

ДЕФЕКТОЛОГИЯ



Министерство образования и науки
Сибирский федеральный университет

ДЕФЕКТОЛОГИЯ

учебное пособие

*для студентов высших учебных заведений, обучающихся по
направлению подготовки: 050400 – «Психолого-педагогическое образование»*

Лесосибирск 2015

УДК 376; 159.9
ББК 74.3
Л 38

Л 38 Дефектология: учеб. пособие / Ж.А. Левшунова. – Лесосибирск, 2015. – 89 с.

В пособии представлен теоретический материал по основным темам курса «Дефектология».

Предназначено для студентов педагогических ВУЗов, обучающихся по направлению подготовки: 050400 – «Психолого-педагогическое образование», преподавателей, учителей, школьных психологов.

© Ж.А. Левшунова, 2015
© Лесосибирский педагогический институт, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Глава 1. Историко-теоретические основы дефектологии	6
Тема 1. Дефектология как междисциплинарная отрасль знания	6
Тема 2. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии.....	14
Глава 2. Дети с нарушениями в развитии. Особенности их воспитания и обучения	23
Тема 3. Психология умственно отсталого ребенка	23
Тема 4. Задержанное психическое развитие	34
Тема 5. Психология детей с сенсорными нарушениями	47
Тема 6. Психология детей, страдающих детским церебральным параличом.....	61
Глава 3. Организация и содержание специальной помощи детям с нарушениями в развитии	74
Тема 7. Организация специального образования. Коррекционно-педагогическая деятельность в области специального образования..	74
Рекомендуемая литература	85
Информационные ресурсы	88

ВВЕДЕНИЕ

Дефектология – это междисциплинарная отрасль знания, изучающая развитие детей с психическими и физическими нарушениями и вопросы их обучения и воспитания.

Вопросы, решаемые в рамках дефектологического знания, на сегодняшний день не только не теряют своей значимости, но и становятся все более актуальными. Это связано с увеличением количества детей с различными аномалиями в развитии, с расширением границ интегрированного образования, с развитием инклюзивного образования, с изменениями, происходящими в российском обществе в целом.

Сокращение количества специальных учреждений привело к тому, что общеобразовательные школы остаются один на один с проблемой обучения детей с нарушениями. Учителя в большинстве случаев не знакомы с особенностями таких детей и имеют лишь общие представления о методах их воспитания и обучения.

В результате изучения данной дисциплины обучающийся должен знать особенности строения психики и закономерности ее развития в онто- и филогенезе; варианты развития при различных видах дизонтогенеза; уметь применять в образовательном процессе знания индивидуальных особенностей учащихся и воспитанников; владеть методами исследований в области педагогики и психологии; современными технологиями педагогической деятельности; конкретными методиками психолого-педагогической диагностики.

Дефектология входит в базовый блок федеральных дисциплин, устанавливаемых ВУЗом в цикле общепедагогических дисциплин образовательной программы ФГОС ВПО 050300 – «Образование и педагогика», направление 050400.62 – «Психолого-педагогическое образование».

ГЛАВА 1. ИСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕФЕКТОЛОГИИ

Тема 1. Дефектология как междисциплинарная отрасль знания

Содержание темы. Понятие, предмет, цель и задачи дефектологии. Структура дефектологии. История развития дефектологии. Основные психолого-педагогические категории дефектологии.

Дефектология (от латинского слова «defectus» – недостаток и греческого слова «logos» – учение, наука) – это наука о закономерностях и особенностях развития детей с физическими и психическими нарушениями, о принципах, методах, формах организации их воспитания и обучения.

Предмет дефектологии – изучение психических и физических недостатков в развитии и особенности воспитания и обучения детей с различными нарушениями.

Основной целью дефектологии является разработка теоретических и прикладных основ системы комплексной – медико-психолого-педагогической – помощи детям различных возрастов с различными нарушениями в развитии.

Задачи дефектологии:

- 1) создание научных основ системы раннего (с первых месяцев жизни ребенка) выявления нарушений в развитии детей и ранней комплексной (медико-психолого-педагогической) помощи;
- 2) разработка научных основ интегрированного обучения и новых форм взаимодействия массового и специального образования;
- 3) переосмысление соотношения стандартов образования и жизненной компетенции в системе специального школьного образования, определяющее новое содержания специального обучения,

4) разработка методов и технологий качественной индивидуализации специального образования, психологического сопровождения детей с различными нарушениями в развитии в процессе образования,

5) определение содержания и методов взаимодействия специалистов с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии.

Дефектология как междисциплинарная отрасль знания состоит из двух разделов: специальной педагогики и специальной психологии.

Специальная педагогика – это отрасль педагогического знания, изучающая особенности и закономерности организации обучения и воспитания детей и подростков с отклонениями в развитии (психики и поведения).

Предметом специальной педагогики является исследование закономерностей обучения, воспитания и развития детей с отклонениями в развитии.

Задачи специальной педагогики:

1) выявить причины и условия появления отклонений в развитии и поведении;

2) разработать методы и приемы коррекционно-педагогического воздействия на личность ребенка с отклонениями в развитии и поведении;

3) разработать систему профилактической и педагогической коррекции отклонений в развитии и поведении;

4) определить организационно-педагогические основы функционирования классов компенсирующего и коррекционно-развивающего обучения.

5) создание учебно-методической базы подготовки учителя к коррекционно-педагогической работе с детьми и подростками с отклонениями в развитии и поведении.

Специальная психология – это наука о психофизиологических особенностях развития аномальных детей, закономерностей их психического развития в процессе воспитания и образования.

Предмет специальной психологии – психические особенности лиц с недостатками развития и установление возможностей и путей коррекции и компенсации нарушений.

Задачи специальной психологии:

- 1) выявление и изучение закономерностей и особенностей психического развития лиц с различными психическими и физическими недостатками в различных условиях,
- 2) разработка диагностических методик и способов психологической коррекции различных типов нарушений,
- 3) психологическое обоснование содержания и методов обучения и воспитания в системе специальных образовательных учреждений,
- 4) психологическое изучение социальной адаптации лиц с недостатками;
- 5) психологическая коррекция дезадаптации.

В отношении к лицам с отклонениями в развитии можно выделить несколько временных периодов.

Первый период – от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботы о лицах с отклонениями в развитии (0 – 1198г.). Условной границей периода в Западной Европе является первый прецедент государственной заботы об инвалидах – открытие в Баварии первого приюта для слепых в 1198 г.

Второй период – от осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них (XIII в. – XVIII в.). Условной границей периода в Западной Европе можно считать переосмысление во Франции гражданских прав лиц с сенсорными нарушениями и первые прецеденты открытия в Париже специальных школ: для глухонемых (1770 г.) и для слепых (1784 г.).

Третий период – от осознания возможности к осознанию целесообразности обучения трех категорий детей: с нарушениями слуха, зрения, умственно отсталых (кон. XVIII в. – кон. XIX в.). Условной границей периода в Западной Европе можно считать последнюю четверть XIX века –

время принятия в западноевропейских странах Законов об обязательном всеобщем начальном образовании и на их основе – Законов об обучении глухих, слепых и умственно отсталых детей.

Четвертый период - от осознания необходимости обучения части аномальных детей к пониманию необходимости обучения всех аномальных детей (кон. 19 в. – 1970-е гг.). Он приходится в Западной Европе на период от начала XX в. до конца 70-х гг. и характеризуется развитием законодательной базы специального образования, структурным совершенствованием национальных систем. К концу 70-х гг. специальным образованием в странах Западной Европы охватывается от 5 до 15 % детей школьного возраста.

Пятый период эволюции - от изоляции к интеграции (1980-е – 2000-е гг.). Интеграция инвалидов в общество является в Западной Европе ведущей тенденцией этого периода эволюции, базирующейся на их полном гражданском равноправии, новой философии общества, уважении к различиям между людьми. Развитие социальной интеграции инвалидов вызывает к жизни идеи интеграции в образовании. Период характеризуется в западноевропейских странах перестройкой в 1980-1990-е годы организационных основ специального образования, сокращением числа специальных школ и резким увеличением количества специальных классов в общеобразовательных школах, перестройкой взаимоотношений массового и специального образования.

Как область научного знания дефектология начала развиваться в начале XX века в связи с задачами строительства в разных странах государственных систем специального образования, ядро которого составили школы для слепых, глухих и умственно отсталых детей.

Ведущим и на долгие годы единственным в России научно-исследовательским центром в области дефектологии стал Экспериментальный Дефектологический Институт (ЭДИ), открытый в 1929 году на базе созданной В.П. Кащенко Медико-педагогической станции. В

1943г. ЭДИ был переименован в Научно-исследовательский Институт Дефектологии АПН СССР (ныне Институт коррекционной педагогики РАО).

Объединяя специалистов разных профилей (медиков, физиологов, психологов и педагогов) и областей дефектологии (сурдо-, тифло-, олиго-, лого- и др.) в решении проблем изучения и обучения разных категорий детей с нарушениями психо-физического развития, институт играет на протяжении всей своей истории ведущую роль в развитии теории и практики дефектологии как интегративной области научного знания, органично соединяющей клинико-физиологическое и психолого-педагогическое направления исследований процессов развития и обучения детей.

Исключительную роль в создании и закреплении интегративного характера и целостности дефектологии сыграли работы Л.С. Выготского, в которых уже 30-х гг. 20 века были сформулированы и обоснованы общие для всех разделов дефектологии (сурдо-, тифло- и др.) положения о природе и сущности аномального развития, основанные на культурно-исторической теории развития высших психических функций (см. Специальная психология, Нарушения в психо-физическом развитии у детей).

В процессе развития дефектология систематически расширяла сферу своих исследований. Если исходно предметом внимания дефектологии являлись дети с выраженными и легко определяемыми нарушениями в развитии (слепота, глухота), то на последующих этапах развития дефектологии изучались дети с менее выраженными трудностями, а именно слабовидящие, слабослышащие, дети с речевыми нарушениями, задержкой психического развития, двигательными нарушениями.

Со временем в дефектологии выделяются и специальные разделы, охватывающие вопросы воспитания и обучения детей со сложными нарушениями (слепоглухих, слабовидящих глухих, слепых и глухих детей с интеллектуальными нарушениями). Начинаются исследования детей с ранним детским аутизмом, с тяжелыми двигательными нарушениями, с

выраженными нарушениями интеллекта. Разворачиваются исследования детей дошкольного возраста.

В ходе этих исследований, проведенных в советский период, изучались особенности в развитии познавательной деятельности и словесной речи разных категорий детей. Разрабатывались психолого-педагогические основы дифференцированного специального обучения каждой категории детей. Применительно к разным категориям детей определялись психолого-педагогические условия и специальные педагогические технологии, обеспечивающие предупреждение и коррекцию имеющихся у них нарушений вторичной и третичной природы. Особое внимание уделялось разработке частных методик формирования школьно значимых навыков, обеспечивающих возможность детям с нарушениями в развитии получения цензового образования. Дефектология внесла весомый вклад в изучение особых образовательных потребностей разных категорий.

Результаты дефектологических исследований обеспечили научно-методические основы для создания дифференцированной системы специального образования. К началу 90-х годов эта система имела развитую горизонтальную и вертикальную структуру, включающую восемь видов специальных школ (для глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих, умственно отсталых детей, детей с речевыми нарушениями, задержкой психического развития, нарушениями опорно-двигательного аппарата), шестнадцать типов специального обучения, специальные дошкольные и постшкольные (общеобразовательные и профессиональные) учебные заведения.

Для каждого типа специальных школ были определены принципы обучения, формы построения учебного процесса, разработаны средства и методы обучения. Для каждой учебной дисциплины, изучаемой в специальной школе, создана система специальных учебников, методик и большое количество оригинальных наглядных пособий. Все специальные школы, за исключением вспомогательных школ (для умственно отсталых

детей), давали выпускникам цензовое образование, сопоставимое с определенным уровнем общего образования, что делало возможным для них поступление в средние специальные учебные заведения и ВУЗы.

Решая эти сложнейшие задачи, дефектология продолжает развиваться как комплексная наука, в основе которой лежит идея о необходимости целостного подхода к изучению проблемного ребенка.

Дефектология, являясь междисциплинарной отраслью знаний, использует категориальный аппарат других наук – педагогики, психологии, медицины и др.

Воспитание – это специально организованное, целенаправленное и управляемое воздействие коллектива, воспитателей на воспитуемого с целью формирования у него заданных качеств, осуществляемое в учебно-воспитательных учреждениях и охватывающее весь учебно-воспитательный процесс.

Образование – процесс передачи и усвоения знаний, умений, навыков деятельности, основное средство подготовки человека к жизни и труду.

Специальное образование – дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицам с ограниченными возможностями здоровья создаются специальные условия для получения образования.

Лицо с ограниченными возможностями здоровья – лицо, имеющее физический и/или психический недостатки, которые препятствуют освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования.

Абилитация медицинская в раннем возрасте (беременность, роды) – это система профилактических мер, направленных на создание условий для формирования, развития и тренировки рефлексорных, сенсорных, двигательных, психоэмоциональных реакций ребенка в соответствии с возрастом средствами медицины (медикаментозное, физиотерапевтическое лечение, массаж, протезирование и т.д.).

Реабилитация медицинская – начальный этап реабилитационной работы, заключается в использовании всех возможностей современной медицины для установления удовлетворительного уровня нарушенных функций, для стабилизации компенсаторных и восстановительных процессов, формирования и развития возможности приспособления больного к новым условиям существования, оказания ему медицинской помощи в восстановлении или развитии профессиональных навыков с учетом специфики нарушений.

Адаптация. Психологический аспект адаптации – приспособление человека как личности к существованию в обществе (в микро- и макросоциальной среде) в соответствии с требованиями этого общества и собственными потребностями, мотивами и интересами. Психологическая адаптация происходит путем усвоения норм, правил и ценностей общества, в котором он живет (как в широком смысле, так и в более узком, включая образовательное учреждение, где учится ребенок, класс, семью) Основными проявлениями психологической адаптации человека следует считать взаимодействие с окружающими людьми (в том числе и общение с ними) и активную деятельность.

Основными средствами психологической адаптации являются воспитание, образование, трудовая и профессиональная подготовка.

Не всегда приспособление к новым условиям проходит нормально, иногда возникают резкие психологические ситуации нарушения и неадекватные поведенческие реакции. Происходит так называемая дезадаптация. Состояние дезадаптации у детей с недостатками развития возникают легче, чем у нормально развивающихся, а процессы адаптации протекают медленнее.

Своеобразие адаптационных процессов при нарушениях развития характеризуется как недостатками определенных функциональных систем, вызванными органическими повреждениями анализаторов или центральной нервной системы, так и проявлениями некоторых общих закономерностей

нарушенного психического развития. Из таких закономерностей наибольшее влияние на процесс адаптации оказывают трудности взаимодействия с окружающими людьми и замедленная скорость приема и переработки информации.

Коррекция (от лат. *correctio* – исправление). Это преодоление или ослабление недостатков психического или физического развития посредством различных психолого-педагогических воздействий (например, коррекция произношения или зрения).

В отечественной дефектологии термин «коррекция» впервые был применен В.П. Кащенко по отношению к детям с отклонениями в поведении. Затем он был распространен на умственно отсталых детей. Устранение или сглаживание дефектов развития познавательной деятельности и физического развития ребенка обозначается понятием «коррекционно-воспитательная работа».

