

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Амурский государственный университет»

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЕ ОБУЧЕНИЕ

сборник учебно-методических материалов  
для специальности 37.05.01 - Клиническая психология,  
направления подготовки 44.03.02 - Психолого-педагогическое образование

2017 г.

Печатается по решению  
редакционно-издательского совета  
факультета социальных наук  
Амурского государственного  
университета

Составитель: Денисова Р.Р.

Специальная психология и коррекционно-развивающее обучение:  
сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01  
Клиническая психология, направления подготовки 44.03.02 Психолого-  
педагогическое образование. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 60  
с.

© Амурский государственный университет, 2017

©Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Денисова Р.Р. , составление,2017

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| 1. Краткое изложение лекционного материала                      | 4  |
| 2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям | 59 |
| 2. Методические указания для самостоятельной работы студентов   | 60 |

# 1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

**Тема 1. Особенности воспитания и обучения детей с особыми образовательными потребностями**

**1.Коррекционная (специальная) педагогика: цели, задачи, принципы, категории, основные научные теории**

**1. Коррекционная (специальная) педагогика: цели, задачи, принципы, категории, основные научные теории**

Термин «коррекционная педагогика» как учебный предмет и самостоятельная область педагогического знания стал использоваться в целях обозначения сферы педагогической помощи обычным детям и подросткам, испытывающим адаптационные трудности в образовательных учреждениях общего назначения.

В то же время специальная педагогика занимается исследованием теории и практики специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств затруднительно или невозможно.

Коррекционно-педагогическая деятельность

– это сложное психофизиологическое и социально-педагогическое явление, пронизывающее весь образовательный процесс (обучение, воспитание и развитие), выступающее как его подсистема, куда входят объект и субъект педагогической деятельности, ее целевой, содержательный, операционно-деятельностный и оценочно-результативный компоненты.

Наряду с коррекционно-развивающей, коррекционно-профилактической существует и воспитательно-коррекционная, коррекционно-образовательная деятельность, которые в своем интегративном единстве и объединяют общее понятие «коррекционно-педагогическая деятельность».

Предметом исследования коррекционной педагогики является процесс обучения и воспитания детей и подростков с недостатками в развитии и отклонениями в поведении, испытывающими временные адаптационные трудности и сложности в освоении образовательных программ.

Для преодоления этих трудностей необходимы своевременное проведение диагностико-профилактической и коррекционно-педагогической работы, способствующей эффективному развитию и формированию личности данной категории детей и подростков в условиях функционирования общеобразовательной школы.

• Специальная педагогика — это теория и практика специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых затруднительно или невозможно образование в обычных педагогических условиях при помощи общепедагогических методов и средств.

Специальная педагогика — составная часть педагогики, одна из ее ветвей.

Предметные области специальной педагогики:

- тифлопедагогика (незрячие и слабовидящие);
- сурдопедагогика (глухие, слабослышащие и позднооглохшие);
- тифлосурдопедагогика (слепоглухие);
- логопедия (лица с нарушениями речевого развития);
- олигофренопедагогика (лица с нарушениями интеллекта и с образовательными затруднениями);
- отрасль специальной педагогики применительно к лицам с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- отрасль специальной педагогики применительно к лицам с нарушениями эмоционально-волевой сферы.
- разработал:

- 1. учение о первичности и вторичности дефекта,
- 2. Вторичный дефект носит социальную природу,
- 3. идею единства Основные теории коррекционной педагогики:

• Всеволод Петрович Кащенко (1870-1943) - известный педагог, талантливый организатор научных исследований в области дефектологии и дефектологического образования. Им была создана школа-санаторий для дефективных детей, которая переросла в Научно-исследовательский институт дефектологии Академии педагогических наук (1943), а затем в Институт коррекционной педагогики РАО. Его книга "Педагогическая коррекция", изданная в 20-е годы, является и в настоящее время практическим руководством в коррекционной педагогике.

Лев Семенович Выготский (1896-1934)

- закон развития высших психических функций,
- закон неравномерности детского развития,
- закон метаморфозы в детском развитии и др.

1. Л.С.Выготский выдвинул идею своеобразия развития личности аномального ребенка, которая формируется, как и у обычного ребенка, в процессе взаимодействия биологического, социального и педагогического факторов.

- Закон интеллекта и аффекта (мышление, так же как и действие, имеет мотивационную основу и в абстрактных условиях развиваться не может.

- понятие "зона ближайшего и актуального развития ребенка", выявив взаимосвязь психического развития и обучения, где обучение служит движущей силой развития.

- Теорию компенсаторных возможностей организма аномального ребенка.

Исходной точкой в коррекционно-педагогической работе с аномальными детьми Л.С.Выготский считал сохранный, наименее подвергшееся аномалии или не затронутое ею состояние организма ребенка.

Принципы специального образования - это система наиболее общих, существенных и устойчивых требований, которые определяют характер и особенности организации коррекционно-образовательного процесса и управления познавательной деятельностью лиц с особыми образовательными потребностями.

- принцип педагогического оптимизма — раскрытие потенциальных возможностей лиц с особыми образовательными потребностями, опора на идею Л.С. Выготского о "зоне ближайшего развития";

- ранней педагогической помощи — обеспечение раннего выявления и ранней диагностики отклонения ребенка для определения его образовательных потребностей;

- принцип коррекционно-компенсирующей направленности образования — требует гибкого соответствия коррекционно-педагогических технологий и индивидуально-дифференцированного подхода к характеру нарушений у ребенка, их структуре и выраженности;

- принцип социально-адаптирующей направленности образования -подчиненность специального воспитания социальному развитию;

- принцип развития мышления, языка и коммуникации как средства специального образования — удовлетворение потребности в коррекционно-педагогической помощи по развитию речи, мышления и общения;

- принцип деятельностного подхода в обучении и воспитании — определение подходов к содержанию и построению обучения с учетом ведущей для каждого возрастного периода деятельности, в процессе которой появляются психологические новообразования, определяющие личностное развитие ребенка;

- принцип дифференцированного и индивидуального подхода — организация специального образовательного процесса на основе учета индивидуальных и специфических особенностей ребенка;

· принцип необходимости специального педагогического руководства — осуществление организационно-управленческих функций в специальном образовательном процессе высокопрофессиональными специальными педагогами.

Коррекционная педагогика призвана помочь в решении следующих задач:

1. Определить природу и сущность недостатков в развитии и отклонений в поведении детей и подростков, выявить причины и условия их появления.

2. Изучить историю становления и развития коррекционно-педагогической деятельности с детьми с недостатками в развитии и девиациями в поведении.

3. Выявить ведущие тенденции в профилактике и педагогической коррекции отклонений в развитии и поведении детей и подростков.

4. Разработать технологии, совокупность методов, приемов и средств коррекционно-педагогического воздействия на личность ребенка с недостатками в развитии и отклонениями в поведении.

5. Провести анализ опыта коррекционно-развивающего образования детей с отклонениями в развитии и поведении в условиях массовой школы.

6. Определить организационно-педагогические основы функционирования классов компенсирующего и коррекционно-развивающего обучения.

7. Создать необходимую учебно-методическую базу в подготовке учителя к коррекционно-педагогической работе с детьми и подростками с недостатками в развитии и девиациями в поведении.

**1.2 Система социальных институтов для оказания детям, подросткам, молодежи консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, психологической, реабилитационной и другой специализированной помощи.**

Система социальных институтов для оказания детям, подросткам, молодежи консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, психологической, реабилитационной и другой специализированной помощи.

В систему социальных институтов коррекционной направленности входят организации, учреждения образования, здравоохранения, социальной защиты населения, культуры и спорта, а также межведомственные структуры.

Процесс становления государственной системы социальных институтов начался в 20-30-х гг. XX века. В настоящее время она представлена достаточно широкой, разветвленной сетью дошкольных и школьных учреждений специального назначения. В систему дошкольных специальных учреждений входят: ясли-сады, детские сады, дошкольные детские дома, дошкольные группы при яслях-садах, детских садах и детских домах общего назначения, а также при специальных школах и школах-интернатах. Комплектование специальных дошкольных учреждений базируется на следующих организационных принципах:

по принципу ведущего отклонения в развитии. Такой подход позволяет создать следующие дошкольные учреждения (группы) для детей:

с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих);

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

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

с нарушениями интеллекта (умственно отсталых);

с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

по принципу меньшей наполняемости групп (до 15 воспитанников);

введения в штат специалистов-дефектологов: олигофренопедагога, сурдопедагога, тифлопедагога, логопедов, дополнительных медицинских работников;

образовательный процесс осуществляется в соответствии со специальными комплексными программами обучения и воспитания;

перераспределения видов занятий между воспитателями и дефектологами (занятия по развитию речи, конструированию, элементарных математических знаний проводит дефектолог);

организации специальных видов занятий (развитие слухового, зрительного восприятия, речи, ЛФК и др.);

В условиях отечественного дошкольного образования интегрированное обучение пока еще внедряется, а для успешной реализации его задач необходимо соответствующее материально-техническое снабжение, кадровый потенциал. Для обеспечения коррекционного воздействия и лечебно-оздоровительной работы такие условия наиболее максимально обозначены в общеразвивающих группах детских садов комбинированного вида, где имеются компенсирующие группы и центры развития ребенка. Многие специалисты сошлись в едином мнении, что существующая форма дошкольной организации «начальная школа – детский сад» также достаточно удобная вариативная форма для обучения и воспитания детей с нарушениями развития дошкольного возраста. Посещая этот комплекс, ребенок имеет возможность безболезненно начать школьную жизнь в привычной обстановке и в окружении знакомых ребят. На основе преемственности учителя начальной школы имеют возможность осуществлять с первых дней учебы индивидуальный подход к каждому ребенку.

Дети школьного возраста, имеющие особые образовательные потребности, получают образование в различных образовательных учреждениях или на дому. Отбор детей с нарушениями развития во все виды и типы образовательных учреждений осуществляет ПМПК (психолого-медико-педагогическая комиссия), которая дает квалифицированное заключение о состоянии психофизического развития ребенка и рекомендации о дальнейших формах обучения.

Существуют восемь видов специальных школ для детей с различными нарушениями развития. Эти школы имеют видовой порядковый номер:

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

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

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

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

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

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

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

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

Во всех школах (школах-интернатах) детям обеспечиваются условия для обучения, воспитания, лечения, социальной адаптации и интеграции в общество. Помимо образования специальная школа обеспечивает медицинское и психологическое сопровождение, в школах соблюдается охранительный режим, уделяется значительное внимание трудовой, предпрофессиональной подготовке своих учащихся. Содержание и формы трудовой и профориентационной работы учитывают региональные, этнонациональные условия, потребности местного рынка труда, индивидуальные потенциальные возможности воспитанников, их интересы. Выпускники специальных школ (за исключением школы VIII вида) получают цензовое образование, которое соответствует уровню образования массовой общеобразовательной школы. В школах VIII вида могут комплектоваться классы для де-

тей с глубокой умственной отсталостью (имбецилы), в школах I –IV видов – классы для детей со сложными нарушениями (например, глухие умственно отсталые, слабослышащие умственно отсталые и т. д.). Для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и имеющих особые образовательные потребности, создаются специальные детские дома и школы-интернаты в соответствии с профилем нарушенного развития.

Обучение на дому организуется в случае, если ребенок-инвалид не в состоянии посещать специальную школу. Основанием для надомного обучения является медицинское заключение. Так, специальные школы и школы-интернаты VIII вида ведут надомное обучение детей-инвалидов, имеющих нарушение интеллекта с сопутствующими заболеваниями, которые препятствуют ежедневному посещению школы. В последнее время стали функционировать школы надомного обучения.

Для обучения, воспитания, социальной адаптации детей и подростков со сложными нарушениями развития, с сопутствующими заболеваниями, а также для оказания комплексной помощи создаются реабилитационные центры различных профилей. Это могут быть центры: психолого-медико-педагогической реабилитации и коррекции, социально-трудовой адаптации и профориентации, психолого-педагогической и социальной помощи, социальной помощи семье и детям, оставшихся без попечения родителей и др. В этих центрах осуществляется коррекционно-педагогическая, психологическая и профориентационная помощь, налаживается деятельность по формированию навыков самообслуживания и общения, социального взаимодействия, трудовых навыков, ведется специальная образовательная деятельность, оказывается консультативная помощь родителям по информационным и правовым вопросам, социальная и психологическая помощь детям-сиротам, обучающихся в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, и их выпускникам.

При общеобразовательных школах создаются логопедические пункты для оказания логопедической помощи детям, имеющим речевые нарушения. Логопедическая служба оказывает помощь в коррекции звукопроизношения, в коррекции письменной речи и т.п.

Организованы различные центры: диагностики и консультирования; психолого-медико-социального сопровождения; психолого-педагогической реабилитации и коррекции; лечебной педагогики и дифференцированного обучения и т. д. Эти центры обслуживают специфический контингент (педагогически запущенных детей, детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы, детей, подвергшихся различным видам насилия, вынужденных покинуть семью, из семей беженцев, переселенцев, потсрадавших от стихийных бедствий и техногенных катастроф и т. д.). В числе этих детей встречаются и дети с отклонениями в психофизическом развитии. Коррекционно-воспитательную работу в таких центрах осуществляют психологи, социальные педагоги, социальные работники, дефектологи, медицинский персонал. Эти межведомственные структуры создаются с привлечением возможностей учреждений негосударственного сектора: общественных объединений, ассоциаций, благотворительных фондов. Дополняя работу государственных структур, они иницируют новые подходы к организации специализированной деятельности по поддержке детей с ограниченными возможностями и ориентированы на долгосрочные меры помощи семье и ребенку.

Важнейшей составляющей в системе социальных институтов коррекционной направленности является семья. Именно семья создает среду, в которой проходит процесс первичной социализации ребенка; именно в семье проецируется модель межличностных отношений, формируются ценностные ориентации личности, стиль взаимоотношений с окружающей средой.

### **1.3 Современные педагогические теории и системы воспитания, обучения и социальной интеграции лиц с проблемами.**

В ходе модернизации системы образования, сложились принципиально новые условия для развития, обучения и воспитания детей с ОВЗ. В настоящее время предьяв-

ляются высокие требования к организации процесса образования, производятся поиски новых, более эффективных психолого-педагогических подходов к этому процессу.

Образование детей с ограниченными возможностями здоровья предусматривает создание для них специальной коррекционно-развивающей среды, обеспечивающей адекватные условия и равные с обычными детьми возможности для получения образования в пределах специальных образовательных стандартов: оздоровление, воспитание, коррекция нарушений развития, социальная адаптация, а так же использование в практике эффективных педагогических технологий:

- здоровьесберегающие технологии: пальчиковая гимнастика, занятия в спортивных кружках и секциях, гимнастика для глаз, различные дыхательные упражнения, элементы самомассажа, прогулки, пешеходные экскурсии.

- игровые технологии (коррекционно-развивающие игры и упражнения);

- поэтапное формирование умственных действий(концентрическая система обучения);

- разноуровневое обучение;

- технология индивидуализированного обучения;

- элементы ИКТ.

Рассмотрим подробнее наиболее эффективные и доступные технологии:

1. Здоровьесберегающие технологии: основной их целью является создание условий для формирования у обучающихся представления о здоровом образе жизни, об умении оказать себе и ближнему первую медицинскую помощь, а также формирование и развитие знаний, умений и навыков, необходимых для поддержания собственного здоровья. Формами работы являются спортивные праздники, физкультминутки между занятиями, утренняя гимнастика, гимнастика для глаз, дыхательная гимнастика, пальчиковая и динамическая гимнастика, релаксация, прогулки не только на территории школы, но и в лесопарковых зонах.

2. Проектная деятельность: её смысл заключается в создании проблемной деятельности, которая осуществляется ребёнком совместно с педагогом. Знания, которые ребёнок получает в ходе работы над проектом, становятся его личным достоянием и прочно закрепляются в уже имеющейся системе знаний об окружающем мире.

3. Развивающие технологии: в традиционном обучении ребёнку представляется для изучения уже готовый продукт, шаблон действия. При развивающем обучении ребёнок самостоятельно должен прийти к какому-либо мнению, решению проблемы в результате анализа своих действий.

4. Коррекционные технологии: их целью является снятие психоэмоционального напряжения. Виды: сказкотерапия, цветотерапия, музыкальная терапия.

5. Информационные технологии: использование ИКТ на занятиях имеет ряд преимуществ перед традиционными формами организации занятий. Компьютер привлекателен для детей, использование анимации, слайдовых презентаций, фильмов позволяет вызвать активный познавательный интерес у детей к изучаемым явлениям. Способы визуальной поддержки материала позволяют добиться длительной концентрации внимания, а также одновременного воздействия сразу на несколько органов чувств ребёнка, что способствует более прочному закреплению новых получаемых знаний.

При проведении занятий компьютерные технологии используют как способ представления и облегчения процесса восприятия и запоминания информации с помощью ярких образов, для коррекции нарушений устной и письменной речи, развития памяти, мышления, внимания. В результате соединения образовательной, воспитательной и игровой деятельности дети учатся моделировать материал, самостоятельно добывать знания (пользуются познавательной литературой, энциклопедией, на занятиях по видам деятельности, классных и общешкольных праздниках выступают с сообщениями, пользуясь информационными ресурсами сети Интернет). Эта форма работы помогает прививать интерес детей к предлагаемым темам и поддерживать его в дальнейшем.

6. Познавательная-исследовательская деятельность: основной её целью является создание экспериментальной деятельности, активным участником которой выступает ребёнок. Непосредственное участие ребёнка в ходе эксперимента позволяет ему воочию увидеть процесс и результаты.

7. Личностно-ориентированные технологии: цель данной технологии – создание демократичных партнёрских гуманистических отношений между учителем и учеником, а также обеспечение условий для развития личности обучающихся. При личностно-ориентированном подходе личность ребёнка ставится во главу обучения.

