию родителей (законных представителей);
3) только по желанию родителей (законных представителей) и с учетом мнения ребенка;

4) только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии

Задание 17. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

К основным задачам психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) относят:

1) лечение заболеваний ребенка;
2) реабилитацию детей с отклонениями в поведении;
3) диагностико-консультативную деятельность

Задание 18. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

При сенсорных расстройствах ведущими в структуре дефекта оказывается

нарушения опосредованной памяти
нарушения целенаправленности мотивов
нарушения словесно-логического мышления
нарушения приема информации

Задание 19. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

При нарушении мышечного тонуса меняющийся характер называется

1) спастичность
2) ригидность
3) паралич
4) дистония

Задание 20. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Международная классификация умственной отсталости (МКБ-10) включает:

1) легкую, умеренную, тяжелую, глубокую степень
2) осложненную и неосложненную формы олигофрении
3) олигофрению и деменцию
4) дебильность, имбецильность, идиотию

Задание 21. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Незначительная степень умственной отсталости называется

1) деменция
2) имбецильность
3) дебильность
4) идиотия

.

Задание 22. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Раздел специальной психологии, изучающий психическое развитие глухих и слабослышащих людей, возможность его коррекции в условиях обучения и воспитания - это

1) логопедия
2) сурдопсихология
3) олигофренопсихология
4) тифлопсихология

Задание 23. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Основная роль использования наглядных методов и средств в обучении глухих детей заключается в

1) создании мотивации к обучению
2) развитии слухового анализатора
3) раскрытии содержания учебного материала
4) формировании навыков самоконтроля

Задание 24. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Своевременная диагностика отклонений в развитии ребенка лежит в основе реализации принципа

1) ранней педагогической помощи
2) деятельностного подхода
3) педагогического оптимизма
4) системности

Задание 25. Прочитайте текст, выберите правильный ответ и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа

Образовательное учреждение, созданное для лиц с ограниченными возможностями здоровья называется

1) психоневрологическим диспансером
2) специальной (коррекционной) школой
3) детской поликлиникой
4) психолого-медико-педагогической консультацией

«Задание с выбором нескольких ответов и обоснованием выбора»

Задание 26. Прочитайте текст, выберите все правильные варианты ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа.

К нарушениям речи относятся:

1) Ринолалия;
2) Дизартрия;
3) Синдром Каннера
4) Неврастения

Задание 27. Прочитайте текст, выберите все правильные варианты ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа.

Тифлопедагогика - это наука о _____ и _____ лиц с нарушениями зрения

1) лечении
2) воспитании
3) обучении

Задание 28. Прочитайте текст, выберите все правильные варианты ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа.

К сенсорным нарушениям относятся

1) нарушения слуха;
2) нарушения речи;
3) нарушения опорно-двигательного аппарата;
4) нарушения зрения.

Задание 29. Прочитайте текст, выберите все правильные варианты ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа.
Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем мире у детей с ДЦП обусловлен

1) сенсорными нарушениями;
2) эмоционально-волевыми нарушениями;
3) вынужденной изоляцией ребенка в связи с затруднениями в передвижении

Задание 30. Прочитайте текст, выберите все правильные варианты ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа.
К степеням олигофрении можно отнести:

1) дебильность;
2) имбецильность;
3) идиотию;
4) ЗПР

Задание 31. Прочитайте текст, выберите все правильные варианты ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа.
Основными формами коррекционно-развивающего обучения являются:
а) индивидуальные занятия;
б) групповые занятия;
в) фронтальные занятия

Задание 32. Прочитайте текст, выберите все правильные варианты ответа и запишите аргументы, обосновывающие выбор ответа.
При аутистическом расстройстве личности отмечаются

1) качественные нарушения в сфере социального взаимодействия
2) качественные нарушения способности к общению
3) нарушение умственного развития
4) стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

1. Неретина, Т. Г. Специальная педагогика и коррекционная психология : учебно-методическое пособие / Т. Г. Неретина. — 4-е изд., стер. — Москва : ФЛИНТА, 2019. — 376 с. — ISBN 978-5-9765-0127-0. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/119532 — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Шафажинская, Н. Е. Дефектология : учебное пособие / Н.Е. Шафажинская, И.В. Положенцева, Г.Н. Юлина. — Москва : ИНФРА-М, 2023. — 180 с. : ил. — (Высшее образование). - ISBN 978-5-16-019250-5. - Текст : электронный. - URL: https://znanium.com/catalog/product/2100503
3. Ялпаева, Н. В. Специальная педагогика : учебное пособие / Н. В. Ялпаева. — Курск : КГУ, 2023. — 434 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/397622 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Дополнительная литература:

1. Гайнутдинова, М. Ю. Проведение практических занятий по курсу «Специальная педагогика» : методические рекомендации / М. Ю. Гайнутдинова. — Ярославль : , 2012. — 59 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/154021 — Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Глухов, В. П. Дефектология. Специальная педагогика и специальная психология : курс лекций / В. П. Глухов. - Москва : МПГУ, 2017. - 312 с. - ISBN 978-5-4263-0575-5. - Текст : электронный. - URL: https://znanium.com/catalog/product/1316658. – Режим доступа: по подписке.
3. Ковалева, А. С. Специальная педагогика и психология: аспекты воспитания толерантности в условиях инклюзии : учебное пособие / А. С. Ковалева. — Барнаул : АлтГПУ, 2018. — 107 с. — ISBN 978-5-88210-909-6. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/112206 — Режим доступа: для авториз. пользователей
4. Малышева, О. А. Специальная психология : учебное пособие / О. А. Малышева. С. А. Прокопьева ; Федер. служба исполн. наказаний, Вологод. ин-т права и экономики. - Вологда : ВИПЭ ФСИН России, 2018. - 141 с. - ISBN 978-5-94991-426-7. - Текст : электронный. - URL: https://znanium.com/catalog/product/1229033. – Режим доступа: по подписке.
5. Новоторцева, Н. В. Специальная педагогика и психология : словарь / Н. В. Новоторцева. — Ярославль : , 2015. — 199 с. — ISBN 978-5-00089-036-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/363053 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Г.А. Чомаева

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА

Учебно-методическое пособие

План университета 2026

Редактор Н.В. Ефрюкова

Корректор Л.У. Семенова

Компьютерная верстка С.А. Бостанова

Подписано в печать

Формат 60-х 84/16

Бумага офисная

Объем 5,9 п.л.

Тираж 100 экз.

Издательство Карачаево-Черкесского государственного университета

369202, г. Карачаевск, ул. Ленина, 29

Лицензия ЛР № 040310 от 21.10.1997

Отпечатано в типографии Карачаево-Черкесского государственного университета

369202, г. Карачаевск, ул. Ленина, 29