Компенсация функций (от лат. *compensatio* – возмещение, уравнивание). Восполнение или нарушение функций, недоразвитых, нарушенных или утраченных вследствие дефектов развития, перенесенных заболеваний и травм. В процессе компенсации функция поврежденных органов или структур либо начинает осуществляться не пострадавшими непосредственно системами путем усиления их деятельности (так называемая заместительная гиперфункция), либо происходит перестройка частично нарушенной функции (иногда с включением других систем). Компенсация является одним из важных видов адаптационных реакций организма.

Тема 2. Современные представления о нормальном и отклоняющемся (аномальном) развитии

Содержание темы. Понятие психического развития. Линии психического развития. Понятие отклоняющегося (аномального) развития. Причины отклонений в развитии.

Классификация отклонений в развитии. Первичные и вторичные дефекты, их компенсация. Общие и специфические закономерности нормального и отклоняющегося (аномального) развития.

Развитие – это процесс формирования человека и личности, совершающийся путем возникновения на каждой ступени нового качества специфического для человека, подготовленного всем предшествующим ходом развития, но не содержащегося в готовом виде на более ранней ступени (Л.С. Выготский).

Развитие – универсальное свойство материи и сознания (то есть «природы» в богословском понимании), проявляющееся в необратимом, направленном и закономерном их изменении, всеобщий принцип объяснения истории природы, общества и познания. В результате развития возникает новое качественное состояние объекта – его состава или структуры (В.И. Слободчиков, Е.М. Исаев).

Развитие характеризуется следующими изменениями:

- 1) количественно – качественными,
- 2) непрерывными/дискретными, скачкообразными,
- 3) универсальными/ индивидуальными,
- 4) обратимыми/ необратимыми,
- 5) целенаправленными / ненаправленными,
- 6) изолированными / интегрированными,
- 7) прогрессивными (эволюционными) /регрессивными (инволюционными).

Психическое развитие – это закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в количественных, качественных и структурных преобразованиях.

Основными формами развития являются филогенез и онтогенез. Психическое развитие в филогенезе осуществляется путем становления

психических структур в ходе биологической эволюции вида или социокультурной истории человечества в целом.

В ходе онтогенеза происходит формирование психических структур в течение жизни данного индивида, иными словами, онтогенез – это процесс индивидуального развития человека.

В психологии принято выделять факторы психического развития. Факторы бывают внешние (среда) и внутренние (наследственность).

Среда – окружающие человека общественные, материальные и духовные условия его существования. Социальная ситуация развития.

Наследственность – это свойство организма повторять в ряду поколений сходные типы обмена веществ и индивидуального развития в целом.

Движущие силы психического развития – это факторы, которые определяют поступательное развитие ребенка. Эти факторы являются причинами и содержат в себе побудительные энергетические источники развития (обучение, воспитание).

По С.Л. Рубинштейну движущими силами психического развития ребенка являются внутренние противоречия между достигнутым уровнем и тем новым содержанием, которым человек овладевает в онтогенезе. Данные противоречия преодолеваются в процессе обучения и воспитания. К таким противоречиям относятся, например, противоречия между новыми потребностями, порождаемыми деятельностью, — и возможностями их удовлетворения; между возросшими физическими и духовными возможностями ребенка — и старыми, сложившимися формами взаимоотношений и видами деятельности; между растущими требованиями со стороны общества, коллектива, взрослых — и наличным уровнем психического развития.

Данное противоречие ведет к усвоению новых знаний, формированию умений и навыков, к освоению новых способов деятельности, что позволяет расширяться границам самостоятельности и возрасти уровню возможностей. В свою очередь, расширение границ возможностей приводит ребенка к

«открытию» все новых и новых областей жизни взрослых, которые пока ему недоступны, но куда он стремится «войти».

Психическое развитие ребенка осуществляется одновременно по 3 линиям:

1) развитие познавательной сферы (становление интеллекта, развитие механизмов познания). В ходе интеллектуального развития ребенка происходят изменения и самих психических познавательных процессов. Они качественно изменяются, например, от произвольных форм запоминания к произвольным, от наглядно-действенной, наглядно-образной формы мышления к отвлеченной и абстрактно-логической его форме и к теоретическому мышлению. Происходит изменение познавательной сферы ребенка, развивающейся под влиянием (и при участии) взрослых, предметно-коммуникативной деятельности самого ребенка и обучения, с возрастом выявляется в виде постепенного усложнения его умственной деятельности и формирования целостной структуры интеллекта в таких его компонентах, как сенсорно-перцептивный (ощущение, восприятие), мнемический (память, мышление), атенционный (внимание)

2) развитие психологической структуры и содержания деятельности (становление целей, мотивов и развитие их соотношения, освоение способов и средств деятельности). В личностном плане развитие ребенка идет от произвольности, импульсивности, ситуативности поведенческих реакций и поведения в целом к его произвольности, регулируемой. Эта тенденция проявляется в умении ребенка управлять своим поведением, сознательно ставить цели, преднамеренно искать и находить средства их достижения, преодолевая трудности и препятствия. Произвольность и саморегуляция — стержневая линия интеллектуально-личностного развития ребенка. Произвольность поведения основывается на постепенном переходе от внешней регуляции к саморегуляции. Особенно отчетливо эта тенденция прослеживается в становлении самоконтроля, являющегося производным от внешнего контроля и оценивания. Эти положения возрастной психологии

всегда принимаются во внимание опытными учителями, когда они организуют контроль и оценивание знаний школьников. От внешнего к внутреннему, от деятельности, организуемой учителем, к ее самоорганизации учеником — вот магистральный путь личностного развития и саморазвития школьника.

3) развитие личности (направленности, ценностных ориентации, самосознания, самооценки, взаимодействия с социальной средой и т.д.). В игре, учебе (учении) деятельность ребенка совершенствуется в плане осознанности, целенаправленности, установления произвольного отношения между мотивами и целями, усложнения операциональной стороны деятельности. В процессе развития у ребенка формируется прежде всего умение произвольно устанавливать отношения между мотивом (тем, ради чего выполняется деятельность) и целью (тем, что должно быть получено в результате деятельности). Ребенок научается планировать, организовывать, соподчинять свои действия, варьировать операции (способы) деятельности, замещать их.

Законы психического развития ребенка могут быть раскрыты лишь при изучении разных видов деятельности детей на всех ступенях перехода от младенческого возраста к подростковому и юношескому. Развивающая роль любой правильно организованной деятельности состоит в том, что она становится определенной формой практики человека. В ней совершается упражнение, а значит, и развитие всех тех физических и психических сил, способностей, черт характера, которых требует данная деятельность.

Отклоняющееся развитие — это отклонение формирования всей иерархической структуры психического развития или ее отдельных составляющих (психических функций, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива, определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, этнической ситуации, вне зависимости от знака этого изменения (опережение или запаздывание).

Социально – психологический норматив – это система требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов. Требования, составляющие содержание СПН являются идеальной моделью требований социальной общности к личности. Такие требования закреплены в виде правил, норм, предписаний. Они присутствуют в образовательных программах, в профессиональных и квалификационных характеристиках, общественном мнении учителей, воспитателей, родителей. Такие нормативы историчны, они меняются вместе с развитием общества.

Причины отклонений психического развития:

- 1) биологические (наследственные отклонения, инфекционные, вирусные и эндокринные заболевания матери во время беременности, токсокозы, гипоксия и т.д.),
- 2) генетические (недостаток или избыток хромосом, хромосомные аномалии),
- 3) соматические (невропатии),
- 4) социальные (алкоголизм, наркомания родителей, неблагоприятная среда),
- 5) индекс повреждения головного мозга (энцефалопатии),
- 6) ранние, до трех лет, средовые воздействия, текущие средовые воздействия.

В настоящее время принято выделять несколько категорий (типов) детей с нарушениями развития:

- с нарушениями слуха (неслышащие и слабослышащие);
- с нарушениями зрения (незрячие и слабовидящие);
- с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- с тяжелыми нарушениями речи;
- с задержкой психического развития;
- умственно отсталые;
- с тяжелыми нарушениями эмоционально-волевой сферы;

- с нарушениями поведения;
- со сложными нарушениями развития, у которых сочетаются два или более первичных нарушения.

Каждая категория детей имеет специфические психолого-педагогические особенности, которые необходимо учитывать при определении стратегии и тактики психолого-педагогического изучения.

Дефект (от лат. defectus – недостаток) – это физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка.

Л.С. Выготским были сделаны наиболее глубокие разработки в области аномального развития. Исходя из идеи о системном строении дефекта, он предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные – нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при поражении органов чувств, детские церебральные параличи, локальные поражения определенных корковых зон и т.д.), и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития.

Первичные дефекты, к которым 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. Проявляется первичный дефект в виде нарушений слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности, мозговых дисфункций.

Вторичные дефекты возникают в ходе развития ребенка с нарушениями психофизиологического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а, напротив, детерминирует отклонения в личностном развитии.

Механизм возникновения вторичных дефектов различен. Вторичному недоразвитию подвергаются функции, непосредственно связанные с поврежденной. Например, по этому типу возникает нарушение формирования речи у глухих. Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые во время повреждения находились в сензитивном периоде развития. В результате этого разные повреждения могут приводить к сходным результатам. Так, например, в дошкольном возрасте в сензитивном периоде развития находится произвольная моторика. Поэтому различные повреждения (перенесенный менингит, травма черепа) могут привести к явлениям задержки в формировании этой функции, что проявляется как двигательная расторможенность.

Важнейшим фактором возникновения вторичного дефекта является социальная депривация, которая тормозит усвоение ребенком знаний и навыков.

Дефект одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Влияние дефекта всегда двойственно: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой – служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток. Л.С. Выготский: «Минус дефекта превращается в плюс компенсации».

Г.Я. Трошин выдвинул идею об общих закономерностях нормального и аномального развития, что подтвердилось в дальнейшем в работах многих исследователей (Т.А. Власова, Ж.И. Шиф, В.И. Лубовский).

И при нормальном, и при нарушенном развитии формирование психики ребенка носит поступательный характер. Каждый из этапов развития завершается формированием принципиально новых качеств — новообразований, которые, в свою очередь, становятся основой для следующего этапа.

Обосновывая положения об общности законов нормального и аномального развития, Л. С. Выготский подчеркивал, что общим для них

является социальная обусловленность психического развития: социальное, в том числе педагогическое, воздействие составляет источник формирования высших психических функций как в норме, так и при нарушенном развитии.

Развитие психики аномальных детей подчиняются тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка:

- цикличность психического развития (определенная последовательность стадий развития психики),
- наличие сензитивных периодов в развитии психических функций
- неравномерность психического развития,
- развитие отдельных психических функций на базе сформированных ранее, формирование высших психических функций на основе речи,
- роль деятельности в психическом развитии,
- пластичность нервной системы,
- соотношение биологических и социальных (обучение, например) факторов в процессе психического развития.

В то же время может быть выделен ряд закономерностей, не наблюдающихся у «нормальных» детей, но характерных для детей с нарушениями развития. Общие закономерности аномального развития были систематизированы и обобщены в трудах Т. А. Власовой и В.И. Лубовского.

Выделяют следующие закономерности отклоняющегося развития:

- снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации,
- трудность словесного опосредования,
- замедление процесса формирования представлений и понятий об окружающей действительности,
- риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности.

ГЛАВА 2. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ. ОСОБЕННОСТИ ИХ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ

Тема 3. Психология умственно отсталого ребенка

Содержание темы. Умственная отсталость: понятие, степени и формы. Причины умственной отсталости. Психологическая характеристика умственно отсталых детей. Организация обучения и воспитания детей с умственной отсталостью. Школы 8 вида.

Умственная отсталость (УО) – врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 3 лет) состояние общего недоразвития психики с выраженной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Умственно отсталые дети (слабоумные, дети со сниженным интеллектом, с особыми нуждами, с трудностями в обучении) – одна из наиболее многочисленных категорий детей, отклоняющихся в своем развитии от нормы. Такие дети составляют около 2,5 % от общей детской популяции. Мальчики страдают умственной отсталостью чаще девочек.

Понятие «умственно отсталый ребенок», принятое в российской дефектологии, охватывает большую весьма разнообразную по составу группу детей, которых объединяет наличие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный, то есть «разлитой», характер. Морфологические изменения, хотя и с неодинаковой интенсивностью, захватывают многие участки коры головного мозга ребенка, нарушая их строение и функции.

Отклонения от нормы отмечаются и в физическом развитии умственно отсталых (олигофренов), для которых характерно отставание в росте, диспластичность телосложения, половое развитие часто задержано. Встречаются также пороки развития внутренних органов и органов чувств (зрения и слуха). Двигательная сфера недоразвита. Нарушены темп, плавность, ритмичность и точность движений. Присутствуют такие аномалии развития, как расщепление мягкого и твердого нёба (волчья пасть), заячья губа, аномалии зубов. При исследовании мозга умственно отсталых

обнаруживают несоразмерности в развитии различных его отделов, иногда отсутствие извилин (агирия) или их укорочение. Все эти признаки недоразвития имеют разную степень выраженности, зависящую от формы олигофрении.

В России УО принято подразделять на олигофрению и деменцию (повреждения после трех лет). Преобладающее число детей с УО имеют диагноз олигофрения.

Олигофрения – группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве (до 3-х лет) общего психического недоразвития с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей. Олигофрения имеет три степени: дебильность, имбецильность, идиотия.

Коэффициент интеллекта	Международная система	Российская система
70 и выше	норма	норма
50-69	Легкая УО	дебильность
35-49	Умеренная УО, затруднение в обучении	имбецильность
20-34	Тяжелая УО, значительные трудности в обучении	резко выраженная имбецильность
20 и ниже	Глубокая УО	идиотия

Опираясь на международную классификацию болезней (МКБ-10), предложенную всемирной организацией здравоохранения, можно выделить 4 степени тяжести умственной отсталости:

1. Умственная отсталость легкой степени (дебильность).

Люди с легкой умственной отсталостью (дебилы) приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе. Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в

практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особыми проблемами являются чтение и письмо. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. В социокультуральных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе может и не представлять проблемы.

В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенями умственной отсталости. У все большей части больных, хотя еще и не у большинства, выявляется органическая этиология умственной отсталости.

Такие дети обучаемы по адаптированным к их интеллектуальным возможностям программам специальных вспомогательных школ. В пределах этой программы они овладевают навыками чтения, письма, счета, рядом знаний об окружающем, получают усиленную профессиональную ориентацию.

2. Умственная отсталость умеренная (нерезко выраженная имбецильность).

У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Часть таких детей осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета.

Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди в общем полностью мобильны и физически активны и большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях.

3. Умственная отсталость тяжелая (резко выраженная имбецильность).

По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости, но в более тяжелой форме. У большинства таких детей наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития центральной нервной системы.

4. Умственная отсталость глубокая (идиотия).

Идиоты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Понимание и использование речи ограничивается в лучшем случае выполнением основных команд и выражением элементарных просьб.

Собственная речь представлена нечленораздельными звуками, либо набором нескольких, употребляемых для согласования. В обращенной речи воспринимается не смысл, а интонация. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями (насыщением пищей, ощущением тепла и т.д.). Формы выражения эмоций примитивны: они проявляются в крике, гримасничанье, двигательном возбуждении, агрессии. Все новое часто вызывает страх.

Могут приобретаться наиболее базисные и простые зрительно-пространственные навыки и при адекватном надзоре и руководстве больные могут принимать участие в домашних и практических делах. В большинстве случаев устанавливается органическая этиология.