Помимо использования вышеперечисленных технологий, одной из ведущих целей инновационной деятельности является развитие педагога как творческой личности, переключение его с репродуктивного типа деятельности на самостоятельный поиск методических решений, превращение педагога в разработчика и автора инновационных методик и реализующих их средств обучения, развития и воспитания.

В педагогической науке инновационная деятельность понимается как целенаправленная педагогическая деятельность, основанная на осмыслении своего собственного практического опыта при помощи сравнения и изучения, изменения и развития учебно-воспитательного процесса с целью достижения более высоких результатов, получения нового знания, качественно иной педагогической практики.

Руководство инновационной деятельностью осуществляется в различных формах. Основным принципом руководства является поддержка педагога различными средствами, как образовательными (педагогическая учёба, консультации, семинары и т.д.), так и материальными (различные формы доплат, премий и т.д.) Одним из наиболее важных моментов является разворачивание среди педагогов процесса рефлексии и понимания относительно собственной педагогической деятельности.

Участие педагога в инновационной деятельности противоречиво. С одной стороны, это должно быть полезно для его профессионального развития, так как позволяет освоить новые педагогические технологии, приобрести новый педагогический опыт, а с другой — инновация — это деятельность, сопряжённая с преодолением ряда типичных трудностей, способных привести педагога к кризису профессионального развития.

Наблюдения показывают, что для эффективного обеспечения процесса непрерывного профессионального развития педагога — как преподавателя-специалиста в предметной области, как педагога-воспитателя, как педагога-исследователя, наконец как педагога-новатора — необходимы по крайней мере следующие два основных фактора:

1) психологическая готовность педагога к инновационной деятельности и, как показывают исследования, особая группа навыков и умений рефлексивно-аналитического и деятельностно-практического порядка;

2) переориентация всех форм профессионального образования, повышения квалификации педагога на задачи поддержки его как педагога-профессионала в стремлении к непрерывному профессиональному росту.

Высокие достижения педагога в учебной деятельности являются фактором, существенно развивающим личность. Занимаясь инновационной деятельностью, развивая инновационную активность, создавая что-то значительное, новое, достойное внимания, педагог и сам растёт, поскольку "участие в творческих, доблестных делах человека — важнейший источник его роста". С другой стороны, чем проще, однороднее деятельность, выполняемая преподавателем, чем меньше поле проявления его активности, тем в меньшей степени оказывается развитой его личность. Ведь человек, выполняющий всю жизнь простые операции, не требующие напряжения умственных способностей, в конце концов, собственноручно деформирует свою личность.

#### **1.4 Сегрегация и интеграция: два пути развития современной специальной педагогики.**

Сегрегация [позднелат. *segregatio* — отделение] — разделение людей в обществе на категории по признаку различия социальных статусов, требующее ограничения сферы

жизнедеятельности, при котором контакты между группами воспрещены частично или полностью. Такое разделение закрепляется в социальных нормах, поведенческих стереотипах, общественных институтах, кодируется и подчеркивается символикой (знаками отличия, одеждой, табу, традициями, ритуалами).

История общества открывает широкий спектр различных видов сегрегации. В основу сегрегации может быть положено реально существующее различие между людьми, осмысленное особым образом: пол — половая сегрегация, возраст — возрастная сегрегация, антропологический тип — расовая сегрегация, этническая принадлежность — национальная сегрегация. Ее основой могут стать также принадлежность к тем или иным стратифицированным социальным группам, сословиям, кастам (сословная, кастовая сегрегация), доступ к религиозным таинствам (сегрегация посвященных и непосвященных). Сегрегация на уровне социальной общности проявляется в идеологии, политике, этикете. На уровне межличностных отношений сегрегация существует в виде социальных установок и стереотипов восприятия людей другой категории и самих себя.

Другие же источники дают примерно ту же характеристику сегрегации, но характеризуют ее, как политику принудительного отделения или изоляции, и считают ее злом.

Наличие проблемы интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общество обусловлено, с одной стороны, имеющимися у них отклонениями в физическом и психическом развитии и, с другой, недостаточным совершенством самой системы социальных отношений, которая в силу определенной жесткости требований к своим потенциальным субъектам оказывается недоступной для детей с ограничениями жизнедеятельности.

В последние годы теоретические и прикладные задачи интеграции детей с отклонениями в развитии решаются в основном в области специальной педагогики. Но эти исследования не систематизированы, понятие “интеграция” используется специалистами зачастую прямо в противоположном смысле. Теория социальной интеграции как в западной, так и в отечественной научной литературе представлена в виде множества теоретических подходов к отдельным ее проблемам, что затрудняет научную классификацию ее направлений.

Термин “интеграция” рассматривается либо относительно локальной проблемы (например, интеграция инвалидов по зрению в современном обществе; интегрированный подход в обучении глухих, их интеграция в общество; интеграция в общество детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития), либо интерпретируется в обобщенном виде: (интеграция — включение в общий поток или одно из важных средств подготовки к самостоятельной жизни в обществе или сторона процесса развития, связанная с объединением в целое ранее разнородных частей и элементов).

Еще Л. С. Выготский указывал на необходимость создания такой системы обучения, в которой удалось бы органически увязать специальное обучение с обучением детей с нормальным развитием. Он писал, что при всех достоинствах наша специальная школа отличается тем основным недостатком, что замыкает своего воспитанника — слепого, глухого или умственно отсталого ребенка — в узкий круг школьного коллектива, создает замкнутый мир, в котором все приспособлено к дефекту ребенка, все фиксирует его внимание на своем недостатке и не вводит его в настоящую жизнь. Специальная школа вместо того, чтобы выводить ребенка из изолированного мира обычно развивает в нем навыки, которые ведут к еще большей изоляции и усиливают его сепаратизм. Поэтому Л. С. Выготский считал, что задачей воспитания ребенка с нарушением развития является его интеграция в жизнь и создание условий компенсации его недостатка с учетом не только биологических, но и социальных факторов.

До сих пор инициатива в интегрированном обучении шла от специальной школы, от специальных педагогов. Между тем, совместное обучение дает многое как здоровым школьникам, так и детям с нарушениями в развитии. Интеграция способствует формированию у здоровых детей терпимости к физическим и психическим недостаткам одноклас-

сников, чувство взаимопомощи и стремления к сотрудничеству. У детей с ограниченными возможностями в развитии совместное обучение ведет к формированию положительного отношения к своим сверстникам, адекватного социального поведения, более полной реализации потенциала развития и обучения.

Существенной причиной отрицательного отношения детей к совместному обучению является вынужденная интеграция без достаточной подготовки как интегрируемой, так и принимающей стороны. Поэтому, интеграция должна начинаться в специальном классе. Здесь ученик с ограниченными возможностями здоровья постепенно начинает осуществлять контакт с обычными детьми в учебной и внеучебной деятельности. И затем интеграция должна распространяться на обычный класс, где ребенок с нарушением развития, в конце концов, будет находиться все время вместе с обычными учениками. Учитель принимающего класса, кроме того, нуждается в опыте профессиональной коррекционной работы для выбора оптимальной программы обучения ребенка с отклонениями.

Интеграцию ребенка с проблемами в развитии следует начинать с социальной интеграции, желательно в дошкольном возрасте.

Таким образом, одним из основных условий социально-педагогической интеграции детей с отклонениями в развитии является коррекция отношений участников процесса интеграции (как детей, так и их педагогов) друг к другу. Взаимопонимание, взаимоуважение и взаимодействие — три составляющих успеха интеграции массовой и специальной школ при обучении и воспитании учащихся с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, проблема интегрированного образования сложна, дискуссионна, но главное, она является действительно социальной проблемой, так как в ходе её решения затрагиваются интересы колоссального количества людей, представителей различных социальных групп и главное — подрастающего поколения — будущего нации. Общество должно предоставить любому человеку право выбора вида образования в зависимости от его интересов, потребностей, возможностей. От того, насколько быстро мы сможем преодолеть процессы дифференциации внутри образовательной системы, и перейти к развитию интеграционных технологий зависит будущее нации.

## **Тема 2. Педагогическая система коррекционного обучения и воспитания детей с нарушениями слуха**

### **2.1. Причины и виды слуховых нарушений**

Значение слуха в жизни человека трудно переоценить. Отмечают, что в период интенсивного развития маленького ребенка слух несет до 80% информации о предметах, явлениях, событиях окружающего мира, характерах находящихся рядом людей. Слух позволяет существенно расширить информационное поле, значительно облегчает социализацию, позволяет человеку более свободно ориентироваться в пространстве. Немаловажно наличие слуха и для более успешного развития личности. Одна из самых значительных функций слуха для ребенка - предпосылка для успешного формирования речи. При отсутствии слуха речь не развивается без стимуляции и привлечения дополнительных средств.

Специалисты различают кондуктивные и сенсоневральные нарушения слуха.

При кондуктивных нарушениях внутреннее ухо человека функционирует нормально. В данном случае проблема возникает во внешнем или в среднем ухе, чаще всего носит временный характер и излечима. Это, например, воспаление среднего уха (отит), образование серных пробок, аномальное строение наружного и среднего уха (отсутствие или недоразвитие ушных раковин, заращение слуховых проходов, дефекты барабанной перепонки и др.), инородные тела в ухе и др.

Сенсоневральные нарушения слуха связаны с поражением внутреннего уха. К сожалению, данный тип нарушений носит необратимый характер, при которых современная медицина восстановить нормальный слух не в силах. В настоящее время проводится лишь

поддерживающая терапия, определенные профилактические мероприятия, слухопротезирование (подбор индивидуальных слуховых аппаратов) и длительная систематическая педагогическая коррекция.

Причины стойких необратимых нарушений слуха:

а) наследственные заболевания, сопровождающиеся поражением слухового анализатора,

б) вирусно-инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, герпес, токсоплазмоз, цитомегаловирус), токсикозы беременности, особенно в случае их возникновения в первые 3 месяца беременности,

в) применение лекарственных препаратов (антибиотиков стрептомицина, канамицина, гентамицина, фуросимида, хинина), назначаемых матери во время беременности или ребенку в раннем возрасте,

г) родовая травма, асфиксия новорожденного,

д) недоношенность (роды ранее 32-й неделе беременности) и/или вес при рождении 1500 г,

е) детские вирусные и инфекционные заболевания (менингит, энцефалит, скарлатина, тяжелые формы паротита, кори, осложнения гриппа),

ж) острые и хронические воспалительные процессы слухового аппарата ребенка,

з) черепно-мозговые травмы ребенка;

и) громкий шум;

к) травмы головы.

Кроме того, примерно в 30% случаев причину нарушения слуха установить не удается.

Поэтому, если в анамнезе мамы и ребенка имеются какие-либо из перечисленных причин нарушений слуха, родителям стоит самим проявить инициативу и как можно раньше обратиться к специалистам для проведения полного обследования слуха ребенка.

Категории детей с нарушением слуха

Дети с нарушенным слухом представляют собой разнородную группу, характеризующуюся:

- видом нарушения слуха (кондуктивное, сенсоневральное и смешанное);

- степенью снижения слуха (тугоухость в той или иной степени, глухота);

- временем возникновения поражения слуха;

- уровнем речевого развития (от неговорящих до речевой нормы);

- наличием или отсутствием дополнительных отклонений в развитии (нарушение зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и др.).

По состоянию слуха различают детей глухих и слабослышащих (страдающих тугоухостью).

Глухие дети - это дети с наиболее резкой степенью поражения слуха. Глухота бывает абсолютной лишь в исключительных случаях. Обычно сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать отдельные очень громкие, резкие и низкие звуки (гудки, свистки, громкий голос над ухом и т.д.). Но разборчивое восприятие речи невозможно.

С точки зрения Неймана выделяют 4 группы глухоты:

- люди, слышащие неречевые звуки (125-250 колебаний);

- люди, слышащие речевые звуки (500 колебаний в секунду) - низкие гласные;

- люди, воспринимающие 1000 колебаний в секунду - гласные и некоторые согласные, на основе которых возможно самостоятельное появление в речи отдельных слогов и слов;

- люди, воспринимающие до 2000 колебаний в секунду – знакомые краткие слова и предложения;

Слабослышащие (страдающие тугоухостью) дети – это дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие. Тугоухость может быть выражена в

различной степени – от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости.

Эта группа людей также условно делится на две подгруппы:

- люди с незначительным снижением слуха и лучшим развитием речи;
- люди со значительным снижением слуха и тяжелым недоразвитием речи.

Слабослышащие люди слышат речь, однако с трудом воспринимают отдельные сложные фразы. Самостоятельно речь формируется не в полной мере, что может выражаться в бедном словарном запасе, выпадении отдельных слогов, нарушениях звукопроизношения, особенностях построения фраз. Вывод налицо – чем лучше слух, тем качественнее речь. Однако не будем забывать, что потерю или снижение слуха у ребенка следует рассматривать иначе, чем у взрослого. Взрослому человеку легче сохранить уже имеющуюся речь, в то время как у детей самостоятельное ее формирование крайне затруднено или невозможно. Даже взрослого человека, потерявшего слух, подстерегает опасность распада уже имеющейся речи из-за отсутствия слухового контроля.

В зависимости от времени возникновения нарушения все дети делятся на две группы:

- ранооглохшие – дети, которые родились не слышащими или потеряли слух на первом или втором году жизни, до момента овладения речью;
- позднооглохшие – лица, которые потеряли слух в 3 – 4 года и позже, однако сохранили речь в той или иной степени. Потеря слуха в 3 года может вести к полной потере зачатков речи.

## **2.2. Предмет и задачи сурдопедагогики**

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

Нормальная функция слухового анализатора имеет особую значимость для общего развития ребенка. Состояние слуха оказывает решающее влияние на его речевое и психологическое становление. При нарушениях слухового анализатора в первую очередь и в наибольшей мере страдает речь, происходит общее недоразвитие познавательной деятельности. Первичный дефект анализатора порождает вторичные отклонения в развитии, которые, в свою очередь, являются причиной возникновения других отклонений. Взаимодействие различных проявлений дефекта слуха третьего, четвертого и т.д. порядка все более искажают и обедняют структуру развития познавательной деятельности неслышащего ребенка.

Как отечественная, так и зарубежная статистика показывают, что число детей с отсутствием или понижением функции органа слуха постоянно увеличивается. Повышается процент лиц с нарушенным слухом в группе населения после пятидесяти лет. Проведенные массовые исследования слуха в различных странах показали, что примерно 4—6% от всего населения земного шара имеют нарушения слуха в степени, затрудняющей социальное общение. При этом около 2% населения имеет двустороннюю значительно выраженную тугоухость и воспринимает разговорную речь на расстоянии менее 3 м, а до 4% страдают выраженной односторонней тугоухостью.

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

В этой связи необходимость существования и развития научно- педагогической области, предметом которой являются теория и практика образования лиц с ограниченными слуховыми возможностями, очевидна.

Задачами сурдопедагогики являются:

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

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

разработка научных основ содержания образования, дидактики и специальных методов обучения лиц с нарушенным слухом;

развитие различных подсистем специального образования лиц с нарушенным слухом, специальных образовательных технологий развития остаточного слуха, обучения жестовому, русскому языку, устной речи, педагогической реабилитации в послеоперационный период и пр.;

совершенствование технических средств коррекции и компенсации нарушений слухового анализатора;

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

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

### **2.3. Особенности личностного развития и межличностных отношений людей с нарушенным слухом**

Межличностные отношения в среде глухих и слабослышащих

Ребенок воспринимает в течение дня до тысячи различных зрительных и примерно такое же количество звуковых раздражений. И. М. Сеченов подчеркивал роль слухового органа в познании внешнего мира, называя его особенно мощным рецептором. Но у глухого нет слуха, а если и имеются незначительные его остатки, то они не имеют практического значения в процессе познания.

Что касается способов общения глухих с внешним миром, а также между собой, то этот процесс происходит следующим образом. Средством общения глухого является своеобразный язык жестов и мимики. Так называемая мимико-жестикуляторная речь возникла из естественных жестов, при помощи которых обозначались некоторые предметы и действия, а также из своеобразного изменения мимики лица, отражающего те или иные чувства. Мимико-жестикуляторная речь глухонемых по своей природе и возможностям крайне бедна и примитивна.

Она ограничивается понятиями о предметах, их действиях и чувствах, но не обладает интегральной способностью. Таким образом, основной задачей сурдопедагога, особенно на начальных этапах обучения, является развитие у глухого словесной речи, понятийного мышления, т. е. второй сигнальной системы. Однако этот процесс очень сложен, здесь требуется определенная последовательность. Чтобы понять это, надо обратиться к нейрофизиологическим механизмам, которые лежат в основе механизма второй сигнальной системы, т. е. речевой системы в норме.

Навык чтения с губ является хорошим подспорьем в деле общения глухого с окружающими людьми. Он ослабляет изоляцию, которую переживает глухой в силу утраты слуха, благоприятно действует на его психику и работоспособность.

Использование зрительного анализатора в качестве средства общения и формирования межличностных отношений при утрате слуха находит свое отражение и в другой форме речи, которая создается на основе специальных знаков при помощи пальцев руки, так называемой тактильной речи.

Развитие словесной речи у нормально слышащих происходит на основе слухового восприятия.

Глухие не имеют слуховой афферентации. В этой связи были предприняты попытки найти обходные пути для усиления потока кинестезии, которые у глухих много слабее, чем в норме (поэтому на первоначальном этапе обучения глухих вводится тактильная речь).

В процессе тактильного проговаривания в связи с дифференцированными движениями пальцев и кистей рук возникает поток кинестетических импульсов, направляющихся в мозг. Это в какой-то степени может компенсировать отсутствующую слуховую афферентацию и обеспечить формирование двигательных рефлексов в коре мозга.

Развитие личности при нарушениях слухового анализатора

Личность ребенка формируется постепенно в процессе коммуникативных действий со взрослыми и сверстниками, в процессе получения социального опыта.

Личность ребенка с недостатками слуха формируется в условиях дефицита информации, поступающей через слуховой анализатор. Это затрудняет процесс общения с нормально слышащими людьми, обедняет социальный опыт ребенка.

Акустическое восприятие имеет большое значение в формировании эмоциональной сферы. Ребенок с нарушением функций слухового анализатора зачастую лишается возможности слушать музыку, звучание человеческой речи, что приводит к дефициту эмоций, упрощению межличностных отношений. А. П. Гозова отмечает у глухих детей значительные трудности понимания различных оттенков эмоций у других людей, у них с трудом формируются морально-этические представления и понятия.

В. Петшак отмечает замедленное формирование самоконтроля за собственными эмоциями, чувствами, поведением у детей с нарушением слуха. При неблагоприятном социальном окружении у ребенка с недостатками слуха могут развиваться такие негативные черты характера, как эгоцентричность, ригидность, повышенная внушаемость, импульсивность.

Правильно построенная коррекционная работа способствует формированию у детей тонкого понимания окружающей действительности, личностных особенностей других людей и межличностных отношений. Сурдопсихолог привлекает внимание ребенка к изучению мимических движений, выразительных движений в жестовой речи. Большое значения для формирования личности ребенка играет семейное воспитание. В зависимости от того, имеются ли у родителей нарушения слуха, сурдопсихолог дает соответствующие рекомендации по воспитанию ребенка. Так, по наблюдениям В. Петшак, глухие дети глухих родителей не отличаются по эмоциональным проявлениям от слышащих детей, а глухие дети слышащих родителей испытывают значительные затруднения в обогащении эмоционального опыта, они более стеснительны и стремятся к уединению.

Интересны результаты исследований по выявлению желания быть лидером: самый высокий показатель был у глухих детей глухих родителей (45 %); средний – у слышащих детей (30 %); самый низкий (5 %) – у глухих детей слышащих родителей. Показатели общительности и любознательности у глухих детей слышащих родителей также оказались самыми низкими. Это связано с тем, что слышащим родителям труднее общаться с детьми, имеющими недостатки слуха, они хуже понимают их желания и потребности, излишне опекают их.

Важную роль в развитии эмоциональной сферы глухого ребенка играет воображение и внутренняя речь. Эта способность очень хорошо развивается в процессе прочтения художественной литературы, когда проявляется интерес к переживаниям героев произведений

#### **2.4. Психолого-педагогические особенности глухих, слабослышащих, позднооглохших людей**

Слух играет большую роль в интеллектуальном и речевом развитии ребенка. Ребенок с сохранным слухом слышит речь взрослых, подражает ей и учится самостоятельно говорить. Слушая объяснения взрослого, малыш знакомится с окружающим миром, овладевает сложным познанием действительности, усваивает значения многих слов. С помощью слуха он может контролировать собственную речь и сравнивать с речью окружающих, так он усваивает не только правильное звукопроизношение, но и лексико-грамматические средства языка. В дальнейшем сохранный физический слух является необходимым условием для овладения чтением и письмом.

Причинами нарушения слуха у детей могут быть:

- Врожденные нарушения, передающиеся генетическим путем;
- Недостаточный вес ребенка при рождении (менее 1,5 кг);
- Заболевания внутреннего уха и слухового нерва;
- Отклонения, возникающие до, во время или после родов;

- Воспаление среднего уха и некоторые инфекционные болезни (менингит, грипп);
  - Травма или продолжительное воздействие сильного шума и вибраций;
- Теоретической основой психолого-педагогической классификации являются положения, определяющие своеобразие развития ребенка с нарушениями слухового анализатора.

Нарушение слухового анализатора у ребенка необходимо рассматривать в его принципиальном отличии от подобного недостатка у взрослых. У взрослых людей к моменту нарушения слуха речь сформирована, а дефект слухового анализатора оценивают с точки зрения возможности общения на основе слуха. Утрата слуха в детстве влияет на ход психического развития ребенка и приводит к возникновению целого ряда вторичных дефектов. Нарушается речевое развитие ребенка. Если же глухота возникает рано, это приводит к полному отсутствию речи. Немота препятствует нормальному формированию словесного мышления, что ведет к нарушению познания.

В зависимости от речевого развития выделяют 2 группы слабослышащих детей:

- ◆ слабослышащие, которые обладают относительно развитой речью с небольшими недостатками (нарушения в звукопроизношении, отклонения в грамматическом строе речи);
- ◆ слабослышащие с глубоким недоразвитием речевой функции (фразы короткие, неправильно построенные, отдельные слова сильно искажены и т.д.).

Среди глухих также выделяют 2 группы детей в зависимости от времени возникновения дефекта:

- ◆ рано оглохшие дети, потерявшие слух на 1-2 году жизни или родившиеся не слышащими;
- ◆ позднооглохшие дети, т.е. потерявшие слух в 3-4 года, а также позже, сохранившие речь в связи с более поздним возникновением глухоты. Термин «позднооглохшие» носит условный характер, т.к. данную группу детей характеризует не время наступления глухоты, а факт наличия речи при отсутствии слуха.

### **Тема 3. Педагогическая система коррекционного обучения и воспитания детей с нарушениями зрения**

#### **3.1. Причины нарушения зрения в детском возрасте**

Врожденные:

- вызванные различными вирусными и инфекционными заболеваниями (грипп, токсоплазмоз и др.), нарушениями обмена веществ матери во время беременности;
- наследственная передача некоторых дефектов зрения (уменьшение размеров глаз, катаракта и др.);
- иногда обусловленные врожденными доброкачественными мозговыми опухолями (такие нарушения проявляются не сразу).

Приобретенные:

- внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния, травмы головы во время родов и в раннем возрасте ребенка;
- в связи с повышением внутриглазного давления;
- на фоне общего соматического ослабления здоровья ребенка;
- недоношенные детей с ретинопатией (снижение чувствительности сетчатки), при которой часто наступает тотальная слепота.

Причиной атрофии зрительного нерва могут быть как наследственные, так и приобретенные аномалии. Иногда факторов, обуславливающих снижение зрения, может быть несколько.

#### **3.2 Возрастные особенности психического развития детей с нарушением зрения**

Наблюдения за развитием и поведением младенца с нарушением зрения до 2–3-месячного возраста свидетельствуют о том, что по характеру реакций и поведению он мало чем отличается от зрячего этого же возраста.

Примерно к 2–3 месяцам, когда у нормально видящего ребенка развиваются такие зрительные функции, как фиксация взора, первые попытки проследить за движением глаз, отсутствие или глубокое поражение зрения у детей становится фактором, ограничивающим их психическое развитие.

Слепой и слабовидящий ребенок, как и нормально видящий, с момента рождения реагирует на резкие звуки, на 3-й неделе – на громкий звук, к концу 1 месяца – на человеческий голос, на 3-м – может отвечать на обращенную к нему речь улыбкой, звуками и движениями рук и ног. Однако ребенок с нарушением зрения более, чем зрячий, зависит от выбора, обработки, удержания в памяти и использования слуховой информации. Развитие у него дифференцированного слухового восприятия относится примерно к 5-месячному возрасту, когда ребенок становится способным выделять и дифференцировать звуковые признаки предметов.

В первые месяцы жизни ребенка движущиеся объекты и особенно свои руки учат движению глаз, фиксации взгляда и т. д. Управление же движениями с участием зрения развивается позже. Таким образом, отсутствие зрения или его нарушение в ранний период развития (3–4 месяца) не оказывает существенного отрицательного влияния на развитие основных движений и осязания.

В 4–5 месяцев происходит значительный прогресс в развитии тактильной чувствительности и кинестезии, связанный с эволюцией двигательных рефлексов, на базе которых формируется сложная система движений, обеспечивающая манипуляции с предметами. Повышение роли зрения в координации движений создает у нормально видящих детей новое соотношение зрения, гаптики и кинестетики, в котором ведущую роль начинает занимать зрение. Этому способствует переход к сидячему положению, создающему лучшие условия для координации руки и глаза. Ребенок же с нарушением зрения из-за отсутствия координирующей и корригирующей функции зрения начинает отставать в развитии координации рук, что ведет к задержке развития мелких движений пальцев. Из-за отсутствия стимула ребенок не протягивает спонтанно руку к предмету, чтобы его схватить.

В течение первого полугодия решающую роль играет ситуативно-личностное эмоциональное общение, обеспечивающее переход во втором полугодии к следующей форме – ситуативно-деловому общению. Таким образом, развитие слепого младенца первого полугодия жизни протекает своеобразно. По сравнению со зрячими сверстниками у него имеется иная диспропорциональность в развитии психических функций. Первоначальное развитие основных движений осуществляется в том же темпе и в те же временные отрезки, что и у зрячего, но с 5–6 месяцев начинается его значительное отставание. Слепота как первичный дефект уже в первые месяцы вызывает у слепорожденного младенца вторичные отклонения в развитии, выражающиеся в меньшей активности и подвижности, более позднем выделении отдельных специфических раздражений как сигналов жизненно важных для ребенка предметов и явлений окружающего мира. Вторичные отклонения в раннем возрасте проявляются также в своеобразии движений ребенка: появлении стереотипных движений головы, рук, недоразвитии акта хватания. Однако эти вторичные отклонения возникают не у всех детей. В благоприятных для психического развития условиях можно предупредить их формирование.

При обучении ходьбе зрительная ориентация помогает овладению пространством, участвует в формировании пространственных, топографических восприятий и представлений. В то же время отсутствие или неполнота зрительных восприятий в этом возрасте наносит ребенку такой ущерб, который не компенсируется в дошкольном и дошкольном возрасте. Серьезное и углубляющееся отставание в психическом развитии ребенка с

глубокими нарушениями зрения выражается в значительно меньшем объеме знаний и представлений об окружающем мире.

### **3.3 Психолого-педагогические особенности детей с ограниченными возможностями органа зрения**

Тифлопсихология занимается изучением закономерностей развития психики человека при частичном или полном нарушении зрения, в переводе с греческого языка *typhlos* – «слепой».

В результате происходит нарушение ориентации в пространстве, наглядно-образного мышления, изменение работы органов чувств. Основное предназначение тифлопсихологии заключается в том, чтобы компенсировать полное или частичное отсутствие зрения путем интенсификации деятельности других органов (слуха, обоняния, осязания).

Используются мышление, логическая память, речь, которые могут частично компенсировать отсутствие или потерю зрения. Развивая эти способности, ребенок может ориентироваться в пространстве, общаться с окружающим миром, быть частично трудоспособным. Люди с дефектами зрительной функции компенсируют его обостренным «чувством препятствия», интуицией, воображением, логической памятью.

Дефекты делятся на врожденные и приобретенные. Обе эти группы относятся к первичным соматическим дефектам, которые в свою очередь вызывают вторичные дефекты и нарушения функций организма (снижение остроты зрения, помутнение хрусталика и т. д.). Вторичные дефекты негативно влияют на развитие психических процессов (восприятие, ощущение). Такое последовательное влияние одних дефектов на другие вызывает дальнейшее изменение в психике. Такой процесс может длиться до полного исчезновения сознания и приостановки психической деятельности.

Следовательно, между возникающими соматическими дефектами и психическими аномалиями возникает прямая зависимость, влекущая дальнейшие, порой необратимые процессы в психике.

Л. С. Выготский первым проанализировал сущность и возникновение дефектов, а также их влияние на развитие человека в разных возрастных группах. Он предложил свою структуру дефекта, зависимость всех соматических дефектов и развитие психики аномальных детей. Также он начал изучение процесса компенсации дефектов и результатов этих отклонений, отраженных на психическом здоровье человека. Л. С. Выготский вывел основную задачу тифлопсихологии, которая выражается в выявлении главных закономерностей психологии в условиях сенсорной сферы. Кроме того, он начал теоретическое обоснование более эффективных путей становления полноценной личности. Поиск новых методов возмещения дефектов развития является одним из приоритетных направлений и в современной науке. Компенсацию как приобретенных, так и врожденных дефектов необходимо воспринимать как процесс подстройки организма (психики) и приобретение навыков приспособления к новым условиям жизни в обществе.

## **Тема 4. Педагогическая система обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

### **4.1. Основные направления воспитания и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

Основной целью воспитательной и педагогической работы при нарушениях опорно-двигательного аппарата является оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна

носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия - согласованность действий специалистов различного профиля.

Комплексный характер воспитательно-педагогической работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых, психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция развития всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок. При воспитательно-педагогических мероприятиях стимулируется ведущий для данного возраста вид деятельности.

При нарушениях опорно-двигательного аппарата важно развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательного-кинестетического анализатора. Желательно опираться одновременно на несколько анализаторов. Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм воспитательно-педагогической работы.

Родители - важнейшие участники педагогической работы, организуемой с ребенком. Они отрабатывают, закрепляют навыки и умения у детей, сформированные специалистами. Это ускоряет процесс восстановления нарушенных функций.

Воспитательно-педагогическая работа реализуется в несколько этапов. Каждый этап имеет свои направления в работе. Среди основных этапов следует выделить:

- развитие игровой деятельности;
- развитие речевого общения с окружающими (со сверстниками и взрослыми).

Увеличение пассивного и активного словарного запаса, формирование связной речи. Развитие и коррекция нарушений лексического, грамматического и фонетического строя речи;

- расширение запаса знаний и представлений об окружающем;
- развитие сенсорных функций. Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений. Развитие кинестетического восприятия и стереогноза;

- развитие внимания, памяти, мышления (наглядно-образного и элементов абстрактно-логического);

- формирование математических представлений;
- развитие ручной умелости и подготовка руки к овладению письмом;
- воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

#### **4.2 Особенности воспитания и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

Целью работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата является исправление и доразвитие психических и физических функций аномального ребенка в процессе общего его образования, подготовка к жизни и труду.

Чтобы правильно определить содержание образовательной и воспитательной работы, необходимо увязать данные компоненты социализации со всеми основными компонентами системы образования и только после этого рассматривать внутренние структуры подсистемы и их содержательно-педагогическую роль.

Сам термин «образование» и сущность этого процесса во многих исследованиях трактуются неоднозначно. Но наиболее полное определение понятию «образование» дал В.С. Леднев, в котором показал и структуру этого понятия: «Образование - это общественно организуемый и нормируемый процесс постоянной передачи предшествующими поколениями последующим социально значимого опыта, представляющий собой в онтогенетическом плане биосоциальный процесс становления личности. В этом процессе, характеризующемся содержанием, формами, выделяются три основных структурных аспекта: познавательный, обеспечивающий усвоение опыта личностью; воспитание типологи-

ческих свойств личности, а также физическое и умственное развитие. Ведущей деятельностью в образовании является учебная».

Таким образом, образование включает в себе три основные части: обучение, воспитание и развитие. Обучение непосредственно направлено на усвоение учащимися опыта, а воспитание и развитие осуществляются опосредованно. Все три процесса - воспитание, обучение и развитие - выступают едино, органично связаны друг с другом, и выделять, разграничивать их практически невозможно, да и нецелесообразно в условиях динамики срабатывания системы.

Наряду с обучением и воспитанием важную роль играет коррекция, коррекцию, как правило, связывают чаще всего с развитием ребенка. Это обоснованно, поскольку она нацелена на исправление вторичных отклонений в развитии аномальных детей. Но когда говорят о коррекционно-педагогической работе, то она не может вычлениваться из триединой схемы образования: обучение, воспитание, развитие.

В практическом осуществлении учебно-воспитательной работы с детьми с нарушением опорно-двигательного аппарата коррекционное развитие как специально организуемый и направляемый процесс неразличим и не может существовать вне коррекционного обучения и воспитания.

Поскольку развитие учащихся осуществляется в ходе обучения и в процессе воспитания, то и коррекционное воздействие будет присутствовать в этой деятельности. Следовательно, специальное, так же как и общее, образование триедино и состоит из коррекционного обучения, коррекционного воспитания и коррекционного развития.

Коррекционное обучение - усвоение знаний о путях и средствах преодоления недостатков психического и физического развития и усвоения способов применения полученных знаний.

Коррекционное воспитание - воспитание типологических свойств и качеств личности, инвариантных предметной специфике деятельности (познавательной, трудовой, эстетической и др.), позволяющих адаптироваться в социальной среде.

Коррекционное развитие - исправление (преодоление) недостатков умственного и физического развития, совершенствование психических и физических функций, сохранной сенсорной сферы и нейродинамических механизмов компенсации дефекта.

Любое обучение и воспитание одновременно в какой-то мере развивают, что и относится и к коррекционным процессам. Вместе с тем коррекция развития не сводится только к усвоению знаний и навыков. В процессе специального обучения перестраиваются психические и физические функции, формируются механизмы компенсации дефекта, им придаётся новый характер.

В ходе коррекционного развития накапливаются и изменяются состояние и свойства личности по мере того, как происходит усвоение ею социального опыта.

В ходе коррекционной работы развиваются умственная, физическая, нравственная саморегуляция, способности организовывать и регулировать свою деятельность, навыки социально - трудовой ориентировки.

Соотношение коррекционных компонентов (обучения, воспитания и развития) выражено в схеме, предложенной В.С. Леднёвым. В схеме обучения, воспитания и развития показаны в виде трёх пересекающихся окружностей, которые символизируют взаимосвязь этих трёх компонентов между собой.

#### **4.3. Задача трудового воспитания и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

Основная задача этого важного раздела работы с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата - выработка и совершенствование трудовых навыков, воспитания необходимых установок поведения, личностных качеств.

Практическая деятельность в её простых видах наиболее понятна и доступна для глубоко физически и умственно отсталых детей. Здесь всё дано в наглядном, легко вос-

принимаемом виде. Разнообразие видов труда обеспечивает разностороннюю и активную работу всех анализаторов.

Большое значение в определении трудовых возможностей умственно и физически отсталого ребенка и профиля доступного ему вида труда имеет его физическое развитие, развитие его общей и ручной моторики. Правильно организованное трудовое обучение благоприятно влияет на физическое развитие глубоко отсталых детей, содействуя коррекции их двигательных недостатков.