В зависимости от сопровождающих синдромов, умственную отсталость можно классифицировать на отдельные клинические формы. Эти формы разнообразны, но лишь немногие из них встречаются настолько часто, что представляют общий интерес. Одна из наиболее распространенных форм – синдром Дауна, выявляемый более чем у 10% умственно отсталых, госпитализированных в психиатрических учреждениях. Больные с этим синдромом обычно физически недоразвиты, низкорослы, у них маленькая округлая голова, характерные аномалии лица и рук, узкие раскосые глаза, придающие больным внешнее сходство с лицами монголоидной расы. Отсюда первоначальное название заболевания – монголизм. Это название ошибочно, так как синдром Дауна встречается у представителей всех рас. Примерно с той же частотой выявляется умственная отсталость, связанная с детским церебральным параличом.

Другие формы умственной отсталости сравнительно редки: они встречаются не более чем у 1% лиц, госпитализированных в психиатрические стационары. Для микроцефалии характерен маленький клиновидный череп со скошенным лбом. При гидроцефалии происходит накопление спинномозговой жидкости в желудочках мозга вследствие нарушения ее всасывания или блокады путей оттока; в результате мозг растягивается, его

извилины сглаживаются, а размеры черепа увеличиваются. При недостаточности гормонов щитовидной железы развивается кретинизм, который легко диагностировать по таким признакам, как уплощенное, широкое лицо, грубая толстая кожа, короткие кривые ноги, низкорослость. При т.н. врожденных эктодермозах (факоматозах) умственная отсталость сочетается с опухолями нервной системы и кожными изменениями. Фенилкетонурия приводит к умственной отсталости, обусловленной наследственным нарушением обмена веществ. Подобные формы умственной отсталости сопровождаются усугублением дефекта со временем.

Таким образом, термин «умственная отсталость» является достаточно обобщенным понятием, включающим стойкие нарушения интеллекта, то есть разные клинические формы интеллектуального недоразвития.

Все факторы, являющиеся причиной возникновения олигофрении, принято разделять на внутренние (эндогенные) и внешние (экзогенные).

Внутренние факторы:

- 1) наследственные:
 - хромосомные патологии,
 - несовместимость плода и матери по резус-фактору,
 - наследственная ферментная недостаточность;
- 2) воспалительные заболевания мозга и его оболочки (менингиты, менингоэнцефалиты) у младенцев.

Существует более 300 различных наследственно обусловленных заболеваний и нарушений, являющихся причинами развития умственной отсталости.

В целом доля наследственно обусловленных форм среди всех случаев олигофрении составляет от 69,5 до 90%. Риск рождения умственно отсталого ребенка при браке между двумя олигофренами составляет 42,2%, при умственной отсталости одного из родителей – 19,9%, а при браке двух нормальных людей – всего 1,3%.

Внешние факторы:

- 1) воздействия на плод во время беременности – расстройства плацентарного кровообращения, тяжелые токсикозы второй половины беременности, повышение артериального давления;
- 2) заболевания беременной, как сердечно-сосудистая недостаточность, болезни почек и печени, сахарный диабет, нарушение функции щитовидной железы и другие эндокринные нарушения;
- 3) интоксикации от лекарственных средствах, которые беременная женщина должна принимать из-за своих заболеваний;
- 4) употребление алкоголя и наркотических средств беременной женщиной;
- 5) некоторые инфекционные заболевания у беременной женщины, а особенно вирусные (коревая краснуха, грипп, ОРЗ, инфекционный гепатит), а также пневмония;
- 6) заражения плода различными паразитами, существующими в организме матери (токсоплазмоз);
- 7) сифилис,
- 8) вирус СПИДа непосредственно поражает мозг плода во внутриутробном периоде;
- 9) травматические поражения плода, родовая травма, асфиксия во время родов.

Обычно первыми признаками врожденного слабоумия, если нет явных физических дефектов, являются изменения поведения. Ребенок может быть вялым, пассивным, не реагирует на появление матери, взгляд его не фиксирует предметы, или он чрезвычайно плаксив, может кричать целыми днями без явной причины. В младенческом возрасте возможны судорожные припадки.

Такие дети поздно начинают держать голову, сидеть, ходить и говорить. Они не интересуются игрушками, бросают их или ломают. Если ребенок все же начинает ходить, то выявляются нарушения координации и неустойчивости походки.

Для умственно отсталых характерно недоразвитие познавательных интересов, которое выражается в том, что они меньше, чем их нормальные сверстники, испытывают потребность в познании.

Восприятие. Главным недостатком является нарушение обобщенности восприятия, отмечается его замедленный темп по сравнению с нормальными детьми. Умственно отсталым требуется значительно больше времени, чтобы воспринять предлагаемый материал. Замедленность восприятия усугубляется тем, что из-за умственного недоразвития они с трудом выделяют главное, не понимают внутренние связи, между частями, персонажами. Поэтому восприятие их отличается и меньшей дифференцированностью. Эти особенности при обучении проявляются в замедленном темпе узнавания, а также в том, что учащиеся часто путают графически сходные буквы, цифры, предметы, сходные по звучанию звуки, слова.

Отмечается также и узость объема восприятия. Умственно отсталые выхватывают отдельные части в обозреваемом объекте, не видя и не слыша иногда важный для общего понимания материал. Кроме того, характерным является нарушение избирательности восприятия. Для умственно отсталых характерны трудности восприятия пространства и времени, что мешает ориентироваться в окружающем мире.

Мышление. Анализ предметов умственно отсталые проводят бессистемно, пропускают ряд важнейших свойств, вычлняя лишь наиболее заметные части. В результате такого анализа они затрудняются определить связи между частями предмета. Устанавливают обычно лишь такие зрительные свойства объектов, как величину и цвет. При анализе предметов выделяют общие свойства предметов, а не их индивидуальные признаки. Из-за несовершенства анализа затруднен синтез предметов. Выделяя в предметах отдельные их части, они не устанавливают связи между ними, поэтому затрудняются составить представление о предмете в целом.

Связи между предметами или явлениями олигофрены способны устанавливать только по внешним признакам, они не могут определить, в чем сходство и различие между предметами. Например, если олигофрену в степени дебильности предложить разделить на две группы картинки с изображением предметов домашней утвари и орудий труда, которые произвольно окрашены в два цвета, он разделит их по цвету. Олигофрены не могут классифицировать предметы, например, разделить предложенные им картинки на животных и птиц. Они не могут сформулировать понятия, например, что такое добро, порядочность, благородство, честность, ответственность. Отвлеченные понятия им недоступны.

Умственно отсталые люди не понимают метафор, переносного смысла пословиц. Например, на просьбу объяснить смысл пословицы «Мал золотник да дорог» debil ответит, что золотник маленький, но дорого стоит. «Нашла коса на камень» - он может объяснить, как «коса шла и камень нашла» или «коса на камень наступила» и тому подобное, а в большинстве случаев олигофрен вообще затруднится как-то объяснить пословицу или метафору, а будет тупо повторять ее.

Отличительной чертой мышления умственно отсталых является не критичность, невозможность самостоятельно оценить свою работу. Они часто не замечают своих ошибок. Это особенно ярко проявляется у психически больных детей, у детей с поражением лобных отделов головного мозга и у имбецилов. Они, как правило, не понимают своих неудач и довольны собой, своей работой. Для всех УО детей характерны сниженная активность мыслительных процессов и слабая регулирующая роль мышления. Умственно отсталые обычно начинают выполнять работу, не дослушав инструкции, не поняв цели задания, без внутреннего плана действия, при слабом самоконтроле.

Память. Они лучше запоминают внешние, иногда случайные зрительно воспринимаемые признаки. Труднее ими осознаются и запоминаются внутренние логические связи. У умственно отсталых позже, чем у

нормальных сверстников, формируется произвольное запоминание. Слабость памяти умственно отсталых проявляется в трудностях не столько получения и сохранения информации, сколько ее воспроизведения. Из-за непонимания логики событий воспроизведение умственно отсталых носит бессистемный характер. Наибольшие трудности вызывает воспроизведение словесного материала. Опосредованная смысловая память у умственно отсталых слабо развита. Эпизодическая забывчивость, из-за слабости нервной системы наступает состояние охранительного торможения.

Речь. У умственно отсталых страдают все стороны речи: фонетическая, лексическая, грамматическая. В тяжелых случаях больные не способны говорить, могут издавать лишь отдельные звуки. При этом они не понимают обращенную к ним речь и могут реагировать только на интонацию. В более легких случаях больные могут говорить, но запас слов у них ограничен, они не умеют правильно строить фразы, и говорят короткими предложениями. Многие слова олигофрены неправильно употребляют по смыслу, поэтому говорят, что речь олигофрена напоминает речь попугая. Тем более что олигофренам тоже присуща подражательность. Могут быть и дефекты речи – косноязычие, речь по типу «каша во рту». В результате наблюдаются различные виды расстройства письма, трудности овладения техникой чтения, снижена потребность в речевом общении.

Недостатки внимания: малая устойчивость, трудность распределения внимания, замедленная переключаемость. При олигофрении сильно страдает произвольное внимание. Это связано с тем, что УО дети при возникновении трудностей не пытаются их преодолевать. Они, как правило, в этом случае бросают работу. Однако, если работа интересна и посильна, она поддерживает внимание детей, не требуя от них большого напряжения. Слабость произвольного внимания проявляется в том, что в процессе обучения отмечается частая смена объектов внимания, невозможность сосредоточиться на каком-то одном объекте или одном виде деятельности.

Эмоционально – волевая сфера УО детей имеет ряд особенностей. Отмечаются недоразвитие эмоций, нет оттенков переживаний. Характерной чертой является неустойчивость эмоций. Состояние радости без особых причин сменяется печалью, смех – слезами и т.д. Переживания их неглубокие, поверхностные. У некоторых УО эмоциональные реакции не адекватны источнику. Имеют место случаи то повышенной эмоциональной возбудимости, то выраженного эмоционального спада (патологические эмоциональные состояния – эйфория, дисфория, апатия).

Больным олигофренией свойственна повышенная внушаемость. Причем она может сочетаться с упрямством и стремлением делать все наоборот.

Все эти нарушения сочетаются с недоразвитием координации и двигательных функций. Движения у олигофренов неловкие, угловатые, неритмичные, медленные. При глубокой степени умственной отсталости больные совершают множество лишних, ненужных движений, их осанка и походка могут напоминать осанку и походку первобытного человека.

Специальное образование для детей с интеллектуальным недоразвитием обеспечивает специальная школа VIII вида. Обучение в этой школе не является цензовым, имея качественно иное содержание. Основное внимание уделяется социальной адаптации и профессионально-трудовой подготовке при освоении учениками доступного им объема содержания образования по общеобразовательным предметам. Обучение в школе VIII вида завершается экзаменом по трудовому обучению. Школьники могут быть освобождены от экзамена (аттестации) по состоянию здоровья. Порядок освобождения определяется Министерством образования и Министерством здравоохранения Российской Федерации. В школу VIII вида ребенок может быть принят в первый или подготовительный класс в возрасте 7-8 лет. Подготовительный класс позволяет не только лучше подготовить ребенка к школе, но и дает возможность уточнения диагноза в ходе Образовательного процесса и психолого-педагогического изучения возможностей ребенка.

Количество учеников в подготовительном классе не превышает 6-8 человек, а в остальных классах – не более 12. Сроки обучения в школе VIII вида могут быть 8 лет, 9 лет, 9 лет с классом профессиональной подготовки, 10 лет с классом профессиональной подготовки. Эти сроки обучения могут быть увеличены на 1 год за счет открытия подготовительного класса. Если школа имеет необходимую материальную базу, то в ней могут быть открыты классы (группы) с углубленной трудовой подготовкой. В такие классы переходят учащиеся, окончившие восьмой (девятый) класс. Окончившие класс с углубленной трудовой подготовкой и успешно сдавшие квалификационный экзамен получают документ о присвоении соответствующего квалификационного разряда. В школах VIII вида могут создаваться и функционировать классы для детей с глубокой умственной отсталостью. Число детей в таком классе не должно превышать 5-6 человек. Дети могут быть направлены в подготовительный (диагностический) класс. В течение учебного года предварительный диагноз уточняется, и в зависимости от этого на следующий год ребенок может быть либо направлен в класс для детей с тяжелыми формами нарушения интеллекта, либо в обычный класс школы VIII вида. Комплектование классов для детей с тяжелой формой интеллектуального недоразвития проводится по трем Уровням: 1-й уровень – в возрасте с 6 до 9 лет; 2-й уровень – с 9 до 12 лет; 3-й уровень – с 13 до 18 лет.

В такие классы могут быть направлены дети в возрасте до 12 лет, пребывание их в системе школьного обучения до 18 лет. Отчисление из школы происходит в соответствии с рекомендациями ПМПК и по согласованию с родителями.

Тема 4. Задержанное психическое развитие

Содержание темы. Понятие и причины задержки психического развития. Классификация задержки психического развития. Особенности психического развития детей с ЗПР в

дошкольном и школьном возрасте. Образование детей с трудностями в обучении. Организация обучения в школах VII вида.

Задержка психического развития (ЗПР) – это нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых психологических норм для данного возраста.

ЗПР, как психолого-педагогический диагноз ставится только в дошкольном (5 л.) и младшем школьном возрасте, если к окончанию этого периода остаются признаки недоразвития психических функций, то речь идёт уже о конституциональном инфантилизме или об умственной отсталости.

В США, Англии, Германии эта категория детей обозначалась как «дети с трудностями в обучении», «дети, имеющие недостаточные способности к обучению», «неприспособленные», «педагогически запущенные», «дети с нарушением поведения», «дети с минимальными повреждениями мозга».

Изучение Т.А. Власовой и В.И. Лубовским зарубежного опыта исследований детей, испытывающих трудности в обучении, показало, что однозначной трактовки сущности и причин этих затруднений нет. Отечественные медики, психологи и педагоги учитывают различные аспекты этой проблемы. Исследования Г.Е. Сухаревой, Т.А. Власовой, М.С. Певзнер, В.И. Лубовского, К.С. Лебединской позволили выделить особую категорию детей с задержкой темпа психического развития. Сам термин «задержка психического развития» был предложен Г.Е. Сухаревой.

Психиатры для обозначения указанной категории детей используют термин «смешанное специфическое расстройство». В настоящее время в психологической и педагогической практике понятие «ЗПР» употребляется по отношению к детям со слабо выраженной органической недостаточностью центральной нервной системы. У этих детей нет специфических нарушений слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, тяжелых нарушений речи, они не являются умственно отсталыми. В то же время у большинства из них наблюдается незрелость сложных форм поведения, целенаправленной

деятельности на фоне быстрой истощаемости, нарушенной работоспособности, энцефалопатических расстройств.

ЗПР возникает, как правило, в связи с экзогенными вредностями. Неблагоприятные факторы внешней среды приводят к нарушению темпа развития наиболее молодых отделов нервной системы. В большинстве случаев симптомы обратимы.

Можно выделить следующие причины, которые могут обусловить ЗПР:

1) легкие внутриутробные поражения, легкие родовые травмы, недоношенность, близнецовость, асфиксии, алкоголизм родителей, психические заболевания родителей, патологические черты характера у родителей, постнатальные заболевания воспалительного и травматического характера;

2) общий дефицит общения с окружающими, вызывающий задержку в усвоении ребенком общественного опыта;

3) отсутствие полноценной, соответствующей возрасту деятельности, дающей ребенку возможность посильного «присвоения» общественного опыта, своевременного формирования внутренних психических действий;

4) социальная депривация, препятствующая своевременному психическому развитию.

У.В. Ульенкова приводит цифровые данные распределения причин ЗПР по степени значимости:

67,32% - патология внутриутробного развития и тяжелые заболевания на первом году жизни,

39% - внутриутробные инфекции,

33% - родовые и постнатальные травмы,

14% - стрессы во время беременности,

до 14% - генетический фактор.

Единой классификации ЗПР не существует.