Задачи трудового воспитания и обучения следующие:

- Обеспечить максимально возможную для данного ребенка самостоятельность в бытовом и санитарно - гигиеническом обслуживании себя;
- Выработать положительное отношение к посильным видам труда, готовность к помощи в хозяйственно - бытовом труде в семье или специальном учреждении умение выполнять несложные виды этого труда;
- Сформировать привычку и положительную установку к определенному виду труда в течение установленного времени (5-6 часов в день) в специальном цехе или мастерской. В сельском хозяйстве под руководством инструктора;
- Выработать твердые навыки выполнения ряда операций в том виде труда, которому ребенок обучался в школе;
- По индивидуальным возможностям каждого научить переключаться с выполнения одной знакомой операции на другую, выполнять несколько взаимосвязанных операций последовательно, осуществлять подсчет (до десяти и десятками) и складывание готовой продукции в определенном порядке;
- Научить работать совместно с товарищами по поточно - бригадной системе, соблюдая принятые нормы и правила поведения.

Соответствующая трудовая подготовка умственно и физически отсталых детей должна дать возможность этим лицам после окончания обучения в некоторой степени материально обеспечивать себя, жить в коллективе, по возможности социально адаптироваться в обществе.

## **Тема 5. Педагогическая система обучения и воспитания детей с нарушениями речи**

### **5.1. Речь как показатель уровня и особенностей развития ребенка**

В развитии речевой функции, также как и в психическом развитии, исследователи выделяют критические периоды, характеризующиеся качественными новообразованиями: 1) 1-2 года; 2) 3 года; 3) 6-7 лет.

Этапы развития речи

| Этап развития речи                               | Характеристика речи   |
|--|---|
| Самая ранняя стадия (мирная полонима года жизни) | Вокализация, гуление, лепет (постепенное приближение лепета к звукам родного языка)                     |
| Вторая половина года ЖИЗНИ                       | Появление условных рефлексов на словесные раздражители  |
| К одному году жизни                              | Понимание значения многих слов, начало произношения первых слов   |
| После полутора лет                               | Появление простой фразы, постепенное усложнение (фонологическое, морфологическое, синтаксическое оформ- |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
|                                      | ление речи)  |
| К 3 годам                            | Сформированность основных лексико-грамматических конструкций обиходной речи (переход к овладению развернутой фразовой речью) |
| К 5 годам                            | Развитие механизмов координации между дыханием, фонацией и артикуляцией  |
| К 5-6 годам                          | Начало формирования способности к звуковому анализу и синтезу  |
| Следующий этап (в условиях обучения) | Овладение письменной формой речи   |

Дошкольный возраст является сензитивным периодом развития речи. Для правильного понимания и оценки уровня речевого развития дошкольника используют «Схему системного развития нормальной речи», предложенную А.Н. Гвоздевым. Выделенные компоненты языка рассматриваются в качестве условного эталона нормы. Так, автор предлагает выделять ряд этапов развития речи дошкольника.

1. «Односложное предложение»: ребенок пользуется только отдельными (не имеющими формы) словами.

2. «Предложения из аморфных слов-корней»: ребенок использует фразы из 2-4 аморфных слов без изменения их грамматической формы.

3. «Первые формы слов»: в речи ребенка появляются грамматически правильно оформленные предложения типа «мама спит, сидит и т.д.», при этом остальные слова аграмматичны.

4. «Усвоение флексийной системы языка» (системы окончаний): ребенок широко пользуется словами с правильными окончаниями, но в речи полностью отсутствуют правильно оформленные предложения.

5. «Усвоение служебных частей речи»: ребенок владеет фразовой речью и в некоторых случаях умеет строить предложные конструкции с правильным использованием окончаний и предлогов.

6. «Усвоение морфологической системы языка»: ребенок пользуется фразовой речью, умеет строить предложные конструкции, иногда затрудняясь в использовании окончаний и предлогов.

Таким образом, речь в своем развитии проходит ряд взаимосвязанных этапов, механизмы речи связаны с деятельностью коры головного мозга, иерархической по своему строению, каждое из звеньев которой вносит свой вклад в характер речевой деятельности.

## 5.2 . Речь как показатель уровня и особенностей развития ребенка

Под причиной нарушений речи понимают воздействие на организм внешнего (экзогенного) или внутреннего (эндогенного) вредоносного фактора или их взаимодействия, которые определяют специфику речевого расстройства и без которых последнее не может возникнуть.

Этиология речевых нарушений

Термин «этиология» — греческий и обозначает учение о причинах

Впервые все причины речевых нарушений разделил на внешние и внутренние Михаил Ефимович Хватцев, особо подчеркнув их тесное взаимодействие. Он также выделил органические (анатомо-физиологические морфологические), функциональные (психогенные), социально-психологические и психоневрологические причины.

К органическим причинам были отнесены недоразвитие и поражение мозга во внутриутробном периоде, в момент родов или после рождения, а также различные органические нарушения периферических органов речи. Им были выделены органические центральные (поражения мозга) и органические периферические причины (поражения органа слуха, расщепление нёба и другие морфологические изменения артикуляционного аппарата).

Функциональные причины М. Е. Хватцев объяснил учением И. П. Павлова о нарушениях соотношения процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. Он подчеркивал взаимодействие органических и функциональных, центральных и периферических причин.

К психоневрологическим причинам он относил умственную отсталость, нарушения памяти, внимания и другие расстройства психических функций.

Социально-психологическим причинам М. Е. Хватцев отводил важную роль, понимая под ними различные неблагоприятные влияния окружающей среды.

Вопрос о роли внешних и внутренних факторов в этиологии речевых расстройств является одним из разделов общей проблемы причинности. Установлена тесная взаимосвязь между этими факторами в возникновении речевой патологии и в формировании ее клинической картины.

Этиологические факторы, вызывающие нарушения речи, сложны и полиморфны. Наиболее часто встречается сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и повреждения или нарушения созревания мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов

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

Основу для изучения этиологии речевых расстройств составляют эволюционно-динамический подход и принцип диалектического единства биологического и социального в развитии речи.

Большую роль в нарушениях речевого развития и в возникновении невротических речевых расстройств играют социальные факторы (функциональные формы речевых расстройств). Окружающая ребенка социальная среда является не только условием, но и источником развития речи.

Материальным субстратом речевой функции является нервная система. Поэтому при повреждении нервной системы и нарушениях ее созревания под влиянием различных факторов наиболее часто отмечаются различные нарушения речи (органические центральные формы речевых расстройств). Многие виды речевых расстройств возникают под влиянием воздействия на развивающийся мозг ребенка различных неблагоприятных факторов. Различные соматические заболевания и болезни обмена веществ могут быть как благоприятными условиями для возникновения речевых расстройств, так и в некоторых случаях их непосредственными причинами.

Под структурой речевого дефекта понимается совокупность (состав) речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характер их связей. В структуре речевого дефекта выделяется первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные дефекты, которые находятся в причинно-следственных отношениях с первыми, а также системные последствия. Различная структура речевого дефекта находит свое отражение в определенном соотношении первичных и вторичных симптомов, что во многом определяет специфику целенаправленного логопедического воздействия.

При устранении речевых нарушений используются понятия: «логопедическое воздействие», «коррекция», «компенсация», «развитие», «обучение», «воспитание», «перевоспитание», «коррекционно-восстановительное обучение» и др.

Логопедическое воздействие представляет собой педагогический процесс, направленный на коррекцию и компенсацию нарушений речевой деятельности, на воспитание и развитие ребенка с речевым нарушением.

Коррекция нарушений речи - это исправление речи или ослабление симптоматики нарушений речи (устранение, преодоление речевых нарушений).

Компенсация представляет собой сложный, многоаспектный процесс перестройки психологических функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма. Компенсаторная перестройка включает восстановление или замещение утраченных или нарушенных функций, а также их изменение. Важнейшую роль в компенсации играет центральная нервная система. Развитие и восстановление несформировавшихся и нарушенных речевых и неречевых функций осуществляются на основе специальной системы логопедического воздействия, в процессе которой формируются компенсации.

Обучение— это двусторонний управляемый процесс, включающий активную познавательную деятельность детей по усвоению знаний, умений и навыков и педагогическое руководство этой деятельностью. Процесс обучения выполняет образовательную, воспитательную и развивающую функцию в их органическом единстве.

Воспитание— это целенаправленное, систематическое, организованное управление процессом формирования личности или отдельных ее качеств в соответствии с потребностями общества.

В процессе перевоспитания осуществляются коррекция и компенсация личностных особенностей лиц с нарушениями речевой деятельности.

При локальных поражениях головного мозга в логопедической работе используется восстановительное обучение, которое направлено на восстановление нарушенных речевых и неречевых функций. В основе этого обучения лежит опора на сохранное звено функции и перестройка всей функциональной системы. Термин «восстановление речи» используется для обозначения обратного развития нарушенной речи при афазии.

Логопедическое воздействие может быть направлено как на устранение нарушений речи (например, дислексии), на исправление (например, звукопроизношения), так и на преодоление отрицательных симптомов неречевых нарушений (например, психологических особенностей заикающихся).

### **5.3. Специфика развития познавательной деятельности у детей с нарушением речи**

Всех детей с нарушениями речи отличает отсутствие фонематического слуха. Ребенок не различает фонем, особенно близких по звучанию, не может их дифференцировать, не замечает собственных ошибок звукопроизношения (например, слово мяч произносится как [тять]). Чтобы преодолеть эту особенность слухового восприятия, требуются специальные коррекционные занятия с логопедом.

Зрительное восприятие детей-логопатов отстает от нормы. Отмечается недостаточность сформированности целостного образа предметов. Например, при выполнении пробы «Узнавание в шуме» для детей-логопатов требуется больше времени на распознавание предметов, плюс более вероятны ошибки при выполнении задания.

Выполняя задачи на перцептивные действия (приравнивание к эталону), дети с нарушениями речи чаще используют элементарные формы ориентировки, практическое соотнесение, а не зрительное сравнение.

Дети-алалики отличаются ошибками при выполнении гештальт-теста Бендер, что характеризует свойственный им низкий уровень развития оптико-пространственного гнозиса; также дети затрудняются в различении букв (т.н. буквенный гнозис).

Вообще для детей с нарушениями речи характерна задержка формирования пространственных представлений. Они затрудняются в определении правой и левой стороны пространства, ориентации в схеме тела, у них нарушена целостность образа восприятия.

Восприятие обращенной речи – импрессивная сторона речи – у детей-логопатов сохранно. При этом отмечаются трудности экспрессивной речи – дети с ТНР затрудняют-

ся найти адекватные выражения. Возможно, это связано с тем, что у детей нарушены процессы перекодировки сохранной семантической программы в речевую форму.

Внимание детей характеризуется:

- неустойчивостью;
- низкой произвольностью;
- трудностью регуляции.

Как правило, устойчивость внимания зависит от модальности репрезентируемой информации. В случае если инструкция передана с опорой на зрительный анализатор, внимание более устойчиво, если инструкция передана как речевое высказывание, возникает ситуация, при которой внимание должно быть распределено между двумя раздражителями, следовательно, задание будет выполнено с большим количеством ошибок.

Распределение внимания между речью и практическим заданием для детей с нарушениями речи – очень сложная задача, поэтому дети постоянно требуют уточняющих инструкций, подсказок, отвлекаются на посторонние действия.

У детей с ОНР недостаток внимания выражается и в несформированности действий контроля, особенно – упреждающего контроля, т.е. анализа условий задачи. Не сформирован и текущий контроль. Итоговый контроль, представляющий сравнение полученного результата с задуманным, дети могут проводить при организующей помощи педагога.

В целом, развитие памяти детей с нарушениями речи не сильно отличается от развития памяти в норме. Однако есть несколько специфических черт:

- характерны трудности в узнавании сложных образов (например, дети-дизартрики плохо узнают геометрические фигуры). Данная особенность памяти связана с особенностями восприятия;
- уровень развития словесной памяти всегда хуже нормы и тем ниже, чем более выражен речевой дефект;
- ребенок не замечает ошибок воспроизведения и не исправляет их (эта особенность памяти связана с характеристиками внимания и контроля);
- очень характерная проблема детей с речевым дефектом — они забывают речевую инструкцию. Поэтому лучше, если для занятий будут использоваться наглядные схемы, на которые ребенок может опираться в ходе своей работы.

Тем не менее, потенциально все виды памяти и, что особенно важно для обучения, логическая память способны у детей-логопатов к высокому уровню развития при условии, что в ходе коррекции у них формируются приемы смыслового, опосредствованного запоминания.

Долгое время существовало мнение, что у детей-логопатов компенсаторно развит невербальный интеллект – как ответ слабому развитию вербального мышления. В 1982 г. О.Н. Усанова организовала эксперимент с целью проверить это предположение. Результаты эксперимента оказались довольно неожиданными.

Обнаружилось, что дети первой группы (приблизительно 9 % от числа детей ОНР) обладают невербальным интеллектом, развитие которого не связано с недоразвитием речи. Как правило, высокий уровень невербального интеллекта помогает таким детям лучше адаптироваться в социуме, достигать успехов в деятельности.

Дети второй группы (приблизительно 27 % детей с ОНР) продемонстрировали показатели невербального интеллекта на среднем, общепопуляционном уровне. При этом уровень вербального интеллекта у них ниже, и в итоге у этой группы детей, в целом, больше психологических трудностей, чем у обычных школьников.

Дети третьей группы (63 % детей с ОНР по выполнению теста Равенна) продемонстрировали более низкий, чем у обычных детей, уровень развития невербального интеллекта.

Таким образом, развитие невербального интеллекта детей с нарушениями речи заметно отличается от нормы.

На развитие мышления у детей с ОНР влияют недостатки знаний, неподвижность и необратимость мыслительных операций (что связано с неразвитием функции слова), а также недостатки самоорганизации мыслительной деятельности.

Недостаток знаний о свойствах и функциях предметов, явлений приводит к тому, что детям с ОНР свойственны трудности в установлении причинно-следственных связей; а недостатки самоорганизации мыслительной деятельности выражаются в расторможенности или заторможенности ребенка, непонимании инструкций, поверхностном ознакомлении с условиями выполнения задания.

Недостатки развития речи затрудняют переход от наглядно-практического к образному мышлению в раннем возрасте – нет обобщения опыта ребенка, а значит, ребенок не способен выйти в решении мыслительной задачи за пределы непосредственного практического опыта.

Без соответствующего обучения дети с ОНР не могут самостоятельно овладеть сложными мыслительными операциями анализа, синтеза, классификации, исключения, строить умозаключения по аналогии – для выполнения всех этих мыслительных действий нужно использование слова, причем не только как средства коммуникации, но и как средства мыслительной деятельности.

В исследовании И.Т. Власенко отмечается, что основой всех проблем развития мышления детей с ОНР является недостаточно развитие внутренней речи. Внутренняя речь, формирующаяся в дошкольном возрасте для решения задач, превосходящих по сложности опыт ребенка, к 6–7 годам (в норме) становится «переходным звеном» между речью и мышлением, позволяет «думать, рассуждая», и решать задачу во внутреннем плане. У детей с нарушениями речи запаздывает и формирование внутренней речи, следовательно, отсутствует механизм, переводящий размышление из внешней практической операции во внутреннюю, мыслительную задачу и обратно. Возможно, именно недоразвитие внутренней речи является причиной отсутствия самоорганизации мыслительной деятельности и несформированности произвольного внимания.

Исследования воображения детей с нарушениями речи показали, что в целом уровень развития этой психической функции ниже, чем у здоровых сверстников. Возможно, недостаточный уровень развития воображения тоже является следствием недоразвития внутренней речи.

#### **5.4. Психолого-педагогическая коррекция недостатков речевого развития у детей**

Многие дети, подростки и взрослые с нарушениями речи нуждаются в психологической помощи. Такая помощь непременно включает в себя психодиагностику и различные методы воздействия на пациента: психокоррекцию, психотерапию, психоконсультирование, психопрофилактику и др.

Потребность в психологической помощи зависит от возраста человека и характера речевого нарушения. В такой помощи обычно не нуждаются дети с нарушением произношения.

Цели психологической помощи — нормализация, по возможности, отдельных психических процессов, восстановление целостности личности и оптимизация механизмов психической адаптации, а также профилактика нервно-психических расстройств, обусловленных внутренними и внешними факторами психического дизонтогенеза. При восстановлении или регулировании процесса коммуникации, нарушенного из-за дефекта речи, следует исходить из четырех ее функций: побудительной, эмотивной, информационной и фатической (контактной). Во внутренней картине дефекта они находят отражение в ином порядке в виде когнитивной (сенситивной и рациональной), эмоциональной и волевой составляющих, но, как и в акте коммуникации, волевая компонента (соответствующая побудительной функции) является центральной, так как определяет адаптивное или неадаптивное поведение страдающего человека. Цели психологической помощи могут быть радикальными (полное излечение) или паллиативными (облегчение страданий).

При оказании психологической помощи детям основными задачами являются:

- 1) преодоление задержки в сенсорном, моторном, когнитивном развитии;
- 2) коррекция неадекватных методов воспитания — «терапия среды»;
- 3) воспитание высших эмоций и социальных потребностей (познавательных, этических, трудовых, эстетических);
- 4) обучение способам психической саморегуляции, умению распознавать и воспроизводить отдельные эмоции, эмоциональные состояния, управлять ими;
- 5) формирование навыков адаптивного поведения в стрессовых ситуациях, обеспечивающего ребенку и окружающим наиболее благоприятную психологическую атмосферу;
- 6) составление рекомендаций для родителей и воспитателей по подготовке индивидуальных программ для детей с психологической дезадаптацией, психоневротическими расстройствами и акцентуациями характера.

При оказании психотерапевтической помощи взрослым основные задачи таковы:

- 1) помощь в лучшем понимании своих проблем;
- 2) устранение эмоционального дискомфорта;
- 3) поощрение свободного выражения чувств;
- 4) обеспечение больного с нарушенной речью новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;
- 5) помощь в проверке новых способов мышления и поведения реальной жизни.

Методы психокоррекции и психотерапии основаны на теориях личности. Большинство исследователей сходится на том, что при всем разнообразии этих теорий можно выделить три основных. В отечественной психологии они могут быть представлены теорией установки Д.Н. Узнадзе, отражающей ценностно-мотивационное начало личности, ее направленность (2001); деятельностной теорией А.Н. Леонтьева (1975) и теорией отношений В.Н. Мясищева, характеризующей содержательную сторону личности, всю полноту связей человека с окружающим миром (1960).

Внушение (суггестия) редко выступает как самостоятельный метод воздействия, но входит в качестве компонента во многие другие, в том числе аутогенную тренировку и гипноз. Лечебное или коррекционное внушение должно происходить в спокойной обстановке, исключая отвлекающие факторы (звуковые, зрительные, тактильные и другие). Самовнушение может быть использовано в качестве самостоятельного метода. Аутогенная тренировка часто применяется в логопедии для оказания симптоматической помощи. Особое место при организации помощи лицам с нарушениями речи занимают различные методы групповой психотерапии, направленной на коррекцию коммуникативных навыков. Как и другие методы, групповая психотерапия наибольшее распространение получила в лечении заикающихся, психическая дезадаптация которых проявляется различным образом. В одном случае это комплекс реакций на моторные расстройства речи, таких как неуверенность, тревога, фобии и т.д. В другом — общеневротические явления вплоть до оформления клинически выраженной картины невроза, не связанные непосредственно с моторными проявлениями заикания. В третьем — психологические проблемы, связанные с общением, но характерные в какой-то мере и для здоровых.

Основная цель психокоррекционного тренинга — оптимизация навыков общения, для чего необходимо понимание самого себя и других, умение адекватно оценивать ситуацию, гибкость в использовании социальных ролей.

### **5. 5. Формы, направления в работе с детьми, страдающими нарушениями речи**

Работа по формированию связной речи детей имеет важнейшее значение в общей системе работы с детьми. Это определяется, прежде всего, ведущей ролью связной речи в обучении детей старшего дошкольного возраста. Работая в рамках исполнения годовой задачи деятельности ДОУ «Мальвина» «Повышение эффективности работы с детьми по развитию и совершенствованию связной речи и звуковой культуры речи посредством

внедрения современных технологий». Представляю Вашему вниманию мнемотехнику, как педагогическую технологию в речевом развитии дошкольников.

Мнемотехника - это система методов и приемов, обеспечивающих эффективное запоминание, сохранение и воспроизведение информации, и конечно развитие речи.

Цель обучения мнемотехнике - развитие памяти, мышления, воображения, внимания, ведь именно они тесно связаны с полноценным развитием речи.

Суть мнемосхем заключается в следующем: на каждое слово или маленькое словосочетание придумывается картинка (изображение); таким образом, весь текст зарисовывается схематично. Глядя на эти схемы – рисунки ребёнок легко воспроизводит текстовую информацию.

Так как у наших детей обучающихся в логопедическом пункте, самые разные речевые нарушения, сталкиваясь с проблемой в коррекции звукопроизношения. Проблема эта заключается в длительном периоде автоматизации и дифференциации поставленных звуков. В работе с детьми, с нарушениями речи замечено, что они без радости включаются в учебную деятельность. Как правило, у таких детей нарушения памяти, снижено внимание, не так подвижны психические процессы, они не проявляют интереса к поисковой деятельности, не готовы к выполнению заданий, не отличаются высокой работоспособностью. В силу этих и других причин дети с речевыми нарушениями не любят учить стихи, пересказывать тексты, не владеют приёмами и методами запоминания. Заучивание стихотворений вызывает у них большие трудности, быстрое утомление и отрицательные эмоции. На этапе автоматизации звуков в стихотворных текстах, у детей снижается самоконтроль за речью. Очень важно пробудить у детей с такой патологией интерес к занятиям, увлечь их, раскрепостить. На логопедических занятиях по автоматизации и дифференциации звуков, в работе с детьми отмечается, что для точного повторения стихотворного текста, достаточно схематичного изображения отдельных частей. Как показывает практика, использование системы мнемотехники для дошкольников позволяет ускорить процесс по автоматизации и дифференциации поставленных звуков, облегчит запоминание и последующее воспроизведение целостного образа в рифмованной форме.

Как любая коррекционная работа, работа по мнемотехнике для дошкольников должна соответствовать определенным требованиям и правилам:

- знаки и символы должны быть хорошо знакомы детям;
- знаки и символы должны отображать обобщённый образ предмета;
- знаки и символы предварительно обсуждаются с детьми и принимаются как ведущие;
- замысел графической схемы должен быть знаком и понятен ребёнку.

Как любая работа, мнемотехника строится от простого к сложному. Работа начинается с простейших мнемоквадратов, последовательно перейдя к мнемодорожкам, и позже – к мнемотаблицам.

Мнемотаблицы могут служить дидактическим материалом в работе для:

- автоматизации и дифференциации звуков,
- обогащения словарного запаса,
- при обучении составлению рассказов,
- при пересказах художественной литературы,
- при отгадывании и загадывании загадок,
- при заучивании стихов.

Для автоматизации звуков на этапе работы с небольшими стихотворениями можно использовать заранее нарисованные мнемотаблицы. Для этого подбираются небольшие стихотворные тексты или загадки, на автоматизацию определённого звука или дифференциацию звуков. Затем при помощи простых и доступных для восприятия ребёнка символов рисуются мнемотаблицы. Работать с такими таблицами очень удобно, дети с удовольствием запоминают стихотворения. Этап автоматизации звуков проходит намного интереснее и результативность коррекционной работы возрастает.

Работа по развитию связной речи с использованием мнемотехнических приемов становится успешней, облегчает и ускоряет процесс запоминания и усвоения информации.

Таким образом, с помощью мнемотаблиц, схем-моделей удаётся достичь следующих результатов:

- у детей увеличивается круг знаний об окружающем мире;
- появляется желание пересказывать тексты, придумывать интересные истории;
- появляется интерес к заучиванию стихов и потешек;
- словарный запас выходит на более высокий уровень;
- дети преодолевают робость, застенчивость, учатся свободно держаться перед аудиторией.

## **Тема 6. Педагогическая система обучения и воспитания детей с задержкой психического развития**

### **6.1. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития. Понятие «задержка психического развития»**

Большую часть контингента детей с трудностями в обучении составляет группа, которую определяют как «дети с задержкой психического развития». Это многочисленная группа, составляющая около 50% среди неуспевающих младших школьников.

Понятие «задержка психического развития» (ЗПР) употребляется по отношению к детям с минимальными органическими повреждениями или функциональной недостаточностью центральной нервной системы, а также длительно находящимся в условиях социальной депривации.

Для них характерны незрелость эмоционально-волевой сферы и недоразвитие познавательной деятельности, имеющей свои качественные особенности, компенсирующиеся под воздействием временных, лечебных и педагогических факторов.

Специальное комплексное изучение ЗПР как специфической аномалии детского развития развернулось в отечественной специальной психологии в 60-70-е гг. Это было вызвано потребностями школьной практики, когда в связи с переходом на новые усложненные программы резко возросли образовательные проблемы у стойко неуспевающих школьников.

К этому времени был накоплен значительный опыт дифференциальной диагностики и обобщен зарубежный опыт изучения и обучения школьников этой категории. Изучение (Т.А.Власовой, В. И. Лубовским) зарубежного опыта исследований детей, испытывающих трудности в обучении, школе, показало, что однозначной трактовки сущности и причин этих затруднений нет. В США, Англии, Германии эта категория детей обозначалась как «дети с трудностями в обучении» как «дети, имеющие недостаточные способности к обучению», «неприспособленные», «педагогически запущенные», «дети с нарушением поведения», а также «дети с минимальными повреждениями мозга».

Отечественные клиницисты, психологи и педагоги учитывают различные аспекты этой проблемы, показывая, что понятия «задержка психического развития» (ЗПР) характеризует отставание в развитии психической деятельности ребенка в целом. Исследования Г.Е.Сухаревой, Т.А.Власовой, М.С.Певзнер, В.И.Лубовского, К.С.Лебединской позволили выделить среди неуспевающих младших школьников особую категорию, у которого трудности в обучении были обусловлены задержкой темпа психического развития. Термин «задержка психического развития» был предложен Г.Е.Сухаревой. Причинами выраженной задержки психического развития детей в большинстве случаев являются минимальные органические повреждения или функциональная недостаточность центральной нервной системы, возникшие в результате воздействия патогенетических факторов внутриутробном периоде, во время родов и в первые годы жизни ребенка, длительные хронические соматические заболевания, перенесенные в раннем детстве, а также длительная социально-культурная депривация (в частности, пребывание с момента рождения в условиях

неблагополучной семьи, дома ребенка, дошкольного детского дома) и влияние стрессовых психотравмирующих факторов.

В настоящее время достигнуты большие успехи в клиническом и психолого-педагогическом изучении детей с ЗПР. Исследования отечественных ученых позволили дать подробную клиническую характеристику детей этой категории. Установлена клиническая неоднородность детей с ЗПР и выделены различные ее формы: психический и психофизический инфантилизм, рано возникшие астенические и церебрастенические состояния. Предложена классификация детей с ЗПР на основе этиологического принципа (К.С.Лебединская), представленная четырьмя группами: задержками психического развития конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения.

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

Исследования показали, что стойкие формы ЗПР, как правило, связаны с мозаичными органическими повреждениями центральной нервной системы.

Этим они отличаются от умственной отсталости, которая характеризуется тотальным недоразвитием мозговых структур.

В отличие от клинической классификации психолого-педагогическую классификацию, предполагающую деление детей на какие-либо группы, построить трудно в связи с тем, что категория детей с ЗПР по степени выраженности отставания в развитии и индивидуальным проявлениям в психолого-педагогическом плане очень неоднородна. Общим для всех является отставание в психическом развитии во всех сферах психической деятельности к началу школьного возраста. Это выражается в замедленной по сравнению с нормой скорости приема и переработки сенсорной информации, недостаточной сформированности умственных операций и действий, низкой познавательной активности и слабости познавательных интересов, ограниченности, отрывочности знаний и представлений об окружающем.

Дети отстают в речевом развитии (недостатки произношения, аграмматизм, ограниченность словаря). Недостатки в развитии эмоционально-волевой сферы проявляются в эмоциональной неустойчивости и возбудимости, несформированности произвольной регуляции поведения, слабости учебной мотивации и преобладании игровой. Характерны недостатки моторики, в особенности мелкой, затруднения в координации движений, проявления гиперактивности. Существенными особенностями детей с ЗПР являются неравномерность, мозаичность проявлений недостаточности развития.

Эти особенности развития младших школьников позволили ученым сделать важный вывод о том, что дети этой категории требуют организации специального коррекционно-развивающего обучения не только на этапе школьного обучения, но и в первую очередь в период дошкольного детства.

По данным специалистов, количество дошкольников с ЗПР составляет 25% от детской популяции. Этот факт определил необходимость изучения этой категории детей и организации психолого-педагогической помощи до поступления их в школу.

Многочисленные исследования показали, что дошкольники с ЗПР по сравнению с нормально развивающимися детьми характеризуются не соответствующим возрасту недостаточным развитием внимания, восприятия, памяти, недоразвитием личностно-деятельностной основы, отставанием в речевом развитии, низким уровнем речевой активности, замедленным темпом становления регулирующей функции речи.

## **6.2. Психолого-педагогические особенности дошкольников с ЗПР**

В настоящее время проблеме воспитания и обучения дошкольников с задержкой психического развития уделяется значительное внимание, как в сфере науки, так и практики. Это обусловлено тем, что увеличивается количество детей с проблемами в развитии, а вопросы раннего выявления и коррекции недостатков развития остаются недостаточно разработанными.

Проводимое в течение последних четырёх десятилетий клиническое и психолого-педагогическое изучение феномена задержки психического развития у детей, позволило получить ценные научные данные о причинах возникновения, клинических и психологических формах задержки психического развития у детей. Накопленные научные сведения и результаты опытно-экспериментальной работы по обучению и воспитанию этой категории детей в специальных школах, классах и в дошкольных образовательных учреждениях, обеспечили научную основу для введения в структуру специального образования нового типа школ (1981) и дошкольных учреждений (1990) для детей с задержкой психического развития. На современном этапе уже накоплен определенный опыт работы по организации коррекционно-педагогической помощи дошкольникам с задержкой психического развития в условиях специального детского сада. Каждая из экспериментальных площадок при организации своей деятельности опирается на основные принципы коррекционной дошкольной педагогики, свою «Образовательную программу» и материально-техническую базу.

Задержка психического развития (ЗПР) - синдром временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций, замедление темпа реализации потенциальных возможностей организма, часто обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленностью, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности.

Во многих психолого-педагогических источниках выделяют четыре группы детей с задержкой психического развития.

Первая группа - задержка психического развития конституционального происхождения. Это гармонический психический и психофизический инфантилизм. Такие дети отличаются уже внешне. Они более субтильные, часто рост у них меньше среднего и личико сохраняет черты более раннего возраста, даже когда они уже становятся школьниками. У этих детей особенно сильно выражено отставание в развитии эмоциональной сферы. Они находятся как бы на более ранней стадии развития по сравнению с хронологическим возрастом. У них наблюдается большая выраженность эмоциональных проявлений, яркость эмоций и вместе с тем их неустойчивость и лабильность, для них очень характерны легкие переходы от смеха к слезам и наоборот. У детей этой группы очень выражены игровые интересы, которые преобладают даже в школьном возрасте.

Вторая группа - задержка психического развития соматогенного происхождения, которая связана с длительными тяжелыми соматическими заболеваниями в раннем возрасте. Это могут быть тяжелые аллергические заболевания (бронхиальная астма, например, заболевания пищеварительной системы). Длительная диспепсия на протяжении первого года жизни неизбежно приводит к отставанию в развитии. Сердечно-сосудистая недостаточность, хроническое воспаление легких, заболевания почек часто встречаются в анамнезе детей с задержкой психического развития соматогенного происхождения. Ясно, что плохое соматическое состояние не может не отразиться и на развитии центральной нервной системы, задерживает ее созревание.

Третья группа - задержка психического развития психогенного происхождения. Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, вызывающими нарушение формирования личности ребенка. Эти условия - безнадзорность, часто сочетающаяся с жестокостью со стороны родителей, либо гиперопека, что тоже является крайне неблагоприятной ситуацией воспитания в раннем детстве. Безнадзорность приводит к психической неустойчивости, импульсивности, взрывчатости и, конечно, безынициативности, к отставанию в интеллектуальном развитии. Гиперопека ведет к формированию искаженной, ослабленной личности, у таких детей обычно проявляется эгоцентризм, отсутствие самостоятельности в деятельности, недостаточная целенаправленность, неспособность к волевому усилию, эгоизм.

Последняя, четвертая, группа - самая многочисленная - это задержка психического развития церебрально-органического генеза. Причины - различные патологические ситуации беременности и родов: родовые травмы, асфиксии, инфекции во время беременности, интоксикации, а также травмы и заболевания центральной нервной системы в первые месяцы и годы жизни (особенно опасен период до 2 лет). Травмы и заболевания центральной нервной системы могут привести к тому, что называется органическим инфантилизмом, в отличие от гармонического и психофизического инфантилизма, причины которого не всегда ясны. Органический инфантилизм - это инфантилизм, связанный с органическим повреждением центральной нервной системы, головного мозга.

Существенные проявления задержки психического развития в изобразительной деятельности выражаются очень низким уровнем активности к данному виду деятельности. Это наблюдается в восприятии, в мыслительной деятельности, в конструктивной деятельности ребенка. В рисунках детей с задержкой психического развития не проявляется эмоциональность (яркость) изображения.

Эмоциональное состояние ребенка имеет особое значение в психическом развитии. В исследованиях М. С. Певзнер и Т. А. Власовой отмечается, что для детей с задержкой психического развития характерна, прежде всего, неорганизованность, некритичность, неадекватность самооценки. Эмоции детей с задержкой психического развития поверхностны и неустойчивы, вследствие чего дети внушаемы и склонны к подражанию.

Типичные для детей с задержкой психического развития особенности в эмоциональном развитии:

- 1) неустойчивость эмоционально-волевой сферы, что проявляется в невозможности на длительное время сконцентрироваться на целенаправленной деятельности. Психологической причиной этого является низкий уровень произвольной психической активности;
- 2) проявление негативных характеристик кризисного развития, трудности в установлении коммуникативных контактов;
- 3) появление эмоциональных расстройств: дети испытывают страх, тревожность, склонны к аффективным действиям.

Также детям с задержкой психического развития присущи симптомы органического инфантилизма: отсутствие ярких эмоций, низкий уровень аффективно-потребностной сферы, повышенная утомляемость, бедность психических процессов, гиперактивность.

Дети с задержкой психического развития отличаются несамостоятельностью, непосредственностью, не умеют целенаправленно выполнять задания, проконтролировать свою работу.

Таким образом, можно выделить ряд существенных особенностей, характерных для эмоционального развития детей с задержкой психического развития: незрелость эмоционально-волевой сферы, органический инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов, гиперактивность, импульсивность, склонность к аффективным вспышкам.

Изучение особенностей развития интеллектуальной и эмоциональной сферы позволило увидеть, что симптомы задержки психического развития очень резко проявляются в старшем дошкольном возрасте, когда перед детьми ставятся учебные задачи.

Основной целью специального (коррекционного) детского сада для детей с задержкой психического развития относительно изобразительной деятельности, является создание оптимальных условий для амплификации развития эмоционально-волевой, познавательной сферы, развития позитивных качеств личности каждого ребенка. Особенности организации деятельности специализированного детского сада для детей с задержкой психического развития определяются особенностями психофизического развития данной категории детей и задачами коррекционно-образовательной работы с ними.

### **6.3 Коррекционная направленность воспитания и обучения детей с задержкой психического развития в условиях дошкольного учреждения**

Специфика организации воспитательно-образовательного процесса в группах компенсирующей направленности для детей с задержкой психического развития включает в

себя разделением полномочий между воспитателем и другими специалистами. Но, не смотря на разделение полномочий – осуществляется преемственность в работе специалистов с детьми.