Е.М. Мастюкова на основе неврологического анализа у детей раннего возраста выделяет два типа задержки психического развития:

Доброкачественная неспецифическая ЗПР. Не связана с повреждением мозга и с возрастом компенсируется при благоприятных условиях внешней среды даже без каких-либо терапевтических мероприятий. Обусловлена замедленным темпом созревания мозговых структур и их функций при отсутствии органических изменений в ЦНС. Проявляется в некотором запаздывании становления двигательных и (или) психических функций, которое может выявиться на любом возрастном этапе, относительно быстро компенсируется и не сочетается с патологическими неврологическими и (или) психопатологическими симптомами. Легко поддается коррекции путем ранней стимуляции психомоторного развития.

Например: в период новорожденности у такого ребенка длительное время не формируется четкий условный рефлекс на время. Малыш не просыпается, когда он голодный или мокрый, и не засыпает, когда сытый и сухой, все безусловные рефлексы у него ослаблены и вызываются после длительного латентного периода. В возрасте 1-3 месяцев может отсутствовать или быть слабо выраженной тенденция к удлинению периода активного бодрствования, при этом улыбка при общении со взрослым отсутствует или проявляется непостоянно, зрительное и слуховое сосредоточение кратковременны, гуление отсутствует или наблюдаются лишь отдельные редкие звуки. В 11-12 месяцев отсутствуют первые лепетные слова, слабая интонационная выразительность голосовых реакций и первых лепетных слов, нечеткость их соотнесения с предметом или действием. Ребенок стоит с поддержкой, но не ходит. Наблюдается слабость повторных действий и подражательных игр, недостаточно уверенное манипулирование двумя руками, недостаточное захватывание предметов двумя пальцами.

К 3 годам – отставание в развитии речи, недостаточность игровой деятельности, отставание в развитии функции активного внимания, регулирующей функции речи (поведение ребенка слабо управляется инструкцией взрослого), недостаточная дифференцированность

эмоциональных проявлений, общая психомоторная расторможенность. Возможно отставание в развитии моторных функций.

Доброкачественная неспецифическая задержка развития может быть семейным признаком, она часто наблюдается у соматически ослабленных и недоношенных детей. Она также может иметь место при недостаточности раннего педагогического воздействия.

Специфическая или церебрально-органическая задержка развития связана с изменениями структурной или функциональной деятельности мозга. Ее причиной могут быть нарушения внутриутробного развития мозга, гипоксия плода, асфиксия новорожденного, внутриутробные и постнатальные инфекционные и токсические воздействия, травмы, нарушения обмена веществ и др. У детей отмечаются заболевания НС, неврологические нарушения, признаки ММД (минимальной мозговой дисфункции). Это гиперактивные дети. Они крайне неусидчивы, постоянно находятся в движении, вся их деятельность нецеленаправленна, ни одно начатое дело они не могут довести до конца. Появление такого ребенка всегда вносит беспокойство, он бегают, суетится, ломает игрушки. Многие из них также отличаются повышенной эмоциональной возбудимостью, драчливостью, агрессивностью, импульсивным поведением. Большинство детей не способны к игровой деятельности, они не умеют ограничивать свои желания, бурно реагируют на все запреты, отличаются упрямством.

Более широко используется классификация К.С. Лебединской (по этиопатогенетическому принципу): ЗПР конституционального происхождения, ЗПР соматогенного происхождения, ЗПР психогенного происхождения, ЗПР церебрально-органического происхождения.

ЗПР конституционального происхождения. Это гармонический психический и психофизический инфантилизм, при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Характерны преобладание эмоциональной

мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость.

Такие дети внешне часто выглядят субтильными, рост ниже среднего, лицо сохраняет черты более раннего возраста.

ЗПР соматогенного происхождения. Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного генеза: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями (бр. астма), врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца.

ЗПР психогенного происхождения. Этот тип ЗПР связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, не представляющих собой патологического явления, а ограниченных дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации. ЗПР психогенного происхождения чаще всего обусловлен явлениями гипоопеки – условиями безнадзорности, при которых у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности, формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие и познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок.

Вариант аномального развития личности по типу кумира семьи обусловлен, наоборот, гиперопекой – неправильным изнеживающим воспитанием, при котором ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Для этого психогенного инфантилизма, наряду с малой способностью к волевому усилию, характерны черты эгоцентризма и эгоизма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку.

Вариант патологического развития личности по невротическому типу чаще наблюдается у детей, в семьях которых имеют место грубость, жестокость, деспотичность, агрессия к ребенку, другим членам семьи. В

такой обстановке нередко формируется личность робкая, боязливая, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и инициативы. Неблагоприятные условия воспитания приводят к задержке развития и познавательной деятельности.

ЗПР церебрально-органического происхождения (органический инфантилизм). Этот тип ЗПР занимает основное место в данной аномалии развития. Он встречается чаще других вышеописанных типов, нередко обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности.

В основе ЗПР этой группы детей присутствует негрубая органическая недостаточность нервной системы (патология беременности, недоношенность, асфиксию и травму в родах, постнатальные нейроинфекции).

В отношении патогенеза ЗПР церебрально-органического генеза имеется определенная аналогия с принятыми за рубежом терминами: «минимальное повреждение мозга», «минимальная мозговая дисфункция – ММД». Акцент на понятии «дисфункция» позволяет включить в данную группу и самые легкие, функциональные расстройства ЦНС.

У детей с ЗПР церебрально-органического происхождения отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций. Больные дети характеризуются слабой заинтересованностью в оценке, низким уровнем притязаний. Внушаемость у них имеет более грубый оттенок и нередко отражает органический дефект критики. Игровую деятельность характеризует бедность воображения и творчества, определенные монотонность и однообразие, преобладание компонента двигательной расторможенности. Само стремление к игре нередко выглядит скорее как способ ухода от затруднений в занятиях, чем первичная потребность: желание играть часто возникает именно в ситуациях необходимости целенаправленной интеллектуальной деятельности, приготовления уроков

В зависимости от преобладания в клинической картине явлений либо эмоционально-волевой незрелости, либо нарушений познавательной деятельности ЗПР церебрального генеза можно условно разделить на два основных варианта: 1) органический инфантилизм; 2) задержка психического развития с преобладанием функциональных нарушений познавательной деятельности.

Психомоторная сфера. Присутствует разбалансированность двигательной активности (гипер- и гипоактивность), импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движения.

В дошкольном возрасте у детей с ЗПР выявляется отставание в развитии общей и, особенно, тонкой моторики. Главным образом страдает техника движений и двигательные качества (быстрота, ловкость, сила, точность, координация), выявляются недостатки психомоторики. Слабо сформированы навыки самообслуживания, технические навыки в изобразительной деятельности, лепке, аппликации, конструировании. Многие дети не умеют правильно держать карандаш, кисточку, не регулируют силу нажима, затрудняются при пользовании ножницами. Грубых двигательных расстройств у детей с ЗПР нет, однако уровень физического и моторного развития ниже, чем у нормально развивающихся сверстников, затруднено формирование графомоторных навыков.

Сенсорное развитие отличается качественным своеобразием. У детей с ЗПР зрение и слух физиологически сохранены, однако процесс восприятия несколько затруднен - снижен его темп, сужен объем, недостаточна точность восприятия (зрительного, слухового, тактильно-двигательного).

Дети с ЗПР в единицу времени воспринимают меньший объем информации, т. е. снижена скорость выполнения перцептивных операций. Затруднена ориентировочно-исследовательская деятельность, направленная на исследование свойств и качеств предметов. Требуется большее количество практических проб и примериваний при решении наглядно-практических

задач, дети затрудняются в обследовании предмета. В то же время дети с ЗПР, в отличие от умственно отсталых, могут практически соотносить предметы по цвету, форме, величине. Основная проблема в том, что их сенсорный опыт долго не обобщается и не закрепляется в слове, отмечаются ошибки при назывании признаков цвета, формы, величины. Таким образом, эталонные представления не формируются своевременно. Ребенок, называя основные цвета, затрудняется в названиях промежуточных цветовых оттенков. Не использует слова, обозначающие величины («длинный – короткий», «широкий – узкий», «высокий – низкий» и т.д.), а пользуется словами «большой – маленький». Недостатки сенсорного развития и речи влияют на формирование сферы образов-представлений. Из-за слабости анализирующего восприятия ребенок затрудняется в выделении основных составных частей предмета, определении их пространственного взаимного расположения. Можно говорить о замедленном темпе формирования способности воспринимать целостный образ предмета. Влияет на это и недостаточность тактильно-двигательного восприятия, которое выражается в недостаточной дифференцированности кинестетических и тактильных ощущений (температуры, фактуры материала, свойства поверхности, формы, величины), т.е. когда у ребенка затруднен процесс узнавания предметов на ощупь.

В мыслительной сфере — преобладание более простых мыслительных операций (анализ и синтез), снижение уровня логичности и отвлеченности мышления, трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления.

Отставание отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, возникают трудности в формировании сферы образов-представлений. Отмечается подражательный характер деятельности детей с ЗПР, несформированность способности к творческому созданию новых образов, замедлен процесс формирования мыслительных операций. К старшему дошкольному возрасту у детей с ЗПР еще не сформирован соответствующий

возрастными возможностями уровень словесно-логического мышления - дети не выделяют существенных признаков при обобщении, а обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам. Например, отвечая на вопрос: «Как назвать одним словом диван, шкаф, кровать, стул?», – ребенок может ответить: «Это у нас дома есть», «Это все нужное человеку». Затрудняются при сравнении предметов, производя их сравнение по случайным признакам, при этом затрудняются даже в выделении признаков различия. Например, отвечая на вопрос: «Чем не похожи люди и животные?», – ребенок произносит: «У людей есть тапочки, а у зверей – нет». Однако, дошкольники с ЗПР, после получения помощи, выполняют предложенные задания на более высоком, близком к норме уровне.

В мнемической сфере наблюдается преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания – над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к произвольному запоминанию, снижена прочность запоминания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая утеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память.

Для таких детей характерна рассеянность внимания, они не способны удерживать внимание достаточно длительное время, быстро переключать его при смене деятельности. Для них характерна повышенная отвлекаемость, особенно на словесный раздражитель.

Речевое развитие характеризуется ограниченностью словарного запаса, особенно активного, замедленным овладением грамматическим строем речи. Многим из детей присущи дефекты звукопроизношения, недостатки фонематического восприятия, трудности овладения письменной речью. У некоторых имеется дизартрия.

На уровне импрессивной речи отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций типа «Коля старше Миши», «Береза растет на краю поля». Дети

плохо понимают содержание рассказа со скрытым смыслом, затруднен процесс декодирования текстов, т. е. затруднен процесс восприятия и осмысления их содержания.

Дети рассматриваемой группы имеют ограниченный словарный запас. В их речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужен глагольный словарь. Затруднены словообразовательные процессы, позже, чем в норме, возникает период детского словотворчества, который продолжается до 7-8 лет.

Грамматический строй речи также отличается рядом особенностей. Ряд грамматических категорий дети практически не используют в речи, однако, если сравнивать количество ошибок в употреблении грамматических форм слова и в употреблении грамматических конструкций, то явно преобладают ошибки второго типа. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, хотя ему и понятно смысловое содержание изображенной на картинке ситуации или прочитанного рассказа, и на вопросы педагога он отвечает правильно.

Основные проблемы касаются формирования связной речи. Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по серии сюжетных картин, описать наглядную ситуацию, им недоступно творческое рассказывание.

Эмоционально-волевая сфера – незрелость эмоционально-волевой деятельности, слабая эмоциональная устойчивость, нарушение самоконтроля во всех видах деятельности, агрессивность поведения, инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов, частая смена настроения, чувство страха. Недостаточно сформирована способность к произвольной регуляции деятельности и поведения.

В мотивационной сфере – преобладание игровых мотивов, стремление к получению удовольствия, дезадаптивность побуждений и интересов.

В характерологической сфере – усиление вероятности акцентуирования характерологических особенностей и повышение вероятности психопатоподобных проявлений.

Деятельность. Для игровой деятельности многих детей с ЗПР характерно неумение (без помощи взрослого) развернуть совместную игру в соответствии с замыслом. Деятельность носит недостаточно целенаправленный характер, дети часто действуют импульсивно, легко отвлекаются, быстро утомляются, истощаются. Могут наблюдаться и проявления инертности – в этом случае ребенок с трудом переключается с одного задания на другое.

Поступающим в школу детям с ЗПР присущ ряд специфических особенностей. Они не обнаруживают готовности к школьному обучению. У них нет нужных для усвоения программного материала умений, навыков и знаний. В связи с этим дети оказываются не в состоянии (без специальной помощи) овладеть счетом, чтением, письмом. Им трудно соблюдать принятые в школе нормы поведения. Они испытывают затруднения в произвольной организации деятельности. Испытываемые ими трудности усугубляются ослабленным состоянием их нервной системы. Дети быстро утомляются, работоспособность их падает, а иногда они просто перестают выполнять начатую деятельность.

Дети, испытывающие стойкие затруднения в обучении, имеющие задержку психического развития (ЗПР) обучаются в специальной школе VII вида по программе обычной общеобразовательной школы, утвержденной Министерством просвещения. На начальной ступени обучения обычная программа адаптирована с учетом особых образовательных потребностей детей с ЗПР. В среднем и старшем звене дети с ЗПР осваивают обычную программу, хотя при их обучении должны использоваться особые подходы.

Образовательный процесс в этой школе осуществляется в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

1-я ступень – начальное общее образование (3–5 лет);

2-я ступень – основное общее образование (5 лет).

Дети принимаются в школу VII вида только в подготовительный, первый и второй классы, в третий класс – в виде исключения. Те, кто начал учиться в обычной школе с 7 лет, принимаются во второй класс школы VII вида, а начавшие учиться в обычном образовательном учреждении с 6 лет могут быть приняты в первый класс школы VII вида.

Дети, не имевшие никакой дошкольной подготовки, могут быть приняты в возрасте 7 лет в первый класс школы VII вида, а в возрасте 6 лет — в подготовительный класс. Количество детей в классе (группе) не более 12 человек.

У обучающихся в школе VII вида сохраняется возможность перехода в обычную школу по мере коррекции отклонений в развитии, устранения пробелов в знаниях после получения начального общего образования.

При необходимости уточнения диагноза ребенок может обучаться в школе VII вида в течение года.

В процессе всего обучения дети с ЗПР получают психолого-педагогическую помощь на индивидуальных, групповых занятиях. Основная масса этих детей получает неполное среднее образования, и после окончания 9 класса начинается профессиональная подготовка. Те, кто смог справиться с трудностями, продолжает обучение в 10 и 11 классе (совместно с обычными ребятами, по общеобразовательной программе).

Многим оказывается логопедическая помощь на логопедических занятиях.

Опыт этих школ показал, что при специальных формах и методах обучения, некотором увеличении сроков прохождения программы, щадящем режиме, поддерживающей медикаментозной терапии общеукрепляющими, успокаивающими и стимулирующими препаратами примерно половина этих детей после обучения в начальных классах специальной школы может быть

переведена в IV класс массовой школы. Остальная же часть учащихся должна продолжать обучение в специальных условиях данных школ.

Кроме школ VII вида, дети с ЗПР могут обучаться в специальных классах в массовых школах (классы коррекционно-развивающего обучения).

Тема 5. Психология детей с сенсорными нарушениями

Содержание темы. Причины и категории нарушения зрения. Личностное и психическое развитие при нарушениях зрения. Классификация нарушения слуха. Особенности психического развития глухих и слабослышащих. Организация воспитания и образования детей с сенсорными нарушениями.