Учитель-дефектолог составляет тематический план работы на год, проводит занятия по речевому и сенсорному развитию, ознакомлению с окружающим, развитию элементарных математических представлений.

Учитель-логопед проводит работу по формированию правильного произношения у детей, развитию мелкой моторики посредством пальчиковых игр.

Воспитатель организует работу с детьми по заданию учителя-дефектолога и учителя-логопеда, проводит занятия с детьми по изобразительной деятельности - рисованию, лепке, аппликации, конструированию.

Организованная система мероприятий, включающая в себя занятия лепкой, игры и упражнения на развитие мелкой моторики и ручной умелости комплексно воздействует на развитие детей:

- повышает сенсорную чувствительность, т.е. способствует тонкому восприятию формы, фактуры, цвета, веса, пластики;
- развивает пространственное, логическое и конструктивное мышление;
- развивает общую ручную умелость, мелкую моторику, синхронизирует работу обеих рук;
- формирует умение планировать работу по реализации замысла, предвидеть результат и достигать его;
- развивает творчество, фантазию и воображение;
- способствует развитию речевой и познавательной активности;
- развивает ребенка эстетически, учит ребенка видеть, чувствовать, оценивать и созидать по законам красоты.

Все это способствует интеллектуальному и речевому развитию детей, а значит, успешной подготовке к обучению в школе.

Дети с отклонениями в развитии воспитываются в дошкольных образовательных учреждениях и в учреждениях «Начальная школа – детский сад» трех видов [6]:

- компенсирующего, предназначенного для обучения детей с теми или иными отклонениями в развитии;
- комбинированного, имеющего как группы (классы) для нормально развивающихся детей, так и группы (классы) компенсирующего вида;
- общеразвивающего вида в условиях интегрированного (совместного с нормально развивающимися детьми) обучения при обязательной коррекционной поддержке ребенка с отклонениями в развитии.

Дошкольники с отклонениями в развитии, воспитываемые в домашних условиях, могут обучаться в группах кратковременного пребывания при учреждениях компенсирующего и комбинированного вида, при дошкольных отделениях (группах) специальных (коррекционных) образовательных учреждений.

Коррекционная поддержка дошкольников с отклонениями в развитии осуществляется также:

- в образовательных учреждениях для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи в условиях разновозрастных воспитательных групп для детей дошкольного возраста в центрах диагностики и консультирования, психолого-медико-социального сопровождения, психолого-педагогической реабилитации и коррекции и др.;
- в оздоровительных образовательных учреждениях санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении в условиях групп для детей дошкольного возраста;
- в учреждениях дополнительного образования: центры дополнительного образования детей, детские оздоровительные центры различного профиля и др.

Вся деятельность специального дошкольного учреждения базируется на соблюдении основополагающих принципов и подходов к вопросам изучения, воспитания и обучения детей дошкольного возраста с задержкой психического развития. Общие принципы перечислены в главе настоящего пособия, некоторые из частных упомянуты в 6-м параграфе данной главы.

Специализированные детские сады компенсирующего вида решают комплексные социально значимые задачи, нацеленные на создание условий для интеграции ребенка с ЗПР в общество, формирование у него адекватных способов вхождения в социум и обеспечение ребенка объемом представлений, знаний, умений и навыков, необходимых для дальнейшего воспитания и обучения.

Основной целью дошкольного коррекционного воспитания является создание условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала ребенка, формирование его позитивных личностных качеств, компенсация первичных нарушений и коррекция вторичных отклонений в развитии.

В специализированном дошкольном учреждении решаются следующие блоки задач: диагностические, воспитательные, коррекционно-развивающие, оздоровительные и образовательные.

В диагностическом блоке задач ведущей является организация комплексного медико-психолого-педагогического изучения ребенка в целях уточнения диагноза и для разработки индивидуально-ориентированной программы развития ребенка. При этом изучение проводится как в ходе диагностического обследования, так и при динамическом наблюдении за развитием дошкольника, осуществляемом в ходе коррекционно-воспитательного процесса.

Блок воспитательных задач направлен на решение вопросов социализации, повышения самостоятельности и автономии ребенка и его семьи, становления нравственных ориентиров в деятельности и поведении дошкольника, а также воспитание у него положительных личностных качеств.

Следующим блоком задач является коррекционный. Содержание и организация коррекционной работы направлена, во-первых, на развитие компенсаторных механизмов становления психики и деятельности проблемного ребенка, а во-вторых, на преодоление и предупреждение у воспитанников детского сада вторичных отклонений в развитии их познавательной сферы, поведения и личностных ориентиров.

Коррекционная работа осуществляется не только на специальных – групповых и индивидуальных – занятиях. Вся система организации жизнедеятельности детей в дошкольном учреждении должна быть направлена на решение задач этого блока. Организация работы специалистов в этом блоке предполагает также обучение родителей отдельным психолого-педагогическим приемам, повышающим эффективность взаимодействия с ребенком, стимулирующим его активность в повседневной жизни, укрепляющим его веру в собственные возможности. Данная работа осуществляется всеми специалистами дошкольного учреждения в тесной взаимосвязи, на основе распределенной, по согласованию, профессиональной деятельности.

Блок оздоровительных задач определяет условия, необходимые для защиты, сохранения и укрепления здоровья каждого воспитанника дошкольного учреждения. В нем определяются задачи формирования у детей представлений о здоровом образе жизни и конкретных способах укрепления своего здоровья. В рамках данного блока планируются все возможные воспитательные и образовательные мероприятия, направленные на обучение детей приемам и навыкам, значимым для их жизнедеятельности и здоровья как важнейшего условия жизненного благополучия. В этом же блоке осуществляется также весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для детей с ЗПР.

Блок образовательных задач направлен на обучение детей способам усвоения общественного опыта, развитие их познавательной активности, формирование всех видов детской деятельности, характерных для каждого возрастного периода. Важной задачей

образовательного блока является подготовка детей к школьному обучению, которая должна вестись с учетом индивидуальных особенностей и возможностей каждого ребенка.

В раннем возрасте содержание коррекционно-педагогической работы обогащается. Круг общения ребенка расширяется, расширяются и средства этого общения. Занятия с ребенком на данном этапе носят интегративный характер. Они непродолжительны по времени (не более 15–20 минут) и носят игровую направленность. Сенсорное воспитание направлено на стимуляцию ориентировочной деятельности и развитие мотивации на целенаправленное манипулирование с предметами. Развитие пространственных ориентировок начинается с ориентирования ребенка в частях собственного тела. Дети выделяют основные части тела (голова, туловище, руки, ноги), показывают их у себя, на кукле, на плоскостных изображениях животных. Ребенку необходимо видеть себя в зеркале. А взрослому надо помочь ребенку закрепить свои наблюдения в речи.

Социальное воспитание дает детям с ЗПР первоначальные представления о связях людей друг с другом – люди дружат, разговаривают по телефону, пишут друг другу письма, шлют телеграммы.

В старшей группе специализированного детского сада вводятся занятия по разделу «Здоровье». Детей знакомят с режимом дня, обучают элементарным навыкам ухода за своим телом, в том числе и приемам самомассажа для профилактики простудных заболеваний. Проводят закаливающие и оздоровительные процедуры.

В этот период происходит расширение понимания смысла обращенной к ребенку речи; он активно овладевает фонетической, лексической и грамматической сторонами речи.

И главное – возраст 5–6 лет становится эрой развития сюжетно-ролевой игры ребенка. Именно в игре ребенок усваивает социальные нормы и отношения. Под руководством взрослого он овладевает оперативной стороной игровых действий, а в их недрах закладываются мотивы познавательной деятельности ребенка, развитие которой приходится на старший дошкольный – младший школьный возраст.

В подготовительной группе детского сада происходит дальнейшее расширение представлений ребенка об окружающем, последовательное совершенствование его знаний и навыков. Особое внимание уделяется подготовке детей с ЗПР к школе. На занятиях по родному языку у дошкольников развивается фонематический слух, закрепляются умения понимать прочитанный текст, говорить правильным литературным языком. В пределах их возможностей детей учат использовать интонацию как средство выражения вопроса, просьбы, приказа.

#### **6.4 Организация коррекционно-педагогической работы в специальных (коррекционных) школах VII вида и в классах КРО**

Задержка психического развития у детей стала объектом изучения в нашей стране сравнительно недавно. Эта проблема обозначилась как актуальная в конце 60-х гг. XX века, когда стали проводиться исследования школьной неуспеваемости, и оказалось, что около 50 % детей, стойко неуспевающих в начальных классах, – это дети с задержкой психического развития.

В 1970 г. на базе одной школ города Горького (Н. Новгород) был начат эксперимент по обучению детей с ЗПР. Исследование проводили сотрудники НИИ дефектологии под руководством Т.А.Власовой и В.И. Лубовского. Эксперимент продолжался 10 лет и завершился в 1980 г., а в 1981 г. был утвержден новый тип специальных школ – для детей с задержкой психического развития. Однако широкого распространения этот тип школ не получил в силу ряда причин: было недостаточно разработано программно-методическое обеспечение, отсутствовали специально подготовленные кадры. Поскольку нарушения развития у детей с ЗПР выражены нерезко, далеко не каждая семья может согласиться с рекомендацией обучать ребенка в специальной школе-интернате.

С 1988 г. стали открываться классы выравнивания для детей с ЗПР при массовых школах, затем появились классы компенсирующего обучения для детей с астеническими

состояниями, соматически ослабленных детей, а также для детей с нарушениями поведения. В связи с этим на практике возникли трудности комплектования и организации коррекционно-педагогической работы.

С 1995 г. сначала в Москве, а затем и в других регионах разрабатывалась единая концепция коррекционно-развивающего обучения, которая подробно изложена в книге С.Г. Шевченко «Коррекционно-развивающее обучение» (1999).

Согласно этой концепции предполагается создание единого реабилитационного пространства. С одной стороны, это означает преемственность в работе дошкольных и школьных учреждений, а с другой стороны – преемственность между различными государственными службами в системах здравоохранения, образования и социальной защиты.

Основное внимание уделяется вопросам педагогической помощи детям с трудностями в обучении. В данную категорию включают детей, испытывающих в силу различных биологических и социальных причин стойкие затруднения в усвоении образовательных программ при отсутствии выраженных нарушений интеллекта, отклонений в развитии слуха, зрения, речи, двигательной сферы. Таким образом, в данную категорию могут быть включены дети:

- с задержкой психического развития,
- с астеническими состояниями,
- с поведенческими нарушениями,
- с педагогической запущенностью.

Классы КРО открываются преимущественно в начальном звене, при этом возможны различные варианты комплектования. Структура начальных классов может иметь различные варианты:

1 вариант – в составе 2-4-х классов – для детей, безуспешно обучавшихся в классах общего типа;

2 вариант – в составе подготовительного, 1-4-х классов для детей, ранее не обучавшихся в школе.

По итогам обучения в начальной школе решается вопрос о дальнейшем обучении детей: или они переводятся в массовые классы, или продолжают обучаться в коррекционных классах. При необходимости классы КРО могут открываться в среднем звене, начиная с 5 класса. Наполняемость классов КРО 12 человек.

В системе КРО дети получают цензовое образование. Базисный учебный план составлен на основе Федерального учебного плана. При этом учитываются специфические трудности детей в обучении русскому языку, поэтому увеличено число часов на русский язык и литературу. В программу начальных классов введен специально разработанный курс «Ознакомление с окружающим и развитие речи». В среднем звене предусматривается по 4–5 часов для организации углубленной трудовой подготовки.

Предусматривается от 3 до 5 часов школьного компонента для проведения подгрупповых (не более 3 человек) и индивидуальных занятий (не более 30 минут).

Согласно современной концепции КРО большое место в структуре коррекционной работы должна занимать диагностика. Поэтому в тех образовательных учреждениях, где имеются специальные группы и классы, могут создаваться ПМПк (консилиумы). ПМПк (консилиум) создается приказом директора учреждения. В его состав входят: завуч (председатель), психолог, дефектолог, логопед, врач-психиатр. Консилиум работает по специально составленному графику, он не занимается комплектованием групп и классов, а решает вопросы индивидуального психолого-педагогического сопровождения детей с трудностями в обучении и социальной адаптации. Члены консилиума изучают динамику развития детей, успешность усвоения образовательной программы, углубленно обследуют детей, которые испытывают наибольшие трудности в процессе обучения, вырабатывают рекомендации к работе с такими детьми для педагогов и родителей. При необходимости детей с особыми проблемами повторно направляют на ПМПк (Комиссию) или на консультации во внешние организации.

В современных условиях актуален вопрос о преемственности в работе школы и учреждений профессионального технического образования. В первую очередь следует рассматривать вопросы профессиональной подготовки выпускников классов КРО.

## **Тема 7. Педагогическая система обучения и воспитания детей с нарушениями интеллекта**

### **7.1. Причины нарушений интеллектуального развития у детей**

В настоящее время специалистам известны две принципиально различные группы факторов, которые влияют на интеллектуальную неполноценность. Экзогенные факторы относят к случайным неблагоприятным воздействиям среды, а именно:

- травмы;
- нейроинфекции;
- органические поражения головного мозга;
- эпилепсия;
- шизофрения.

Этиологические факторы связаны с легкой умственной отсталостью. Достаточно часто интеллектуальные нарушения встречаются при наследственных болезнях. Патогенной основой умственной отсталости во внутриутробном периоде являются:

- инфекционные заболевания женщины в период беременности (краснуха, корь, оспа);
- родовые травмы, асфиксия;
- болезнь Дауна;
- сахарный диабет у матери ребенка;
- патология наследственности;
- интоксикация лекарственными препаратами;
- несовместимость матери и плода по резус-фактору;
- алкоголизм родителей.

В первые три года жизни у ребенка может возникнуть нарушение в интеллектуальном развитии, как следствие менингита или черепно-мозговой травмы. В настоящее время существует следующая классификация дизонтогенеза (нарушения развития психики):

- Недоразвитие;
- поврежденное развитие;
- задержанное развитие;
- дефицитарное развитие;
- искаженное развитие;
- дисгармоническое развитие.

Рассмотрим детальнее эти нарушения. Недоразвитие развивается в первые годы жизни, когда еще не полностью сформированы мозговые системы. Повреждение мозговых систем происходит в результате травм плода в период внутриутробного развития. Недоразвитие характеризуется пассивностью психофизиологических процессов, концентрацией на простейших ассоциативных связях. При данной форме дизонтогенеза в различной степени наблюдаются нарушения речи, слуха, памяти.

Задержанное развитие развивается при медленном формировании познавательной деятельности, характерен в младшей возрастной группе. Факторы, способствующие задержке развития:

- генетическая предрасположенность;
- соматические заболевания;
- неблагоприятная среда воспитания;
- инфекции, полученные в период развития в утробе матери.

При поврежденном развитии заболевание проявляется в более позднем возрасте. Примером поврежденного развития служит положительная деменция. При ее возникновении наблюдается нарушение уже сформировавшихся психофизиологических

функций и недоразвитие лобных систем. При одном и том же заболевании, обусловленном нарушением психики, могут наблюдаться различные формы дизонтогенеза. Следовательно, типы нарушений интеллекта можно рассматривать как взаимосвязанные аномалии.

## **7.2. Психолого-педагогическая характеристика умственно отсталых детей**

Для детей с умственной отсталостью характерны позднее развитие, психофизический дефект, выражающийся в нарушениях двигательной сферы и всех сторон психики, значительном снижении интеллекта. Выраженное недоразвитие двигательной сферы обнаруживается в нарушениях статических и локомоторных функций, координации, точности и темпа произвольных движений. Такие дети поздно начинают держать голову, сидеть, стоять, движения у них замедленны, неуклюжи, они плохо бегают, не умеют прыгать. У этих детей резко выражены нарушения координации движений. Особенно затруднены тонкие дифференцированные движения рук и пальцев: дети с трудом научаются шнуровать ботинки и завязывать шнурки, застегивать пуговицы, часто не соизмеряют усилий, действуя с предметами: они либо не прилагают достаточных усилий и роняют их, либо слишком сильно сжимают, давят на них.

Внимание умственно отсталых детей всегда в той или иной степени нарушено: оно малоустойчиво, дети легко отвлекаются, им трудно сосредоточиться. Активное внимание, необходимое для достижения определенной цели, у них крайне слабо. Привлечь внимание ребенка младшего возраста возможно только с помощью ярко выраженных раздражителей, однако длительно сосредоточиться на чем-либо им чрезвычайно трудно.

Значительные отклонения обнаруживаются у умственно отсталых детей в области сенсорики. Хотя эти дети значительно чаще, чем нормально развивающиеся, страдают аномалиями органов чувств (главным образом органов зрения, слуха), однако основная их масса имеет сохранные анализаторы. Характерная черта недоразвития сенсорных функций у подавляющего большинства умственно отсталых детей — не органические повреждения анализаторов, а неумение полноценно использовать их. Для этих детей характерно поверхностное восприятие предмета, они не анализируют воспринимаемого, не сравнивают с другим.

Вся деятельность этих детей, связанная восприятием и воспроизведением воспринятого, характеризуется глобальностью. Отсутствие целенаправленных приемов — анализа, сравнения, систематического поиска, полного охвата материала, применения адекватных способов действий — приводит к тому, что их деятельность приобретает хаотичный, беспорядочный и неосмысленный характер.

Для мышления детей еще в большей степени свойственны те черты, которые были отмечены в их деятельности: беспорядочность, бессистемность использования имеющихся представлений и понятий. Отсутствие или слабость смысловых связей, трудность их установления, инертность, узкая конкретность мышления и чрезвычайная затрудненность обобщений характерны для их мыслительной деятельности.

В тесной связи с грубыми нарушениями интеллекта у детей находится глубокое недоразвитие речи. Прежде всего появление речи, как правило, у них значительно запаздывает. Отсутствие речи компенсируется жестами, нечленораздельными звуками, своеобразными словами, в которые они вкладывают вполне определенный смысл. Такие аномалии свидетельствуют о глубоких локальных поражениях речевых зон коры. Степень недоразвития речи, как правило, соответствует степени общего психического недоразвития. В младшем возрасте дети плохо понимают чужую речь, они улавливают тон, интонацию, мимику говорящего и отдельные опорные слова, связанные большей частью с их непосредственными потребностями.

Память детей данной категории, как логическая, так и механическая, находится на низком уровне. Однако описаны случаи преобладающей механической памяти. Это так называемая частичная память на события, места, числа и т. п.

Все глубокие нарушения и дефекты, присущие этим детям, со всей полнотой и яркостью проявляются в их трудовой деятельности: здесь играют свою роль и низкий уровень познавательных возможностей, и трудности организации деятельности, и нарушения моторики. Тяжело умственно отсталые дети с большим трудом осмысливают задание; овладев теми или иными навыками, часто не могут изменить свою деятельность соответственно новой инструкции. Они предпочитают однообразное повторение одних и тех же заученных ими операций.

Эмоции у детей обнаруживают относительную сохранность. Многие из них чувствительны к оценке, которую им дают окружающие. Когда их хвалят, они бурно проявляют свою радость, при порицании у них возникают обида, негативизм, они могут быть вспыльчивы, агрессивны. Вместе с тем в эмоциях тяжелоотсталых отсутствуют многообразие и дифференцированность, детям свойственны косность, тугоподвижность эмоциональных проявлений.

### **7.3. Проблемы коррекции умственной отсталости**

Формы психологической коррекции при умственной отсталости могут быть направлены на познавательную сферу, аффективные или личностные отношения. При различных аномалиях развития в разном процентном отношении проводится коррекция этих сфер.

Жизнь в семье – важнейший фактор возможностей коррекции психического недоразвития. на первый план выступает коррекция познавательной сферы с учетом динамики развития. Важно успеть сформировать необходимые навыки и знания до достижения момента постоянного обучения. Конечная цель психологической коррекции при любом варианте аномального развития – это социальная адаптация, которой проще достигнуть путем интеллектуального развития. Успешность коррекции характеризуется возможностью использования привитых навыков. Эмоционально-личностная коррекция не играет особой роли, так как личность остается в недоразвитом состоянии. Коррекция личности направлена на волевой компонент, при этом важно научить ребенка адекватно и безопасно выражать свои чувства. Так, олигофрен не обладает волей, не в состоянии отвечать за свои поступки и не может регулировать свой аффект, поэтому необходимо сформировать поведенческие навыки, касающиеся аффекта, которые не причинят вреда ему самому и окружающим. Наиболее эффективна работа методами поведенческой терапии: позитивное подкрепляется, к негативному применяются санкции.

При нахождении в семье необходима коррекция межличностных внутрисемейных отношений. По уровню интеллектуального и личностного развития олигофрен остается на этапе маленького ребенка, тогда как его физическое развитие продолжается. У родителей могут возникать проблемы: при общении с ребенком как с маленьким отмечается стагнация в отношениях, особенно если следующий ребенок в семье рождается полноценным и в определенный момент младший ребенок становится по развитию более старшим, чем аномальный ребенок. У родителей часто происходит эмоциональное отвержение, как правило, не осознанное. В ходе коррекции следует добиваться того, чтобы аномальный ребенок не стал мальчиком для битья, на котором все члены семьи разряжают свои эмоции. Если ребенок постоянно воспринимает агрессию на себя, то усваивает агрессивность как норму поведения. Его поведение будет агрессивным и неконтролируемым, поскольку у него нет моральных и этических убеждений. Порой агрессия может проявляться как все разрушающая. С наступлением подросткового периода агрессия возрастает. При нормальном физическом развитии и силе семья не сможет осуществлять ограничение поведения и в таких случаях стремится отдать ребенка в интернат, что усугубляет психологической травматизацией структуру основного дефекта.

### **7.4. Особенности обучения детей с нарушениями интеллекта**

У умственно отсталых детей нарушается нормальное развитие познавательных, психических процессов, у них ухудшается восприятие, память, словесно-логическое мышление, речь и так далее. Для таких детей характерны трудности в социальной адапта-

ции, формировании интересов. У многих из них нарушается физическое развитие, возникают трудности артикуляции, двигательной моторики, могут произойти некоторые внешние изменения, например, может несколько измениться форма черепа, размер конечностей.

Умственную отсталость делят на 3 степени: дебильность (относительно неглубокая отсталость), имбецильность (глубокая отсталость), идиотия (самая тяжелая отсталость). Также существует другая классификация умственной отсталости: легкая степень (IQ менее 70), умеренная степень (IQ менее 50), тяжелая степень (IQ менее 35), глубокая степень (IQ менее 20).

Начинать работу с умственно отсталым ребенком необходимо с самого раннего детства. У таких детей низкий интерес к предметному миру, долго не возникают любознательность, например, ребенок не рассматривает игрушку, не играет с ней и так далее. Здесь необходима целенаправленная коррекция, чтобы ребенок овладел правильными формами поведения, видами деятельности, характерными ребенку. Мышление, восприятие окружающего мира у детей с умственной отсталостью оказываются на низком уровне, если с этими детьми не заниматься.

Если пустить развитие умственно отсталого ребенка-дошкольника на самотек, то он упустит навык общения с людьми, навык предметного действия. Если ребенок не будет достаточно контактировать со своими сверстниками и со взрослыми, не будет играть с детьми в игры либо участвовать в какой-нибудь деятельности, то это негативно отразится на социальной адаптации, на развитии мышления, памяти, самосознания, воображения, речи, воли и так далее. При правильном подходе к организации воспитания и обучения, можно корригировать нарушения развития познавательных процессов и речи.

Можно добиться различных результатов при обучении в школе ребенка с умственной отсталостью, в зависимости от степени отсталости. Дети со средней и тяжелой степенью умственной отсталости (имбецильность, идиотия) – инвалиды детства. Они получают пенсию и должны либо иметь опекуна, либо находиться в специальных учреждениях на социальном обеспечении. Не все родители могут справиться с таким ужасным горем, поэтому эти они должны получать психотерапевтическую и консультативную поддержку.

У детей с легкой степенью умственной отсталости (дебильность) существуют проблемы другого рода. Одна из основных проблемы – сложная обучаемость детей по программе массовой общеобразовательной школы. А обучение ребенка во вспомогательной (коррекционной школе) – тяжелый шаг для родителей.

В каждой стране по разному подходят к методам и месту обучения детей с умственной отсталостью. В нашей стране до недавнего времени умственно отсталые дети обучались чаще всего во вспомогательных школах. Но в последнее время родители все чаще отдают таких детей в обычные школы, даже игнорируя заключение комиссии. По закону дети с умственной отсталостью должны пройти обследование медико-педагогической комиссии, которая решает, способен ли он обучаться в обычной школе или детском саду.

В коррекционные школы дети поступают только с согласия родителей, но, как уже было сказано, родителям часто тяжело пойти на этот шаг, и они отдают ребенка в обычную школу. В некоторых массовых школах существуют классы коррекции для детей с умственной отсталостью, и в некоторых частных школах также обучаются умственно отсталые дети. Большой проблемой является нормальная социальная адаптация и обучение детей с легкой степенью отсталости. А ведь если ребенок хорошо адаптируется и ему помогут выучиться, то, повзрослев, он может стать полноценным членом общества: устроиться на простую работу, даже завести семью и детей. Поэтому очень важно, чтобы эти дети и их родители проходили регулярную консультацию у специалистов.

Не все умственно отсталые дети способны обучаться в обычных школах, так как часто эти дети имеют еще и различные патологии. Но есть дети, по которым сразу и не скажешь, что у них отстает развитие, которые хоть и с трудом, но могут осилить обучение

в обычной школе. Однако в школе такому ребенку необходим человек (тьютор), который будет сопровождать его на занятия, помогать выполнять различные задания. Умственно отсталый ребенок может обучаться в массовой школе, но для этого необходимы подходящие условия и хорошее стечение обстоятельств. В школе должны быть небольшие классы, а также, в идеале, в учебном заведении должен быть дефектолог и психолог.

Но все-таки совместное обучение здоровых и умственно отсталых детей имеет некоторые психологические трудности для последних. Если в классе будет учиться умственно отсталый ребенок с тьютором или без, учитель, конечно, может объяснить большинству детей, как надо себя вести и как к ребенку относиться, но всегда может найтись пара учеников, которые будут унижать и обижать ребенка с умственной отсталостью. В школах достаточно высокий уровень агрессии, дети часто бывают жестоки, а ребенок с умственной отсталостью чаще всего не умеет притворяться и очень ранимый. В обычной школе этот ребенок может стать забитым.

К тому же умственно отсталому ребенку крайне сложно будет освоить физику, математику, иностранные языки. Помимо этого, если такой ребенок попадет в обычную школу и в обычный класс, то школа должна будет оценивать его не по стандартам ЕГЭ, а по стандартам аттестации умственно отсталых детей. Поэтому оптимальный вариант для обучения ребенка с умственной отсталостью в обычной школе – это специальный коррекционный класс. Но, к сожалению, многие школы отказались от создания таких классов.

Пока что детей с умственной отсталостью чаще всего обучают в специальных коррекционных школах, так как на данный момент достойной замены таким школам нет. Теперь вы знаете всё про обучение и воспитание ребенка с умственной отсталостью в школе.

## **Тема 8. Организация коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями**

### **8.1 Проблема сложных нарушений развития в современных научных исследованиях**

Вопрос о комплексных нарушениях целесообразно рассматривать в контексте основных теоретических положений о сложной структуре аномального развития, выдвинутых Л.С. Выготским. Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникших как следствие первичного. Процесс развития детей с отклонениями в развитии может быть правильно раскрыт только на основе детерминированности всех явлений, характеризующих аномальное развитие под влиянием той или иной патологии. Опираясь на концепцию Л.С. Выготского, можно сказать, что любое стойкое психическое или физическое нарушение, наблюдаемое у ребенка, принадлежащего к той или иной группе детей с отклонениями в развитии, имеет иерархическую структуру первичности и вторичности, иными словами сложную структуру.

Рассматривая генезис понятий «комплексное нарушение», «сложное нарушение» в историческом контексте, необходимо отметить, что в исследованиях М.Г. Блюминой, В.И. Лубовского, Е.М. Мастюковой, Т.В. Розановой, Б.П. Пузанова, В.Н. Чулкова эти понятия обозначаются, как «сложный дефект», где доминантой выступает наличие двух и более первичных нарушений у ребенка, вызванных одновременным поражением нескольких функциональных систем организма, в сочетании с поражением мозговых структур, каждое из которых существует в этом комплексе с характерными для него вторичными расстройствами, что чрезвычайно усложняет общую структуру дефекта, затрудняет его компенсацию, соответственно отражается на психическом развитии детей данной категории и вызывает трудности социальной адаптации.

В нормативных документах и специальной литературе используются такие понятия, как «сложные недостатки развития», «сложное нарушение», «сложное комплексное нарушение», где имеется одновременно несколько выраженных органических нарушений. Т.А. Баилова указывает, что в настоящее время не установилась единая терминология,

одни и те же нарушения могут быть названы и сложными, и комплексными, и множественными. Вместе с тем она уточняет такие понятия как «изолированное (единичное)» и «сложное (множественное)» нарушения. Единичное нарушение – это нарушение какой-то одной системы организма, например, это нарушение зрения или только нарушение слуха. Сложное или множественное нарушение – это первичное нарушение двух и более систем организма у одного ребенка с последующим комплексом вторичных расстройств, это дает основание рассматривать указанные понятия как рядоположенные

Проведенный анализ показал, что ряд теоретических построений, относительно понимания сущности «сложного нарушения», «комплексного нарушения», «множественного нарушения» можно взять за основу современного научного определения понятий: к комплексным (сложным) нарушениям относятся такие, которые представлены несколькими первичными нарушениями, каждое из которых, будучи взятым отдельно, определило бы характер и структуру аномального развития; все составные элементы комплексного нарушения находятся во взаимодействии и имеют отрицательный, кумулятивный эффект

При изучении проблемы сложных нарушений был проведен многоаспектный анализ специальной литературы, где раскрываются особенности развития и обучения детей, имеющих различные сочетания первичных нарушений: при бисенсорном нарушении (Т.А. Баилова, Г.П. Бертынь, Е.Л. Гончарова, Р.А. Мареева, А.И. Мещеряков, И.А. Соколянский, В.Н. Чулков и др.); при нарушениях слуха и интеллекта (Г.П. Бертынь, Л.А. Головчиц, М.С. Певзнер, Т.В. Розанова, Л.И. Тигранова, и др.); при нарушениях зрения и интеллекта (В.А. Давыдов, И.Д. Лукашева, И.В. Молчановская, М.С. Певзнер, Л.И. Плаксина и др.); при нарушениях опорно-двигательного аппарата и интеллекта (М.В. Ипполитова, Е.С. Калижнюк, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюкова, О.Г. Приходько и др.); при сенсорных, двигательных и речевых нарушениях (Л.С. Волкова, М.В. Ипполитова, Л.М. Кобрина, В.А. Ковшиков, Р.И. Лалаева, Р.Е. Левина, С.С. Ляпидевский, Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко и др.). В работах И.М. Бгажноковой, А.Р. Маллера, Г.В. Цикото и др. отмечается, что в учреждениях для детей с интеллектуальной недостаточностью нередки случаи сложных, множественных нарушений. Многообразие комплексных нарушений, представленных у детей, требуют научного обоснования организации коррекционно-развивающего процесса.

## **8.2 Современные представления о комплексных (сложных) нарушениях развития детей. Вопросы этиологии сложных нарушений развития**

Для ранней диагностики сложного нарушения необходимые знания о причинах, которые могут привести к поражению сразу нескольких функций организма. Когда мы имеем дело с одним первичным дефектом развития у ребенка, мы рассматриваем вероятность или наследственного или экзогенного происхождения. Сложное нарушение развития может быть вызвано одной или несколькими причинами, различными или одинаковыми по происхождению:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение и наоборот (например, ребенок подражает выраженной близорукостью по линии матери, а нарушения двигательной сферы приобрела в результате родовой травмы)

- оба дефекты обусловлены различными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха ребенок подражает по линии отца, а нарушения зрения по линии матери)

- каждый дефект обусловлен различными экзогенными факторами, что действуют независимо (например, ребенок приобрел нарушения слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушения движений наступило от травмы позвоночника)

- оба нарушения являются различными проявлениями одного и того же наследственного синдрома;

- два дефекты возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

Наиболее изучены последние два варианта причин сложных нарушений, когда одно заболевание (наследственное или экзогенное) может стать причиной сложного или даже множественного нарушения развития у ребенка. В группе множественных нарушений у детей преобладают врожденные формы патологии, имеющие в большинстве случаев генетическое происхождение. Реже встречаются хромосомные синдромы как виды сложных нарушений. Классический пример множественного дефекта хромосомного происхождения - это синдром Дауна. Кроме умственной отсталости у детей с этим синдромом в 70% случаев является нарушение слуха и в 40% - выраженный дефект зрения. Почти 30% детей с синдромом Дауна имеют множественный сенсорный дефект (нарушение зрения и слуха) в сочетании с умственной отсталостью.

Сейчас описаны более 250 наследственных синдромов, связанных с нарушением слуха. Примерно одна треть этих наследственных нарушений слуха у детей сочетается с другими видами нарушений (заболеваниями внутренних органов: эндокринной системы, сердца, почек и так далее: заболеваниями ЦНС нарушениями опорно-двигательного аппарата; зрения и т.д.). Наиболее изучен ряд наследственных синдромов и заболеваний, приводящих к комплексному нарушению зрения и слуха.

К экзогенных по происхождению заболеваний, приводящих к сложному и даже множественного нарушения развития, относятся различные пренатальные (внутриутробные) и постнатальные перенесенные заболевания. Наиболее известной из таких внутриутробных заболеваний является краснуха, корь, туберкулез, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др.

Вирус краснухи проникает от больной матери через плаценту в плод и вызывает множественные пороки развития ребенка. Наибольший риск множественной поражения плода возникает на ранних сроках беременности, когда органы зрения, слуха и кровообращения развиваются наиболее интенсивно. Считается, что примерно треть детей, перенесших краснуху в утробе матери, появляются на свет со сложными врожденными нарушениями. Примерно 87% пораженных детей имеют нарушения слуха 46% - врожденные пороки сердца; 34% - врожденные нарушения зрения и 39% - трудности в обучении.

У части детей все эти пороки развития встречаются одновременно в виде врожденной катаракты обоих глаз, глухоты и врожденного порока сердца. С начала 70-х гг. в развитых странах мира проводятся профилактические прививки против краснухи, которые свели к минимуму случаи рождения детей с синдромом врожденной краснухи. В России и Украине такие прививки проводятся с 1998

Другим известным внутриутробным хроническим вирусным заболеванием, которое может привести к сложному дефекта, является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ). Вирус этого заболевания передается при близком контакте и считается наиболее распространенным среди всех врожденных инфекций. Заболевание часто протекает у детей почти без видимых симптомов и подтверждается только после лабораторных исследований. В результате этой врожденной инфекции у детей могут возникать изолированные нарушения (врожденная косолапость, глухота, микроцефалия) или комплексные (глухота и нарушения зрения в виде хориоретинита или атрофия зрительных нервов, ДЦП и глухота и т.п.). Поскольку в последние годы успешно проводится профилактика внутриутробной краснухи, ЦМВ остается наиболее опасной инфекцией, следствием которой могут быть врожденные сложные нарушения у детей.

Причинами врожденных нарушений зрения и слуха, нарушения зрения и умственной отсталости может стать заболевания матери токсоплазмозом, сифилисом и др.

Такие постнатальные заболевания, как корь или скарлатина, тяжелый грипп или нейроинфекции, перенесенные в детском возрасте, также могут привести к сложному нарушению развития у ребенка. К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом может привести тяжелый диабет и ряд других соматических заболеваний.