К причинам нарушения зрения относятся различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами – гормональными, снотворными и т. д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже – менингиты и опухоли мозга.

Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17%.

Принимая за основу степень нарушения зрительной функции, детей со стойкими дефектами зрения делят на слепых и слабовидящих.

Слепые дети – дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (максимальной остротой зрения 0,04). Различают разные степени потери зрения: абсолютная (тотальная) слепота, при которой полностью отсутствуют зрительные ощущения (светоощущение и цветоразличие); практическая слепота, при которой сохраняется или светоощущение на уровне различения света от

темноты, или остаточное зрение, позволяющее сосчитать пальцы рук у лица, различать контуры и силуэты.

Слабовидящие дети с остротой зрения на лучше видящем глазу при использовании очков от 0,05 до 0,4. Главное отличие слепых детей от слабовидящих в том, что зрение остается основным средством восприятия. Зрительный анализатор остается ведущим в учебном процессе, как и у нормально видящих детей, т. е. другие анализаторы не заменяют зрительных функций, как это происходит у слепых. Слабовидение все же оказывает заметное влияние на психологическое развитие ребенка: замедлены процессы запоминания, затруднены мыслительные операции, ограничены движения. Эта категория детей отличается особенностями поведения: они агрессивны и раздражительны, замкнуты. Такие особенности объясняются неудачами и трудностями в учебе, игре, общении со сверстниками. Слабовидящие дети нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания.

В зависимости от времени появления дефекта выделяют две категории детей:

1) слепорожденные – дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. У них нет зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы. Врожденная слепота обусловлена повреждениями или заболеваниями плода в период внутриутробного развития либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения.

2) ослепшие – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже. Приобретенная слепота обычно бывает следствием заболевания: органов зрения - сетчатки, роговицы и заболеваний центральной нервной системы (менингит, опухоль мозга, менингоэнцефалит), осложнений после общих заболеваний организма (корь, грипп» скарлатина), травматических повреждений мозга (ранения головы, ушибы) или глаз.

На протяжении долгого времени в обыденном сознании складывалось представление о слепом как о личности глубоко ущербной и неполноценной.

Слепым приписывали разнообразные отрицательные личностные свойства: гипертрофированные биологические потребности (пищевая и сексуальная), дурные привычки, отсутствие духовных интересов, наличие отрицательных моральных (эгоизм, отсутствие чувства долга и товарищества) и волевых (внушаемость, негативизм) черт характера и т.д.

Аналогичные взгляды еще можно встретить и в специальной литературе кон. 19-нач. 20 века.

Позже пришло осознание того, что дефект лишь опосредованно влияет на развитие личности слепого. Не сама слепота, а нарушение социальных контактов, отсутствие квалифицированной помощи могут повлиять на развитие негативных черт характера.

К таким особенностям, возникающим в связи с полной или частичной утратой зрения, относятся некоторые изменения в динамике потребностей, связанных с затруднением их удовлетворения; сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного отражения и т.д.

Алексей Григорьевич Литвак отмечает неблагоприятное влияние либо чрезмерной опеки либо гипоопеки в семейном воспитании. В результате у слепых формируются отрицательные моральные (эгоцентричность, эгоизм, отсутствие чувства долга и товарищества), волевые (отсутствие самостоятельности, нерешительность, внушаемость, упрямство, негативизм), эмоциональные (равнодушие к окружающим, душевная черствость) и интеллектуальные (отсутствие любознательности, чувства нового) черты характера.

Однако при правильной организации воспитания и обучения, широком вовлечении ребенка в разные виды деятельности формирование необходимых свойств личности, мотивации деятельности, установок оказывается практически независимым от состояния зрительного анализатора.

Примерно до 2-3 месячного возраста психическое развитие детей с нарушением зрения мало отличается от психического развития нормально

видящих детей. Они реагируют на пеленание, перевертывание, речь матери, на позу кормления.

К 2-3 месяцам у детей с нарушением зрения не развиваются такие зрительные функции как фиксация взора, к 5 месяцам – перемещение взора за предметом.

Развитие двигательных умений и осязания формируется у этих детей замедленно, поэтому возникает сложность дифференциации звуков. Только к 5 месяцам слепой ребенок научается выделять и дифференцировать звуковые признаки предметов, устанавливать связь между предметом и звуком, который он производит.

В 4-5 месяцев ребенок с нарушением зрения отстает в развитии моторики, в развитии координации рук. Из-за зрительного дефекта, не видя предмета, у него не возникает потребности протягивать руки за предметом, чтобы его схватить. Это уменьшает психическую активность малыша.

Детям с нарушением зрения свойственно отставание в формировании вертикального положения тела и самостоятельного передвижения, затруднения в формировании ходьбы, боязнь нового пространства, новых предметов.

Развитие предметной деятельности заторможено. Первые специфические манипуляции и отдельные функциональные действия появляются у слепых после 2 лет.

Важную роль как средство общения для детей с нарушенным слухом играет речь. Чтобы привлечь внимание или получить желаемое такой ребенок использует вокализации, слоги и слова. В 1,5-2 года речь для ребенка с нарушенным зрением является основным средством общения со взрослыми.

В дошкольном периоде отчетливо проявляется отставание ребенка с нарушенным зрением в психическом развитии от нормально видящего. В дошкольном возрасте слепому приходится овладевать предметной деятельностью, основными движениями своего тела, мелкими движениями

рук, ориентировкой в ограниченном пространстве, т.е. такими видами деятельности, которыми зрячий ребенок овладел ранее.

Игровая деятельность дошкольника с нарушенным зрением носит специфический характер. Игровые действия протекают у них как манипуляции с предметами и игрушками, в однообразных повторяющихся движениях и словесных описаниях своих действий.

В учебной деятельности у слепых дошкольников наблюдаются те же закономерности, что и у зрячих детей. Ее специфика заключается в способах выполнения этой деятельности. Это осязательное восприятие материала, закрепление образов в представлениях памяти, оперирование ими в умственном плане требуют увеличения времени и обучения детей работать «по правилу».

Внимание. Практически все качества внимания, такие, как его активность, направленность, широта (объем, распределение), возможность переключения, интенсивность, или сосредоточенность, устойчивость оказываются под влиянием нарушения зрения, но способны к высокому развитию, достигая, а порой и превышая уровень развития этих качеств у зрячих. Ограниченность внешних впечатлений оказывает отрицательное влияние на формирование качеств внимания. Замедленность процесса восприятия, осуществляемого с помощью осязания или нарушенного зрительного анализатора, сказывается на темпе переключения внимания и проявляется в неполноте и фрагментарности образов, в снижении объема и устойчивости внимания.

Память. Нарушения зрения тормозят полноценное развитие познавательной деятельности слепых и слабовидящих детей, что находит свое отражение и в развитии, и в функционировании мнемических процессов. Слепым и слабовидящим приходится запоминать и держать в своей памяти материалы, которые не требуется помнить зрячему. Процесс заучивания как бессмысленных слогов, так слов и стихотворений у слепых осуществляется быстрее, чем у зрячих, что связано с более сосредоточенным вниманием к

выполняемой деятельности и умением слепых соотносить воспринимаемый материал с практическим опытом. Объем памяти у слепых по сравнению со зрячими увеличен на 0,7 для слов, обозначающих зрительные образы, и на 0,9 для слов, обозначающих осязательные образы. Есть мнение, что слепым свойствен больший, чем у зрячих, объем памяти. Однако большой объем материала, хранящегося в памяти, недостаточно организован и слабо систематизирован. Для слепых и слабовидящих характерно также недостаточное осмысление запоминаемого наглядного материала. Трудности классификации, сравнения, анализа и синтеза, связанные с нечетко воспринимаемыми качествами объектов, трудностями дифференцирования существенных и несущественных качеств, приводят к недостаточности логической памяти. Вместе с тем запоминание логически связанных стимулов у этих детей, как и в норме, более эффективно, нежели материала, не объединенного смысловыми связями. Так, в исследовании произвольного запоминания сочетания точек в браилевском шеститочии слепые лучше запоминали и воспроизводили фигуры, имеющие более четкие и завершенные геометрические формы. Исследование соотношения зрительной, слуховой и осязательной памяти у слепых, частично видящих и слабовидящих выявило слабую сохранность зрительных мнемических образов у слабовидящих. Зрительные предметные представления скорее, чем у нормально видящих, теряют дифференцированность, становятся схематичными и фрагментарными. Это свидетельствует о более быстром распаде зрительных образов и значительном снижении объема долговременной памяти. Кратковременный и долговременный объем осязательной памяти у слепых и частично видящих школьников, так же как и слуховой памяти, оказывается высоким.

Речь слепого и слабовидящего развивается в ходе специфически человеческой деятельности общения, но имеет свои особенности формирования – изменяется темп развития, нарушается словарно-семантическая сторона речи, появляется «формализм», накопление

значительного количества слов, не связанных с конкретным содержанием. Исследование связной речи дошкольников с нарушением зрения, показало, что уровень спонтанной речи детей с нарушением зрения значительно ниже нормы. У этих детей наиболее типичными являются системные недоразвития речи, разнообразные по своей структуре, и их значительно больше, чем у их зрячих сверстников. Это непонимание смысловой стороны слова, которое не соотносится с чувственным образом предмета, использование слов, усвоенных на чисто вербальной основе, эхолалии, отсутствие развернутых высказываний из-за недостатка зрительных впечатлений. Специфика развития речи выражается также в слабом использовании неязыковых средств общения – мимики, пантомимики, поскольку нарушения зрения затрудняют восприятие выразительных движений и делают невозможным подражание действиям и выразительным средствам, используемым зрячими. Это отрицательно сказывается на понимании речи зрячего и на выразительности речи слепого и слабовидящего.

Выделяют три основные группы детей с нарушениями слуха:

1. Глухие (ранооглохшие) дети, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах. К этой группе относятся дети с такой степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Они овладевают зрительным (чтение с губ) и слухозрительным (при помощи звукоусиливающей аппаратуры) восприятием словесной речи только в условиях специального обучения.
2. Позднооглохшие дети, «глухие, сохранившие речь» – те, кто потерял слух в том возрасте, когда речь уже была сформирована. У них может быть разная степень нарушения слуха и разный уровень сохранности речи, поскольку при возникновении нарушения слуха без специальной педагогической поддержки речь начинает распадаться. Эти дети имеют навыки словесного общения. Важным для них является освоение навыков зрительного или слухозрительного восприятия словесной речи. Развитие

мышления в большей степени сходно с его развитием у слышащих детей, чем у ранооглохших. Это сходство оказывается тем большим, чем лучше сохранены речевой запас и связанные с ним возможности отражения действительности при помощи словесных обобщений.

3. Слабослышащие (тугоухие) дети – дети с частичной потерей слуха. В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладеть речью, но такая речь обычно имеет ряд существенных недостатков. Которые подлежат коррекции в процессе обучения. Значение зрительного восприятия речи возрастает в зависимости от тяжести нарушений слуха.

В первые месяцы жизни глухой ребенок мало отличается от детей с сохранным слухом. Он может быть несколько более спокойным, чем слышащие дети, поскольку многие окружающие его звуки на него воздействуют в малой степени, а у слышащих они вызывают раздражение, испуг, нарушают сон.

Глухие дети обычно гуляют в те же сроки, как и слышащие, но постепенно замолкают, и лепет у них не возникает, если взрослые специально его не вызывают.

Ребенок, глухой от рождения, обычно имеет остатки слуха в диапазоне низких и средних звуковых частот. Это дает ему возможность слышать громкие низкие звуки. В громкой речи он может различать только отдельные гласные звуки и некоторые слоги, отчетливо произносимые.

Глухие дети, не имеющие дополнительных нарушений, к 6-7 годам достигают психического развития, по ряду показателей близкого к нормативному. Они хорошо владеют произвольной деятельностью, направленной на выполнение тех заданий, которые предлагает им взрослый и которые требуют от них сосредоточения внимания, анализа условий деятельности, оценки проблемной ситуации, преодоления возникающих препятствий. Они эмоционально и адекватно реагируют на характер выполняемых заданий и достигаемый при этом успех или неудачу.

Внимание. Непроизвольное внимание в дошкольном возрасте является ведущим у глухих (как и у слышащих). Позднее, чем в норме, формируются произвольное и опосредованное внимание (что связано с отставанием в развитии речи и неумением использовать средства организации внимания). Отмечаются трудности переключения внимания, требуется больше времени на «вработывание», что влияет на скорость выполнения деятельности. Внимание глухих зависит от изобразительной выразительности материала (напр., фигурный материал они различают легче). Наибольший темп развития произвольного внимания приходится на подростковый возраст, в то время как в норме это происходит в младшем школьном возрасте.

Память. При произвольном запоминании наглядного материала глухие дети отстают от нормально слышащих сверстников: хуже запоминают места расположения предметов, имеют менее точные образы в памяти. Изображения предметов запоминают неточно. В памяти образы предметов системно не организованы. При запоминании глухие дети редко пользуются словесными обозначениями, менее точно характеризуют объект. Плохо развита словесная память, поскольку неразвита речь. Лучше запоминают существительные, поскольку они имеют предметную соотнесенность. В начальной школе дети запоминают материал от повторения к повторению. В средних классах глухой ребенок понимает и запоминает общий смысл текста и ключевые слова, остальное может додумать. К окончанию школы глухие уже хорошо понимают и запоминают текст.

Объем кратковременной памяти у глухих младших школьников на слова заметно уступает соответствующим показателям у слышащих сверстников. При запоминании глухие дети в меньшей степени, чем слышащие, пользуются приемом группировки слов по их значению или по какому-либо другому принципу.

Вместе с тем глухие школьники лучше запоминают жесты, чем слова, притом запоминают их в такой же мере успешно как слышащие дети – слова.

У глухих детей жесты при запоминании группируются, систематизируются по значению.

Восприятие. В развитии ощущений и восприятия у глухих имеются специфические особенности. Ведущим является зрительное восприятие. наблюдается замедленное узнавание предметов. Узнавание контурных плоских изображений формируется позже. Глухие испытывают трудности в восприятии и понимании перспективных изображений, пространственно-временных отношений между изображенными предметами. Имеются трудности и в восприятии предметов в движении, необычном ракурсе.

Мышление. Наблюдается отставание в развитии наглядно-действенного мышления (у тех глухих, которые владеют речью), которое формируется позже, чем у слышащих сверстников. Не владеют обобщенным способом действия, поэтому глухим требуется в 4 раза больше времени, чтобы научиться решать такие задачи. Глухие дети длительное время остаются на стадии наглядно – образного мышления. Наблюдается отставание в развитии анализа и синтеза, поскольку жизненный опыт менее разнообразен. У глухих позже формируется умение выделять как общие, так и специфические признаки предметов.

Для глухих детей характерно недоразвитие обычной бытовой фразовой речи, которой слышащие дети, развивающиеся нормально, овладевают к 2 годам и значительно ее совершенствуют в среднем и старшем дошкольном возрасте. Речь глухих детей 6-7 лет бедна по словарю, по способам высказывания. Поэтому у глухих детей наблюдается заметное снижение словесной памяти по сравнению с тем, что отмечается у их слышащих сверстников. К семи годам, то есть ко времени поступления в школу, глухие дети при благоприятных условиях обучения и развития овладевают речью настолько, что могут выражать свои мысли и желания, пользуясь простыми распространенными предложениями, содержащими помимо главных членов второстепенные – определения, дополнения и обстоятельства.

Эмоции. Глухие дети 10-11 лет заметно уступают слышащим детям 7-8 лет по точности опознания эмоциональных состояний, по их словесной характеристике, и раскрытию причин, вызывающих те или иные эмоциональные состояния.

Постепенно по мере обучения к 13-14 годам у глухих детей совершенствуется умение опознавания эмоций и чувств, а также определение причин, их вызывающих. Глухие подростки овладевают многими понятиями, относящимися к эмоциональным состояниям и социально-нравственным чувствам. Они в ряде случаев могут правильно в качестве причины эмоции выделить внутреннее отношение одного человека к другому. Но в целом у них сохраняются трудности понимания взаимосвязей между эмоциональными состояниями человека и порождающими их жизненными ситуациями.

В формировании самооценки глухие младшие школьники несколько отстают от слышащих детей, обнаруживая черты, свойственные слышащим дошкольникам. Самооценка глухих детей 7-11 лет очень неустойчива, зависит от ситуации, от оценок их учебной деятельности и отдельных поступков учителями и воспитателями. Самооценка глухих школьников значительно совершенствуется на протяжении обучения в школе.

По глубине нарушения слуха при тугоухости можно выделить четыре степени: легкую, умеренную, значительную и тяжелую.

Степень тугоухости	Восприятие речи на расстоянии от ушной раковины (м)	
	Шепотная речь	Разговорная речь
Легкая	4 - 6	6 - 8
Умеренная	1 - 3	4 - 6
Значительная	1	2 - 4
Тяжелая	0,5	2

При тугоухости особенно важно учитывать не только степень снижения слуха, но и время, когда наступило снижение. Уже на первом году жизни разворачиваются процессы опережающего обеспечения речевой

функции, которые при отсутствии соответствующего подкрепления постепенно угасают. Так, при врожденной, нераспознанной тугоухости к концу первого года жизни ребенка снижается интенсивность предречевых действий (гуление, лепет). Такой ребенок почти не усваивает речевые навыки и переходит на язык жестов. Несформированность речевой функции к 4 – 5 годам создает тяжелые условия для дальнейшего речевого развития. Ранняя тугоухость, наступившая в доречевой период, вызывает речевое недоразвитие, требующее специального обучения.

При поступлении в школу слабослышащие дети часто обнаруживают следующие нарушения речи: недостатки произношения, ограниченный запас слов, недостаточное усвоение звукового состава слова, которое выражается не только в неточностях произношения, но и в ошибочном написании слов, неточное понимание и неправильное употребление слов, недостатки грамматического строя речи: неправильное построение предложения, неправильное согласование предложения, ограниченное понимание устной речи, ограниченное понимание читаемого текста.

Частичное восприятие речи таким ребенком нередко создает у окружающих неправильное представление о том, что ребенок может полностью понимать речь, а то, что ребенок не понимает смысла сказанного, иногда расценивается как интеллектуальная недостаточность.

Письмо и чтение являются самым полноценным средством овладения языком, а также средствами развития познавательной деятельности слабослышащих учащихся.

Специальная школа I вида, где обучаются глухие дети, ведет образовательный процесс в соответствии с уровнем общеобразовательных программ трех ступеней общего образования: 1-я ступень – начальное общее образование (в течение 5-6 лет или лет – в случае обучения в подготовительном классе); 2-я ступень – основное общее образование (в течение 5-6 лет); 3-я ступень – полное среднее общее образование (2 года, как правило, в структуре вечерней школы). Для детей, не получивших

полной дошкольной подготовки, организуется подготовительный класс. В первый класс принимаются дети с 7 лет. Вся учебная деятельность пронизана работой по формированию и развитию словесной устной и письменной речи, общения, умения воспринимать и понимать речь окружающих на слухозрительной основе. Дети учатся использовать остатки слуха для восприятия речи на слух и слухозрительно с использованием звукоусиливающей аппаратуры. С этой целью регулярно проводятся групповые и индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и формированию произносительной стороны устной речи. В школах, работающих на билингвистической основе, осуществляется равноправное обучение языку словесной и языку жестовой речи, но учебный процесс ведется на языке жестовой речи. В составе специальной школы I вида организуются классы для глухих детей со сложной структурой дефекта (умственной отсталостью, трудностями в обучении, слабовидящих и др.). Количество детей в классе (группе) не более 6 человек, в классах для детей со сложной структурой дефекта до 5 человек.

Специальная школа II вида, где обучаются слабослышащие (имеющие частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохшие дети (оглохшие в дошкольном или школьном возрасте, но сохранившие самостоятельную речь), имеет два отделения: первое отделение – для детей с легким недоразвитием речи, связанным с нарушением слуха; второе отделение – для детей с глубоким недоразвитием речи, причиной которого является нарушение слуха. Если в процессе обучения возникает необходимость перевода ребенка из одного отделения в другое ребенку трудно в первом отделении или, наоборот, ребенок во втором отделении достигает такого уровня общего и речевого развития, которое позволяет ему учиться в первом отделении), то с согласия родителей и по рекомендации ПМПК происходит такой переход. В первый класс в любое из отделений принимаются дети, достигшие семилетнего возраста, если они посещали детский сад. Для детей, которые по какой-либо причине не имеют

соответствующей дошкольной подготовки, во втором отделении организуется подготовительный класс. Наполняемость класса (группы) в первом отделении до 10 человек, во втором отделении до 8 человек. В специальной школе II вида образовательный процесс осуществляется в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования: 1-я ступень – начальное общее образование (в первом отделении 4-5 лет, во втором отделении 5-6 или 6-7 лет); 2-я ступень – основное общее образование (6 лет в первом и во втором отделениях); 3-я ступень – среднее (полное) общее образование (2 года в первом и во втором отделениях). Развитие слухового и слухозрительного восприятия, формирование и коррекция произносительной стороны речи проводятся на специально организованных индивидуальных и групповых занятиях с использованием звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования и индивидуальных слуховых аппаратов. Развитие слухового восприятия и автоматизация навыков произношения продолжаются на занятиях фонетической ритмикой и в различных видах деятельности, связанных с музыкой.

Специальные школы III и IV видов предназначены для образования незрячих (III вид), слабовидящих и поздноослепших (IV вид) детей. Вследствие незначительного числа таких школ при необходимости может быть организовано совместное (в одном учреждении) обучение незрячих и слабовидящих детей, а также детей с косоглазием и амблиопией. В специальную школу III вида принимаются незрячие дети, а также дети с остаточным зрением (0,04 и ниже) и более высокой остротой зрения (0,08) при наличии сложных сочетаний нарушений зрительных функций, с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте. В первый класс специальной школы III вида принимают детей 6-7 лет, а иногда и 8-9 лет. Наполняемость класса (группы) может быть до 8 человек. Общий срок обучения в школе III вида 12 лет, за который ученики получают среднее (полное) общее образование. В специальную школу IV вида принимаются

слабовидящие дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу с переносимой коррекцией. При этом учитывается состояние других зрительных функций (поле зрения, острота зрения вблизи), форма и течение патологического процесса. В эту школу могут быть приняты дети и с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях зрения, при наличии астенических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии. В эту же школу принимаются дети с косоглазием и амблиопией, имеющие более высокую остроту зрения (свыше 0,4). В первый класс школы IV вида принимаются дети 6-7 лет. В классе (группе) может быть до 12 человек. За 12 лет обучения в школе дети получают среднее (полное) общее образование.

Тема 6. Психология детей, страдающих детским церебральным параличом

Содержание темы. ДЦП как вид нарушений опорно-двигательного аппарата. Причины заболевания. Формы ДЦП. Двигательные нарушения при ДЦП. Психическое и речевое развитие детей при ДЦП. Диагностическая и коррекционная работа с детьми с ДЦП.

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, имеющие органическое центральное или периферическое происхождение. Причинами этих расстройств могут быть генетические нарушения, а также органические повреждения головного мозга и травмы опорно-двигательного аппарата.

В специальной психологии и коррекционной педагогике принято выделять 4 категории нарушений функций опорно-двигательного аппарата:

- 1) дети с церебральным параличом (ДЦП);
- 2) с последствиями полиомиелита;
- 3) с миопатией (это прогрессирующие мышечные дистрофии,

связанные с нарушением обмена веществ в мышечной ткани; относятся к наследственным заболеваниям);

4) с врожденными и приобретенными недоразвитиями и деформациями опорно-двигательного аппарата. Врожденные: вывих бедра, кривошея, косолапость, сколиоз, дефекты конечностей и т.п. Приобретенные: травматические поражения конечностей, спинного и головного мозга; полиартрит; рахит; туберкулез костей и т.п.

По степени тяжести нарушений двигательных функций и по сформированности двигательных навыков дети разделяются на три группы.

В первую группу входят дети с тяжелыми нарушениями. У некоторых из них не сформированы ходьба, захват и удержание предметов, навыки самообслуживания; другие с трудом передвигаются с помощью ортопедических приспособлений, навыки самообслуживания у них сформированы частично.

Во вторую группу входят дети, имеющие среднюю степень выраженности двигательных нарушений. Большая часть этих детей может самостоятельно передвигаться, хотя и на ограниченное расстояние. Они владеют навыками самообслуживания, которые недостаточно автоматизированы.

Третью группу составляют дети, имеющие легкие двигательные нарушения, – они передвигаются самостоятельно, владеют навыками самообслуживания, однако некоторые движения выполняют неправильно.

Помимо двигательных расстройств у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут отмечаться недостатки интеллектуального развития: 40-50% детей имеют задержку психического развития; около 10% – умственную отсталость разной степени выраженности.

Наиболее распространенным нарушением функций опорно-двигательного аппарата (89%) является детский церебральный паралич – это заболевание, вызванное поражением головного мозга, обычно проявляющееся в раннем детском возрасте и характеризующееся

двигательными нарушениями: параличами, слабостью мышц, нарушением координации, произвольными движениями. При детском церебральном параличе (ДЦП) поражение двигательных и ряда других центров головного мозга отражается на активности мышц конечностей, головы, шеи или туловища.

Выраженность заболевания зависит от распространенности поражения мозга и колеблется от легкой, едва заметной до чрезвычайно тяжелой, приводящей к полной инвалидности.

Могут наблюдаться эпилептические припадки, задержка психического развития, трудности восприятия и обучения. Иногда нарушаются зрение, слух, речь, интеллект.

Степень генетического риска составляет 2-3%, что дает возможность говорить и о наследственной предрасположенности к заболеванию детским церебральным параличом.

ДЦП у мальчиков встречается в 1,3 раза чаще и имеет более тяжелое течение, чем у девочек.

Причины. Состояния, близкие к церебральному параличу, могут возникать в любом возрасте после инфекционной болезни, инсульта или черепно-мозговой травмы.

Детский же церебральный паралич обычно вызывается поражением или травмой головного мозга до родов, во время родов или сразу после них. Во многих случаях истинная причина остается неизвестной.

В 80 % случаев поражение мозга, вызывающее ДЦП, происходит в период внутриутробного развития плода.

К числу пренатальных (дородовых) причин относятся инфекции во время беременности (краснуха, напр.), поздний токсикоз беременности, несовместимость матери и плода по резус-фактору крови, сердечно-сосудистые или эндокринные нарушения у матери.

Натальными (во время родов) причинами ДЦП служат преждевременные роды, асфиксия новорожденного и родовая травма. При

очень низком весе новорожденного вероятность заболевания значительно увеличивается.

К постнатальным причинам (после родов) относят повреждение головного мозга как следствие черепно-мозговой травмы или инфекции, например менингита.

Особенно следует выделить такой фактор, ведущий к ДЦП как психические травмы, в том числе отрицательные эмоции матери в период беременности.

До настоящего времени этиология ДЦП до конца не изучена и нет четкости в понимании факторов и причин, приводящих к развитию этого заболевания.

Таким образом, ДЦП – это сложное заболевание центральной нервной системы, приводящее как к двигательным нарушениям, так и к задержке психического развития, умственной отсталости, речевой недостаточности, нарушению слуха и зрения.

В 1974 году К.А. Семенова разработала классификацию ДЦП, которой пользуются до сих пор.

Форма ДЦП, название	Двигательные нарушения	Интеллектуальные нарушения
Спастическая диплегия (болезнь Литтля).	Руки поражены меньше, чем ноги.	Возможны небольшие нарушения интеллекта.
Двойная гемиплегия.	Тяжелое поражение всех конечностей.	Тяжелая форма дебильности, имбецильность и даже идиотия.
Гиперкинетическая форма.	Гиперкинезы, параличи, парезы.	
Атонически-астатическая форма.	Характерны парезы и низкий тонус мышц.	Развивается удовлетворительный интеллект.
Гемипаретическая форма.	Парезы одной стороны тела, сильнее верхних конечностей.	50% лиц имеют олигофрению в степени дебильности имбецильности, в 25-35% возможна олигофрения.

По локализации симптоматики выделяют четыре формы:

1) моноплегическую (с вовлечением одной конечности), 2) гемиплегическую (с частичным или полным вовлечением обеих конечностей на одной стороне тела), 3) диплегическую (с вовлечением либо обеих верхних,

либо обеих нижних конечностей), 4) квадриплегическую (с частичным или полным вовлечением всех четырех конечностей).

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

Часто при ДЦП наблюдается повышение мышечного тонуса – спастичность. Мышцы в этом случае напряжены. Характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулак. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии максимально повышенного мышечного тонуса. Нарушаются плавность и слаженность мышечного взаимодействия.

При гипотонии (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, слабые, вялые.

Дистония – меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью.

Полное отсутствие движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных путей, называется церебральным параличом, а ограничение объема движений – центральным парезом.

Гиперкинезы – непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения.

Тремор – дрожание пальцев рук и языка. Наиболее выражен при целенаправленной деятельности (например, при письме).

Атаксия – нарушение равновесия с частыми падениями (неустойчивость при стоянии, сидении, ходьбе).

Кинестезии – нарушение ощущений движений собственного тела, позы в пространстве.

Синкенизии – это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки).

Для детей с церебральным параличом характерно своеобразное развитие, обусловленное ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами.

Интеллектуальное развитие детей с церебральным параличом разнообразно, однако практически все они имеют интеллектуальные нарушения разной степени: от ЗПР (церебрально-органического генеза) до УО различной степени тяжести. Лишь у небольшой группы таких детей интеллект в норме.

Имеются нарушения в эмоционально-волевой сфере. Присутствует склонность к колебаниям настроения, эйфория. Одни дети эмоционально-возбудимы, раздражительны, двигательно расторможены, другие – заторможены, застенчивы и робки.

Часто дети с церебральным параличом повышено внушаемы, имеют заниженную самооценку, слабо ориентированы в бытовых вопросах.

В дошкольном возрасте дети отличаются чрезмерной впечатлительностью, склонностью к страхам.

Отставание в психическом развитии у детей с церебральным параличом часто сочетается с низкой познавательной активностью, недостатками памяти и внимания. Присутствует повышенная отвлекаемость, чрезмерная фиксация на несущественных деталях в сочетании со слабостью произвольного запоминания.

Встречаются характерные трудности в усвоении счетных операций и оценке отдельных цифр при их зрительном восприятии в процессе опознавания и написания.

На начальных этапах обучения наиболее выражены недостатки операциональной стороны мыслительной деятельности, отстает формирование понятийного абстрактного мышления.

Недостаточно сформированы наглядно-действенное и образное мышление, что в свою очередь ведет к отставанию словесно-логического мышления. Часто отмечается ограниченное, конкретное или искаженное понимание отдельных слов.

80% детей с церебральным параличом имеют речевые нарушения. Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями. Нарушения артикуляционной моторики (в следствие повышения или понижения тонуса мышц языка) задерживают и нарушают формирование голосовой активности и звукопроизносительной стороны речи.

При ДЦП встречаются такие формы нарушения речи как:

дизартрия – нарушения произносительной стороны из-за патологической иннервации мышц; алалия – системное недоразвитие речи в результате поражения или дисфункции корковых речевых зон; дислексия – существенные трудности в овладении чтением; дисграфия – нарушения формирования письменной речи; невротическое и неврозоподобное заикание; нарушение речи по типу мутизма.

Психолого-педагогическое изучение детей с церебральным параличом представляет существенные трудности в связи с многообразием проявлений у них нарушений двигательного, психического и речевого развития.

Двигательные нарушения в сочетании с нарушениями зрения и слуха, неразборчивая речь затрудняют организацию обследования ребенка и ограничивают возможности применения экспериментальных методик и тестовых заданий.

Наиболее объективной остается диагностика, основанная на длительном наблюдении в сочетании с экспериментальными исследованиями отдельных психических функций и изучением темпа приобретения новых знаний и навыков.

Одной из задач психолого-педагогической диагностики детей с церебральным параличом являются этапные исследования, позволяющие оценить изменения в состоянии ребенка под воздействием лечебных, коррекционных и воспитательных мероприятий, выявить не только положительные динамические изменения, но и недостаточный темп формирования новых умений и навыков, отсутствие положительной динамики в развитии психических процессов. Это дает возможность своевременно внести изменения в программу коррекционной работы с ребенком.

В раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте особое внимание следует обращать на особенности формирования познавательной деятельности, для того чтобы учесть их при организации коррекционной работы на данных этапах развития. В подростковом и юношеском возрасте нарушения познавательной деятельности обычно не носят выраженного характера и выявляются лишь при направленном нейропсихологическом исследовании.

В подростковом возрасте задача исследования познавательной деятельности остается, но первостепенное значение приобретает изучение личностных особенностей больных ДЦП и их профессиональных намерений, так как именно эти факторы определяют социально-трудовую адаптацию.

Основным методом изучения является педагогическое наблюдение, в ходе которого ребенку могут быть даны различные задания. Желательно

проводить обследование в присутствии матери, так как многие дети с этим заболеванием боятся незнакомых людей и новой обстановки.

При проведении психолого-педагогического изучения детей первых 3-4 лет жизни, страдающих церебральным параличом, необходимо учитывать:

- соответствие уровня выполняемых ребенком заданий его возрасту, двигательным возможностям и степени сохранности анализаторов;
- возможности обучения ребенка, показателями которых служат темп приобретения навыков и количество упражнений, необходимое в процессе обучения;
- характер помощи взрослого и возможность ее использования;
- способность к самостоятельному выполнению заданий;
- отношение больного ребенка к заданию, его активность;
- возможность частично приспособиться к двигательному дефекту;
- использование неречевых средств коммуникации (движений глаз, мимики, жестов);
- устойчивость внимания.

Следует подчеркнуть, что обследование ребенка для определения уровня развития его познавательной деятельности необходимо проводить в удобном для него положении, максимально устраняющем влияние патологических рефлексов на мышцы конечностей, туловища, глаз.

Исследование предметной деятельности ребенка раннего возраста с церебральным параличом должно включать следующие направления:

- участие ребенка в совместной деятельности (оцениваются интерес ребенка к деятельности и активность включения в игру в соответствии с двигательными возможностями, понимание функционального назначения предметов и игрушек, попытки использовать их по назначению, умение обратиться за помощью к взрослому и использовать ее);
- подражательная деятельность (может быть исследована у детей, способных к захвату и манипулированию с предметами), в процессе которой выявляются способность ребенка подражать способам действий с

предметами, осмысленность подражательных действий;

- самостоятельная деятельность (оценивается понимание назначения предметов-игрушек, адекватность производимых с ними действий, настойчивость в достижении результатов, способность обращаться за помощью и использовать ее).

При обследовании детей старше 3-4 лет наряду с наблюдением используются другие экспериментально-психологические методики, направленные на выявление нарушений в формировании восприятия, пространственных и временных представлений, наглядно-действенного, наглядно-образного и словесно-логического мышления.

В схему обследования детей дошкольного и младшего школьного возраста, страдающих церебральным параличом, необходимо включать задания на изучение всех видов восприятия, конструирования, пространственных и временных представлений, графических навыков.

При оказании коррекционной помощи необходимо ориентироваться на три принципа:

- принцип комплексности (т.е. развитие всех сторон психики, речи и моторики);

- принцип раннего воздействия (не с 3-4 лет как было принято, а раньше, как только выставлен диагноз);

- принцип организации работы в рамках ведущей деятельности (до 1 г. – эмоциональное общение со взрослым, от 1 г. до 3 л. - предметная деятельность, с 3 л. До 7 л. – игровая деятельность, в мл. шк. возрасте – учебная деятельность)

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.

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 коррекционной работе при ДЦП отводится логопедической работе.

ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Тема 7. Организация специального образования. Коррекционно-педагогическая деятельность в области специального образования

Содержание темы. Формы получения специального образования. Специальные образовательные учреждения. Направления коррекционной деятельности в коррекционно-педагогической работе с детьми с нарушениями в развитии. Психокоррекционная работа с семьями, имеющими детей с нарушениями в развитии.

Лица с ограниченными возможностями здоровья могут получать специальное образование в специальных образовательных учреждениях, специальных образовательных подразделениях, образовательных учреждениях интегрированного обучения, образовательных учреждениях общего назначения.

Обучение на дому.

1. Для лиц, по состоянию здоровья временно или постоянно не посещающих образовательные учреждения, соответствующие органы управления образованием обязаны организовать обучение на дому.

2. Обучение на дому осуществляется специальным и др. образовательным учреждением, в котором постоянно учатся лица, или ближайшим к их месту жительства соответствующим образовательным учреждением, имеющим государственную аккредитацию, на основании заключения лечебного учреждения в отношении детей, страдающих соматическими заболеваниями, либо на основании психолого-медико-педагогической комиссии или медико-социальной экспертной комиссии в остальных случаях. Обучение на дому осуществляется на основе договора между органом управления образованием, образовательным учреждением, обучающимся и (или) его законными представителями.

Обучение в условиях стационарного лечебного учреждения.

1. В целях реализации права граждан на образование, создания условий для его получения органы управления образованием и органы здравоохранения обязаны организовывать обучение детей с ограниченными возможностями здоровья, находящихся на длительном (более чем двадцать один день) лечении в стационарных лечебных учреждениях, в соответствии с общеобразовательными программами.

2. Общеобразовательное учреждение по месту нахождения стационарного лечебного учреждения осуществляет обучение детей в различных формах. Организационные вопросы обучения регулируются договором между стационарным лечебным учреждением и общеобразовательным учреждением.

Обучение в образовательном учреждении общего назначения.

1. Лица с ограниченными возможностями здоровья имеют право на обучение в образовательном учреждении общего назначения при наличии соответствующего заключения психолого-медико-педагогической комиссии или медико-социальной экспертной комиссии.

2. Лица с ограниченными возможностями здоровья, обучающиеся в образовательном учреждении общего назначения, вправе пользоваться во время занятий услугами помощника при наличии соответствующей рекомендации в заключении комиссий, указанных в пункте первом настоящей статьи.

Интегрированное обучение.

1. Для лиц с ограниченными возможностями здоровья организуется интегрированное обучение в соответствии с психолого-педагогическими и медицинскими показаниями (противопоказаниями), если образовательное учреждение интегрированного обучения располагает необходимыми специальными условиями для получения образования. Образовательное учреждение интегрированного обучения не вправе отказать таким лицам в приеме на обучение в связи с наличием у них физических и (или) психических недостатков при отсутствии противопоказаний к обучению и

(или) профессиональному образованию и ограничений для работы по конкретной профессии (специальности).

В образовательном учреждении интегрированного обучения число лиц с ограниченными возможностями здоровья не должно составлять более чем двадцать процентов общего числа обучающихся, воспитанников.

2. Совместное обучение и воспитание лиц с психическими или сложными недостатками и лиц, не имеющих таких недостатков, не должны отрицательно сказываться на результатах обучения лиц, не имеющих таких недостатков. Лица с психическими или сложными недостатками, успешно осваивающие образовательную программу образовательного учреждения интегрированного обучения, могут быть отчислены за невозможностью совместного обучения из этого образовательного учреждения на основании решения совета образовательного учреждения по согласованию с психолого-медико-педагогической комиссией. При этом органы исполнительной власти, к компетенции которых относятся вопросы образования, в течение месяца принимают меры по продолжению этими лицами обучения в адекватной для них форме.

Специальные образовательные учреждения.

1. В Российской Федерации создаются и действуют специальные образовательные учреждения, типы и виды которых определяются в соответствии с реализуемыми ими образовательными программами, деятельностью по реабилитации и возрастом обучающихся, воспитанников.

2. В Российской Федерации могут создаваться и действовать специальные образовательные учреждения для лиц:

1) с нарушениями речи – тяжелыми нарушениями речи, фонетико-фонематическим недоразвитием речи и нарушением произношения отдельных звуков;

2) с нарушением слуха – неслышащих, слабослышащих и позднооглохших;

3) с нарушениями зрения – незрячих, слабовидящих и поздноослепших, с косоглазием и амблиопией;

4) с нарушениями психики – задержкой психического развития, умственно отсталых, с глубокой умственной отсталостью;

5) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;

6) со сложными нарушениями, в том числе со слепоглухотой;

7) с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения;

8) подверженных хроническим соматическим или инфекционным заболеваниям.

Специальные образовательные учреждения могут создаваться для обучения совместно лиц с различными физическими и (или) психическими недостатками, если это не препятствует успешному освоению образовательных программ и для такого обучения нет медицинских противопоказаний.

В коррекционно-педагогической работе с детьми и подростками с отклонениями в развитии и поведении выделяются следующие направления коррекционной деятельности:

1) нормализация и обогащение отношений ребенка с окружающим миром, прежде всего с педагогами и детским коллективом;

2) компенсация пробелов и недостатков в его общем развитии, усиление деятельности в той области, которую он любит, в которой может добиться хороших результатов (компенсация в области интересного дела, увлечения спортом, техникой, музыкой и др.);

3) восстановление у ребенка положительных качеств личности, которые получили незначительную деформацию (девиацию);

4) постоянная стимуляция положительных качеств, не утративших социальной значимости;

5) интенсификация положительного развития личности, формирование ведущих положительных качеств;

- 6) усвоение и накопление социально-ценного жизненного опыта, обогащение практической деятельности в различных сферах жизни;
- 7) накопление навыков нравственного поведения, здоровых привычек и потребностей на основе организации деятельности учащихся по удовлетворению их интересов;
- 8) исправление как преодоление отрицательного, т. е. ликвидация пробелов в формировании положительных качеств, искоренение отрицательных качеств и вредных привычек.

В коррекционно-педагогической деятельности, как во всяком виде деятельности, существует определенный инструментарий: методы, приемы и средства достижения поставленной цели, реализации конкретных задач; осуществление соответствующих мероприятий по различным направлениям деятельности.

В коррекционно-педагогической деятельности, имеющей воспитательно-профилактическую направленность, цель которой – разрушение негативных установок и поведенческих стереотипов личности и формирование на этой основе социально значимых черт и качеств личности у ребенка, выделяется группа методов: переубеждения, принуждения, приучения, переучивания, «реконструкции» характера, «взрыва», переключения, поощрения и наказания (А.И. Кочетов).

Вместе с тем педагоги и психологи выделяют и специфические методы коррекции отклонений в поведении и развитии детей и подростков:

суггестивные (воздействие) и гетеросуггестивные методики психокоррекции, построенные на самовнушении и педагогическом внушении;

дидактические методики коррекции, включающие разъяснение, убеждение и иные приемы рассудочно аргументированного воздействия;

метод «сократического диалога»;

методики обучения саногенному мышлению, направленные на управление собой, на укрепление своего нервно-психического здоровья, саморефлексию;

методики групповой коррекции, разыгрывание ролевых ситуаций;

методы конгруэнтной коммуникации (гибкость, открытость, свобода в общении);

метод разрушения конфликтов;

метод арттерапии;

метод социальной терапии;

метод поведенческого тренинга и т. д.

Все эти методы и методики коррекции развития и поведения ребенка являются важным инструментом в решении главной задачи коррекционно-педагогической деятельности по преодолению существующего недостатка у ребенка, по реабилитации его личности и осуществлению успешной адаптации и интеграции ребенка в социум.

Поскольку отклонение в развитии и поведении чаще всего существует как сложная интегрированная проблема, то и ее коррекция решается с точки зрения комплексного подхода, т. е. на основе глубокой диагностико-коррекционной деятельности, выявления и изучения природы и этиологии отклонения в развитии и поведении. В разработке программы коррекционно-педагогической деятельности и ее реализации должны присутствовать как компоненты преодоления недостатка, отклонения, так и шаги по его профилактике; в то же время программа должна включать действия по формированию личности ребенка, с опорой на его положительные качества. Содержательная часть коррекционно-педагогической деятельности должна быть направлена не только на ликвидацию пробелов в познавательной деятельности, но и на формирование мировоззрения, социально значимых знаний, умений и навыков; вся коррекционно-педагогическая деятельность должна быть практико-ориентирована и нацелена на высокий уровень результативности; она должна быть пронизана идеей сотрудничества и

взаимодействия между объектом и субъектами коррекционно-педагогического процесса, между ученическим и педагогическим коллективом; коррекционно-педагогическая деятельность должна опираться на прочную базу координации усилий школы, семьи и социума в решении задач предупреждения, преодоления недостатков в развитии и поведении детей и подростков, в формировании у них социально значимых качеств личности. Только таким образом, при сохранении строгой последовательности всех элементов и этапов деятельности (от постановки цели-до достижения конечного результата, сравнения намеченных рубежей и достигнутого результата до самооценки и самоанализа всего процесса коррекционной деятельности) можно говорить о результативности коррекционно-педагогической деятельности, о ее психолого-педагогической значимости в едином педагогическом процессе общеобразовательной школы.

Коррекционная работа с детьми и их родителями осуществляется в виде психологического сопровождения семей, воспитывающих детей (подростков, молодых лиц) с отклонениями в развитии.

Одной из основных проблем, определяющих все дальнейшее развитие ребенка, является факт принятия его в семье. Когда родители принимают своего ребенка таким, какой он есть, радуются любым его активным и самостоятельным действиям, они способствуют успешному развитию своего ребенка и добиваются больших успехов.

Рождение «особого» ребенка – это всегда глубокое переживание для всех членов семьи. Родители оказываются не готовы к серьезным осложнениям и трудностям, которые ожидают их в этой связи. Для родителей это событие связано с потерей «ребенка их мечты», нереализованностью родительских амбиций и невозможностью смириться с реальной ситуацией, принять и признать ребенка со всеми его ограничениями. Родители переживают важные стадии работы с горем. Первая характеризуется разрушением представлений о том ребенке, о котором они мечтали. На второй стадии родители находятся в состоянии

неуверенности и хаоса. Третья стадия – это построение новых мечтаний о будущем своего ребенка и своей семьи, учитывая реальную ситуацию. На каждой стадии переживания горя родители могут демонстрировать различные реакции (отрицание, гнев, отречение от собственных чувств, гнев, направленный на других и на себя, самоотстранение от окружающего мира, чувство вины и др.).

Кублер-Росс среди стадий горя выделяет: отрицание, сделку, гнев, депрессию, принятие. Отрицание – первая реакция родителей, которая, по их же утверждению, характеризуется растерянностью и беспомощностью. На этой стадии родители сложно воспринимают информацию. В основе фазы сделки находится представление о том, что при максимальных стараниях родителей состояние ребенка непременно улучшится и диагноз будет снят. Но когда к родителям приходит понимание того, что вылечить состояние ребенка не представляется возможным, наступает стадия гнева. Гнев может быть направлен на себя (вина, депрессия), членов семьи, специалистов. Стадия принятия, в свою очередь, характеризуется способностью относительно спокойно рассуждать о проблемах ребенка, поощрять самостоятельность, сохраняя необходимый объем помощи, сотрудничать со специалистами, планируя объем и содержание помощи. Родители в стадии принятия имеют личные интересы, не относящиеся к проблемам ребенка, не проявляют гиперопеки и чрезмерной строгости, не испытывают чувства вины в процессе воспитания ребенка.

Н.А. Урядницкая указывает на то, что именно в период рождения ребенка с проблемами развития семья как никогда нуждается в психологической поддержке специалистов, «но еще большую поддержку могут оказать другие родители, уже пережившие стресс и нашедшие в себе силы для правильного воспитания ребенка». Несомненно, для родителей важно знать, что их случай не единственный, что это горе многие уже успешно пережили, обретая любовь к своему ребенку и конструктивное отношение к созданию условий для его развития. Несомненно, невозможно

добиться успеха в социальной интеграции «особого» ребенка только силами специалистов. Необходимо активное включение в процесс реабилитации (абилитации) родителей, чтобы обеспечить ребенку полноценное развитие.

Важным аспектом активной включенности родителей становится осведомленность их в данной проблеме и заинтересованность в результатах.

Основополагающими принципами коррекционной работы с детьми и их родителями являются следующие.

Принцип единства диагностики и коррекции развития. Коррекционно-педагогический процесс требует постоянного контроля за динамикой развития ребенка и эффективностью выполнения коррекционных программ. Преодоление выявленного нарушения зависит от правильности и точности его установления.

Принцип гуманистической направленности психологической помощи. Этот принцип основан на признании самоценности личности ребенка с отклонениями в развитии и создании условий для его гармоничного развития.

Принцип интегративного использования психолого-педагогических и психотерапевтических методов и приемов. Комплексный системный подход в применении разнообразных средств, методов и приемов психокоррекционного воздействия позволяет учитывать особенности различных нарушений развития и успешно осуществлять их коррекцию.

Принцип гармонизации внутрисемейной атмосферы. Этот принцип ориентирует психокоррекционную работу на разрешение личностных и межличностных конфликтов между членами семьи.

Принцип оказания лично-ориентированной помощи. С использованием этого принципа осуществляется психологическая коррекция личностных девиаций у ребенка с отклонениями в развитии, членов его семьи и лиц, осуществляющих с ним непосредственное взаимодействие.

Принцип формирования положительного отношения к ребенку с отклонениями в развитии. Этот принцип предполагает формирование

положительных ценностных ориентаций и установок у родителей ребенка, принятие его нарушений членами семьи и лицами социального окружения.

Принцип оптимизации воспитательных приемов, используемых родителями во взаимоотношениях с ребенком с отклонениями в развитии. С помощью реализации этого принципа повышается педагогическая грамотность, психологическая компетентность и общая культура родителей. Повышение культурного уровня родителей – фактор, обеспечивающий укрепление адаптационных механизмов семьи.

Принцип единства воспитательного воздействия семьи, образовательных учреждений и специалистов психолого-педагогической службы. Успех коррекционной работы с ребенком возможен только при условии тесного взаимодействия между семьей, специальным (коррекционным) образовательным учреждением и специалистами службы психологической помощи семье.

В психокоррекционной работе с семьями выделяется два направления: психолого-педагогическое и психокоррекционное.

Осуществляя психолого-педагогическую коррекцию, психолог организует занятия с больным ребенком и его родителем (чаще матерью).

Здесь перед специалистом ставятся следующие цели:

- 1) создание оптимальных условий для гармоничного развития ребенка с отклонениями в развитии в семье;
- 2) переструктурирование иерархии жизненных ценностей родителей ребенка с отклонениями в развитии, оптимизация их самосознания;
- 3) гармонизация психологического климата в семье;
- 4) коррекция межличностных взаимоотношений в семье (детско-родительских, супружеских, родительско-детских, сиблинговых);
- 5) формирование психолого-педагогических знаний и умений, повышение воспитательской компетентности родителей (лиц, их замещающих).

Ориентируясь на эти цели, психолог решает следующие задачи:

- обучение родителя (матери) специальным коррекционным и методическим приемам, необходимым для проведения занятий с проблемным ребенком в домашних условиях;
- обучение родителя (матери) специальным воспитательным приемам, необходимым для коррекции личности ребенка с отклонениями в развитии;
- коррекция понимания родителем проблем его ребенка, а именно: исключение гиперболизации, минимизации или отрицания наличия проблем у ребенка;
- коррекция внутреннего психологического состояния родителя: состояние неуспеха, связанное с недостаточностью ребенка, должно постепенно перейти в понимание возможностей ребенка, в радость его «маленьких» успехов;
- коррекция неконструктивных форм поведения родителя (агрессии, подавления негативных желаний, эскапизма, примитивизации поведения и др.), их замена на продуктивные формы взаимоотношений в социуме;
- осуществление личностного роста родителя в процессе взаимодействия со своим ребенком, в процессе его обучения и воспитания с помощью психолога; переход родителя с позиции переживания за своего ребенка из-за его недуга в позицию творческого поиска реализации возможностей ребенка;
- повышение личностной самооценки родителя в связи с возможностью увидеть результаты своего титанического труда в успехах ребенка;
- трансформация образовательно-воспитательного процесса, реализуемого родителем по отношению к ребенку, в психокоррекционный процесс по отношению к себе самому; созидательная деятельность родителя, направленная на его ребенка, помогает ему самому, излечивая от негативного воздействия психотравмирующей ситуации.

Формы работы:

- 1) демонстрация родителю (матери) больного ребенка приемов работы с ним;
- 2) конспектирование родителем (матерью) занятий, проводимых психологом;

- 3) выполнение домашних заданий со своим ребенком;
- 4) чтение родителем (матерью) специальной литературы, рекомендованной психологом;
- 5) реализация родителем (матерью) творческих замыслов в работе с ребенком.

Психокоррекционное направление реализуется в виде индивидуальной и групповой психокоррекции. Задачами этого направления являются:

- формирование новых жизненных ориентиров родителя ребенка с отклонениями в развитии;
- коррекция взаимоотношений в диаде родитель – ребенок с отклонениями в развитии;
- коррекция личностных нарушений у родителей больных детей;
- коррекция нарушенного психологического состояния родителей больных детей (тревоги, ожидания перманентного неуспеха в учебе своего ребенка, состояний, связанных с пониманием себя как несостоявшегося человека);
- коррекция неадекватных поведенческих реакций родителей как в отношении своих больных детей (наказание за любую провинность, окрик, подавление личности ребенка), так и в отношениях с социумом (скандальное поведение, неадекватные поведенческие реакции, агрессивное поведение, реакции протеста);
- гармонизация интерперсональных отношений между диадой, представленной матерью с больным ребенком, и членами семьи; членами семьи и посторонними лицами.

В ходе психокоррекционной работы формируется и реализуется ряд проектов, основой которых становятся различные виды деятельности: продуктивной (аппликация, лепка, рисование, шитье, изготовление декораций и др.), игровой, театральной.

Чем больше родители общаются со своим ребенком в какой-либо совместной деятельности, тем выше эмоциональная связь в паре «родитель – ребенок», тем важнее становится для родителей благополучие ребенка, что, в

свою очередь, повышает активность родителей в отношении организации достойных условий жизни для своего ребенка и семьи в целом.

Для понимания и принятия проблем семьи со стороны специалистов крайне полезно чтение литературы и текстов, написанных родителями детей с ограничениями, а также участие в тренингах эффективной коммуникации.

В результате психокоррекционной работы с семьями у родителей формируется позитивная воспитательская модель «сотрудничество». Коррекция мироощущения и гармонизация самосознания позволяют изменить отношение родителей к ребенку и восприятие его проблем. У родителей формируется установка на безоценочное принятие ребенка, на значимость того, что он существует. Деятельность родителей направляется на оказание помощи ребенку. Отношения родителей с ребенком строятся на уважении его личности, удовлетворении потребностей с учетом его психофизических возможностей. Воспитывая ребенка таким образом, родители дарят ему тепло, внимание и любовь. Родители внимательно выслушивают ребенка, помогают ему в постепенном разрешении его проблем. Родители принимают индивидуальность ребенка, одобряют проявления его самостоятельности, радуются его успехам. У ребенка формируются адекватная самооценка, товарищеские отношения со сверстниками, чувство привязанности к близким и уважение к старшим. Родители активно участвуют в процессе развития ребенка, коррекции его нарушений и социальной адаптации. Они вместе с ребенком преодолевают трудности на его пути. Такая модель взаимоотношений формирует творческое сотрудничество между родителями (другими близкими) и ребенком. Это позволяет оптимизировать социальную детерминанту развития ребенка и его интеграцию в социум.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Специальная педагогика/под ред. Н.Н. Назаровой. – М.: Академия, 2010. – 400 с.
2. Специальная психология/под ред. В.И. Лубовского. – М.: Академия, 2009. – 464 с.

Дополнительная литература

3. Алексеев О.Л., Белкин А.С. Витагенный подход в воспитании и обучении детей с нарушениями зрения // Педагогическое образование России. – 2012. – № 1. – С. 100-104.
4. Ардзинба В.А. Инклюзивное образование инвалидов в Соединенных Штатах Америки // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 5.
5. Батышева Т.Т., Быкова О.В. и др. Детский церебральный паралич – актуальное обозрение // Доктор.ру. – 2012. – № 5. – С. 40-44.
6. Беляева О.Л., Дядяева Г.В. Обеспечение доступной среды в дошкольном образовательном учреждении для детей с нарушениями слуха, пользующихся кохлеарными имплантатами // Сибирский вестник специального образования. – 2013. – № 2 (10).
7. Беляева О.Л., Уфимцева Л.П. Подготовка безбарьерного образовательного пространства массовой школы для будущих первоклассников с нарушенным и сохранным слухом посредством детско-родительского клуба// Сибирский вестник специального образования. – 2013. – № 3 (11).
8. Бердникова З.В. Организационные аспекты включения семьи с ребенком, имеющим особенности развития, в процесс реабилитации в условиях реабилитационного центра // Сибирский вестник специального образования. – 2013. – № 3 (11).
9. Волкова В.М. Игровая терапия как средство психологической профилактики преодоления тревожности у детей с нарушениями слуха // Специальное образование. – 2009. – № 2. – С. 14-18.

10. Володина И.С., Антипова И.Г. Методологические проблемы психологии обучения людей с умственной отсталостью // Известия пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. Общественные науки. – 2012. – № 28. – С. 1167-1173.
11. Зак Г.Г. Формы социально-бытовой реабилитации детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, воспитывающихся в условиях детского дома // Специальное образование. – 2013. – № 3. – С. 56-62.
12. Исаев Д.Н. Наиболее важные направления в изучении проблемы умственной отсталости // Вестник СПбГУ. Сер. 12. – 2009. – № 4. – С. 236-240.
13. Князев М.В. Реализация принципа интеграции в оздоровительно-коррекционной работе с детьми с умственной отсталостью // Вестник ТГУ. – 2011. – Вып. 9. – С. 124-128.
14. Королева Ю.А. Взаимодействие младших школьников с задержкой психического развития в условиях интеграции // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. – № 60. – С. 404-408.
15. Лукьянченко Н.В. Социально-психологические требования к профессиональной компетентности специалистов, взаимодействующих с родителями детей с особенностями развития // Сибирский вестник специального образования. – 2013. – № 2 (10).
16. Макадей Л.И. Теоретико-методологические подходы к организации комплексного психолого-педагогического сопровождения детей с ЗПР // Вестник Ставропольского государственного университета. – 2011. – № 73. – С. 143-148.
17. Маршалкин А.П., Порошина Е.А. Современные подходы к диагностике различных форм задержки психического развития // Специальное образование. – 2011. – № 1. – С. 57-65.
18. Моргачева Е.Н. Новые подходы к определению УО в американской науке // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 5. – С. 296-304.

19. Назарова Н.М. Коррекция дефектологии: пятнадцать лет спустя // Специальное образование. – 2008. – № 10.
20. Никуленко Т.Г., Самыгин С.И. Коррекционная педагогика. – М.: Феникс, 2009. – 448 с.
21. Одинцова Е.Ю. Характеристика условий обучения детей с ЗПР на современном этапе // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2012. – № 4. – Т. 1. – С. 120-122.
22. Пескова О.О. Проблемы взаимодействия семьи и образовательного учреждения для детей с нарушениями слуха // Мир науки, культуры и образования. – 2010. – № 4. – С. 229-231.
23. Пилипенко А.В. Коррекционная педагогика с основами специальной психологии: Учебное пособие. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2008. – 45 с.
24. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья / под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Академия, 2013.
25. Рукавицын М.С. Психолого-педагогическое сопровождение младших школьников с минимальными нарушениями слуха // Педагогическое образование и наука. – 2009. – № 9. – С. 98-101.
26. Скоромец А.П., Орлова О.А. Роль различных факторов риска в формировании детского церебрального паралича // Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2011. – № 2. – С. 9-14.
27. Соколова Е.В. Психология детей с задержкой психического развития: учеб. пособие. – М.: Сфера, 2009.
28. Специальная педагогика /под ред. Н.Н. Назаровой. – В 3-х тт. – М.: Академия, 2008.
29. Специальная психология/ под ред. Л.М. Шипициной. – СПб.: Речь, 2010. – 256 с.
30. Степанов С.С. Дефектология. Словарь-справочник. – М.: Новая школа, 2012. – 80 с.

31. Ульяновская У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. – М.: Академия, 2011. – 176 с.
32. Цыринов В.Ц. Коррекционная педагогика. – Улан-Удэ, 2009. – 75 с.
33. Черенева Е.А. Проблема формирования социальных компетенций у школьников с нарушениями интеллектуального развития в условиях инклюзивного образования // Сибирский вестник специального образования. – 2013. – № 3 (11).
34. Шнайдер Н.А. особенности нравственного развития детей с умственной отсталостью // Специальное образование. – 2013. – № 2. – С. 98-105.
35. Шуклова Л.А. Проблема обучения и воспитания детей с ЗПР: подходы и их решения // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 11. – С. 267-272.

Информационные ресурсы

- 1) http://sibsedu.kspu.ru/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=21 – Сибирский вестник специального образования
- 2) <http://www.ELIBRARI.RU> – электронная библиотека журналов
- 3) <http://www.les-sfu.ru> – сайт ЛПИ-филиала СФУ (Электронные курсы ЛПИ-филиала СФУ)
- 4) <http://www.voginfo.ru/> – Всероссийское общество глухих
- 5) <http://www.vos.org.ru/> – Всероссийское общество слепых
- 6) <http://институт-коррекционной-педагогики.рф/> – Институт коррекционной педагогики РАО
- 7) <http://www.psyinst.ru/library.php?id=2378&part=article> – электронная библиотека Института психотерапии и клинической психологии

Учебное издание

Жанна Амирановна Левшунова

ДЕФЕКТОЛОГИЯ

Редактор

Корректурa автора

Компьютерная верстка

Подписано в печать

Формат 60x84/16

Усл. печ. л.

Тираж экз.

Печать плоская

Бумага офсетная

Уч.-изд. л.

Заказ

Издательский центр

Библиотечно-издательского комплекса

Сибирского федерального университета

660041, Красноярск, пр. свободный, 79

Тел/факс (391) 206-21-49, e-mail rio@lan.krasu.ru

Отпечатано в типографии «ЛИТЕРА-принт»,

г. Красноярск, т. (391) 294-15-77