В последние годы специалисты отмечают рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха, которые появились на свет глубоко недоношенными и спасен-

ными благодаря достижениям современной медицины. Примерно у 11% недоношенных детей выявляются аномалии развития глаз, приводящие к глубоким нарушениям зрения и даже слепоте. Ретинопатия недоношенных (поражение сетчатки) развивается у глубоко недоношенных детей при неадекватном кислородном режиме во время искусственного вынашивания в кювезах. В результате глубокой недоношенности у таких детей могут наблюдаться и нарушения слуха. Иногда к бисенсорного дефекта добавляется ДЦП или другие нарушения. Иногда глубокая недоношенность является следствием внутриутробных перенесенных инфекционных заболеваний. Но в большинстве случаев причины глубокой недоношенности остаются пока неизвестными.

К неясным по природе причин множественных, в том числе и сенсорных, нарушений относят пока и CHARGE - комбинацию, которая все чаще встречается у детей с двойным сенсорным и множественным нарушениями. Это название сложилась из сочетания первых латинских букв шести слов, означающих различные нарушения (нарушение зрения в виде колобомы радужки или сетчатки, нарушение сердечной деятельности, трудности глотания и дыхания из-за сужения или атрофии носовых отверстий-хоан; отставание в росте; недоразвитие половых органов, нарушение слуха).

Знание причин и особенностей заболеваний, которые могут привести к сложному нарушению развития у ребенка, может существенно помочь в диагностике этих нарушений, в выделении новорожденных детей группы риска и внимательное наблюдение за их развитием.

Поскольку обучение слепоглухих детей являются наиболее разработанной моделью подхода к изучению и воспитания детей со сложными нарушениями, рассмотрим подходы к классификации именно этого вида сложных нарушений.

Первая классификация слепоглухих была сделана А. В. Ярмоленко в 1940-е гг на основании анализа 220 историй жизни слепоглухих детей как в нашей стране, так и за рубежом.

В основу классификации положены время наступления дефекта и наличие сочетание сенсорных нарушений с интеллектуальными:

- слепоглухонемые от рождения или потерявшие зрение и слух в раннем детстве, к овладению и закреплению словесной речи (врожденная слепоглухоты)
- слепоглухие, в которых потеря зрения и слуха наступила в дошкольном возрасте и позже, когда у ребенка уже была сформирована язык (приобретена слепоглухоты)
- слепоглухие умственно отсталые дети: все предыдущие варианты, осложненные умственной отсталостью.

Современный уровень науки и практики оказания помощи детям со сложными недостатками развития позволяет выделить следующие варианты различных объединенных нарушений.

По сообщением нарушений можно выделить более 20 видов сложных и множественных нарушений. Это могут быть различные сочетания сенсорных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений (сложное сенсорное нарушение как сочетание нарушений зрения и слуха, нарушение зрения и системное нарушение речи, нарушение слуха и движений, нарушение зрения и движений), а также сочетание всех видов этих дефектов с умственной отсталостью различной степени (глухота и умственная отсталость, слепота и умственная отсталость, двигательные нарушения и умственная отсталость, различные сочетания умственной отсталости и сложных сенсорных нарушений при множественном дефекте).

По выраженности объединенных нарушений зрения и слуха детей с этим видом сложного нарушения можно разделить на:

- тотально или практически слепоглухих;
- слепых, слабослышащих; слабовидящих глухих; слабовидящих, слабослышащих.

Детей с сочетанными нарушениями зрения и речи можно разделить на:

- слепых алаликив;

- слабовидящих алаликив;
- слепых детей с ОНР;
- слабовидящих детей с ОНР.

Детей с нарушениями зрения и движений можно разделить на:

- слепых, не передвигаются самостоятельно;
- слабовидящих, не передвигаются самостоятельно;
- слепых с нарушениями движений (остаточные явления ДЦП)
- слабовидящих с остаточными нарушениями ДЦП.

Сочетание нарушений слуха и движений можно разделить на:

- тяжелые формы ДЦП и глухота;
- тяжелые формы ДЦП и тугоухость;
- легкие формы ДЦП и глухота;
- легкие формы ДЦП и тугоухость.

Возможно множество сочетаний, различных по выраженности сенсорных и двигательных нарушений, с разной по глубине умственной отсталостью.

Такая классификация позволяет достаточно адекватно подойти к решению вопроса о месте учебы ребенка в определенном типе школы. Но при этом необходимо учитывать условность подобного разделения и зависимость выраженности нарушений от применяемого лечения.

Таким образом, разделение детей со сложными нарушениями по выраженности каждого из имеющихся дефектов позволяет определить их основные трудности и построить программу их обучения и воспитания. При этом необходимо постоянно следить за изменением состояния нарушенных функций и быть готовым не только к их будущего улучшения, но и к ухудшению или появления новых проявлений других нарушений.

В случае сложного нарушения принято выделять детей с нарушениями наступивших одновременно или разновременно. Это могут быть врожденные нарушения зрения и слуха у ребенка, одновременно наступили после заболевания менингоэнцефалитом в определенном возрасте. Это могут быть различные случаи разновременной потери слуха и зрения (одно нарушение врожденное, другое наступило в результате травмы или прогрессирующего наследственного заболевания в более позднем возрасте). В других случаях это может быть врожденная слепота и неподвижность после травмы позвоночника в подростковом возрасте.

Этот подход к классификации сложного нарушения у детей дошкольного возраста также помогает нам понять неоднозначность течения многих видов сложного дефекта, возможность перехода этих детей из одной категории нарушений развития в другую. Учет времени наступления нарушений особенно важен для детей с сенсорными нарушениями: для детей, оглохли, очень важна мера сформированности их вещания до времени заболевания; для тех, которые ослепли - запас их зрительных впечатлений, на которые можно опираться при ориентировании в окружающем.

По времени возникновения сложных нарушений детей можно разделить на следующие группы:

- с врожденным или ранним сложным дефектом;
- со сложным нарушением, проявилось или приобретенным в младшем или старшем дошкольном возрасте;
- с нарушением, приобретенным в подростковом возрасте;
- с нарушением, приобретенным в зрелом возрасте;
- с нарушением, наступившее в старческом возрасте.

Врожденное или сложное нарушения, очень рано наступило, чрезвычайно затрудняет процесс развития ребенка и требует самого пристального внимания со стороны специалистов разного профиля в течение всей его жизни. Рождение ребенка с комплексным тяжелым нарушением в семье почти сразу ставит вопрос о возможности ее семейного

воспитания. Именно эти дети чаще всего попадают в специальные дома ребенка и клиники и прогноз их развития там грустный.

Для всех случаев приобретенного с возрастом сложного нарушения чрезвычайно важным является установление особенностей развития ребенка до момента заболевания, его знаний и умений, психологического возраста ко времени наступления нарушений.

Считается, что дошкольник с более поздней потерей слуха и зрения имеет преимущества в развитии перед ребенком с врожденным слепо-глухотой. С другой стороны, специалисты обращают внимание на чрезвычайно серьезные психологические проблемы людей, потерявших слух и зрение в подростковом и более старшем возрасте.

Главная особенность детей, слепоглухоты которых наступила в подростковом возрасте, оказывается в противоречии между планами на будущее, уровнем притязаний и теми препятствиями, которые ставит на пути их достижения дефект. Подросток очень болезненно переживает нарушения контактов со сверстниками, невозможность общения с ними. Наблюдения показывают, что у подростка в такой ситуации наиболее ярко в поведении проявляется стремление к самоутверждению, иногда неадекватно. Если в этот период окружающие взрослые не понимают причин его вызывающего поведения и агрессивности и не осуществляют необходимой помощи, то могут возникнуть очень тяжелые личностные изменения и даже психические срывы.

Описанные выше подходы к классификации сложных нарушений у детей показывают огромное многообразие и нестабильность вариантов таких нарушений в детстве. Это многообразие проявлений и их динамизм является главной особенностью категории детей со сложными нарушениями развития.

### **8.3 Теоретико-методологические основы психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития**

Во-первых, это – мировая тенденция гуманистического приоритета, иными словами, дети с различными отклонениями в развитии признаны как личность и имеют право на образование, т.е. на специальную педагогическую, психологическую помощь, которая зависит в целом от образа мира и конкретно от человека, формирующегося в этом мире (О.И. Кукушкина, Н.Н. Малофеев, Н.М. Назарова и др.).

Во-вторых, разработка системы ранней помощи детям с нарушениями в развитии как ведущего направления дальнейшего совершенствования отечественной системы специального образования.

В-третьих, усиление динамизма социальных процессов, способствующих нарастанию роли социального воспитания, смысл которого состоит в том, чтобы помочь ребенку с отклонениями в развитии не только в социальном ориентировании, но и в приобретении способности социального функционирования.

В-четвертых, интегративные процессы, протекающие на разных уровнях в системе образования. Интегрированное обучение понимается как педагогическая система, в которой интеграционные тенденции наблюдаются в содержании образования, в использовании особых форм и методов обучения.

Действие этих тенденций требует по существу пересмотра парадигмы специальной педагогики и специальной психологии в теоретическом и практическом плане, что должно найти отражение в разработке концепции и создании системы психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями.

Концепция психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями развития базируется на системном подходе, позволяющем оказывать комплексную, всестороннюю помощь детям со сложными нарушениями, включающую психолого-педагогическое изучение развития детей данной категории, и на основе полученных данных диагностики проектировать индивидуальный маршрут развития. Следуя основным теоретическим положениям отечественной специальной педагогики, специальной психологии, общим концептуальным позициям, определяющим гипотезу исследования, можно сформулировать ряд основных концептуальных положений построения системы психоло-

го-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями, такими положениями являются: апелляция к личности, мультидисциплинарный подход, единство диагностики и коррекции развития, индивидуально-дифференцированный подход, деятельностный подход. Для развития ребенка, имеющего различные сочетания нарушений, и удовлетворения его потребностей необходимо создание условий, при которых он мог бы осваивать процессы, связанные с психическим развитием, обучением, социализацией. Чтобы данные процессы были вовлечены в виде специально организованных деятельностей, необходимо, чтобы жизнь ребенка была «пронизана» таким пространством, которое отражено в концептуальной модели системы психолого-педагогической помощи.

Доминирующие позиции в данной модели отведены психолого-педагогической направленности в связи с профессиональной ориентированностью специальных коррекционно-образовательных учреждений; медицинская поддержка и социальная служба осуществляется сотрудниками соответствующих ведомств во взаимосвязи со специалистами психолого-педагогической деятельности.

Разработанная концептуальная модель психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития представляет собой образовательно-развивающее пространство, где в разных формах сотрудничества происходит укрепление физического состояния ребенка, расширение границ коммуникации, развитие когнитивной сферы, становление и качественное изменение личности ребенка в целом.

Психолого-педагогическая помощь детям с комплексными нарушениями развития представляет собой комплекс психологических и педагогических мер воздействий, нацеленных на выявление, устранение или исправление имеющихся у детей недостатков развития психических процессов, личностных качеств, повышение социальной компетенции ребенка, способствующих адаптации и социализации в обществе.

Цель психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития заключается в том, чтобы создать условия для появления у ребенка опыта конструктивного преодоления или разрешения проблем и через процесс воспитания и обучения адаптировать к социальной среде. Решаются следующие задачи: всестороннее психолого-педагогическое изучение детей со сложными нарушениями; построение комплексного специально организованного процесса развития и обучения детей изучаемой категории; реализация дифференцированного подхода в определении содержания и методов работы; укрепление социальной позиции личности ребенка с комплексными нарушениями в жизненном пространстве; активное привлечение родителей в образовательный процесс.

#### **8.4 Сущность проблемы диагностики детей с комплексными нарушениями развития**

Обследование детей с выраженным нарушением психического развития должно включать: регулярную проверку состояния зрения и слуха; систематические психолого-педагогические обследования; направление всех семей на генетическую экспертизу.

К установлению медицинского диагноза должны привлекаться и врачи разных специальностей.

Нейрофизиологическое заключение основывается на данных электроэнцефалографии и объективного обследования зрения и слуха ребенка методом вызванных потенциалов. Особенно велика роль исследования слуховых и зрительных вызванных потенциалов. Данные нейрофизиологического изучения ребенка могут существенно повлиять на заключение о наличии и выраженности сенсорных нарушений, о глубине и распространенности поражения ЦНС, о зрелости мозговых процессов.

Психолог и врач суммируют полученные данные и дополняют ими историю развития ребенка. По характеру и скорости восстановления нарушенных контактов со средой можно судить о перспективах развития ребенка с приобретенной потерей зрения и слуха. Для этого очень важно самым тщательным образом собрать все имеющиеся сведения об особенностях его психического развития до заболевания, а затем своевременно начать восстанавливать утраченные связи, используя сохранные органы чувств.

Психолого-педагогическое обследование включает исследование особенностей двигательной, познавательной и личностной сфер ребенка. В случаях сложного и множественного нарушения развития у ребенка огромное значение имеют наблюдения за особенностями поведения и общения с окружающими в привычной для ребенка домашней обстановке. При обследовании в диагностическом центре нужно внимательно следить за особенностями реакции ребенка на новое помещение, наблюдать характер контактов ребенка с близкими взрослыми и с незнакомыми людьми, определять уровень сформированности предметных и игровых действий, возможности ребенка в принятии диагностических заданий от взрослого.

Задача обследования ребенка со сложным или множественным нарушением состоит в описании физического, соматического и психического его состояния на данный момент обследования.

Значительную роль играют чуткое отношение родителей к ребенку, творческий подход к решению трудностей, благодаря чему удавалось пройти начальный этап воспитания ребенка в семье до поступления его в школу.

### **8.5 Особенности психического развития детей с комплексными нарушениями разного возраста**

Анализ работ разных авторов позволяет выделить следующие специфические особенности психического развития детей данной категории:

Повышенная чувствительность к зрительным, тактильным и звуковым раздражителям, которая вызывает у некоторых детей состояние дискомфорта, иногда приводит к деструктивному поведению.

Недостаточность пространственных представлений проявляется в затруднении дифференциации правой и левой сторон тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, под и т. п.) усваиваются с трудом. Дети недостаточно хорошо ориентируются в пространстве, во времени, в обыденной жизни. Они не могут сложить из частей целое, анализировать исходные условия задачи, не планируют и не контролируют свои действия, что обуславливает затруднения в разучивании двигательных действий.

Память детей характеризуется малым объемом, слабой точностью и непрочностью запоминаемого словесного, наглядного материала, движения и последующего его воспроизведения, преобладанием вербальной памяти над зрительной и тактильной. У слепоглохих отмечается преобладание осязательной памяти над зрительной и слуховой. Расстройства внимания и памяти у них проявляются в повышенной отвлекаемости, неспособности длительно концентрировать внимание. Отмечается замедленный темп усвоения, недостаточное понимание нового материала, что приводит к неточности его воспроизведения. Дети обычно пользуются произвольным запоминанием, то есть запоминают яркое, необычное, то, что их привлекает. Произвольное запоминание формируется у них значительно позднее - в начале школьного периода жизни. Если говорить о кратковременной памяти, то у детей с умственной отсталостью лучше развита зрительная память, чем слуховая, а у слепоглохих - тактильная и кинестетическая.

Проявления психического инфантилизма характерны почти для всех детей и выражаются в наличии несвойственных возрасту черт детскости, непосредственности, в преобладании деятельности по мотивам удовольствия, в склонности к фантазированию и мечтательности. Но, в отличие от классических проявлений «гармонического инфантилизма», у детей наблюдаются недостаточная активность, подвижность, яркость эмоциональности.

Эмоционально-волевая сфера характеризуется неустойчивостью, слабостью развития волевых процессов.

Дети часто бывают безынициативны, несамостоятельны, импульсивны, им трудно противостоять воле другого человека. Вместе с тем некоторые из них могут проявить настойчивость и целеустремленность.

Поведение детей не однородно: одни возбудимы, импульсивны, недостаточно дисциплинированы; другие более уравновешены, спокойны; есть крайне вялые, заторможен-

ные, медлительные, иногда и бездеятельные. У некоторых наблюдаются стереотипные движения, самоагрессия, аутистические черты поведения, несовершенство психомоторики и сенсорной системы ребенка, которые обуславливают трудности обучения. Самооценка и уровень притязаний у этих детей чаще всего неадекватны.

#### **8.6. Проблемы оказания психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития**

Ранняя психолого-педагогическая помощь определяется нами как комплекс диагностических, коррекционно-развивающих и организационно-методических мероприятий, нацеленных на создание оптимальных условий психического и социального развития ребёнка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, стимуляции его потенциальных возможностей в процессе специально организованного взаимодействия ребёнка с родителями и окружающим миром.

Эволюция проблемы ранней психолого-педагогической помощи обусловлена результатами фундаментальных исследований отечественных учёных в области педагогики раннего детства, позволившими выявить основные закономерности и нормативы нервно-психического развития ребёнка раннего возраста (Ф.И. Фрадкина, Г.Л. Лямина, К.Д. Губерт, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт, Ш.Абдуллаева, Е.И. Разина, Г.В. Пантюхина и др.) и последующим изучением ранних проявлений нарушения основных систем и функций организма ребёнка (Э.И. Леонгард, Т.В. Пельмская, Н.Д. Шматко, Л.М.Кобрина). Результаты этих исследований позволили разработать методологию ранней диагностики особенностей развития и коррекционно-развивающей помощи детям в возрасте от рождения до 3 лет (Е.М. Мастюкова, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, М.В. Браткова, Е.В. Кожевникова, Е.Ф. Архипова, О.Г. Приходько и др.). Исследования отечественных учёных, с убедительностью доказавшие, что психолого-педагогическая помощь именно в раннем возрасте позволяет предупредить возникновение вторичных нарушений или значительно их сгладить, позволили назвать её самым эффективным средством коррекции нарушения развития (Н.Н. Малофеев, И.С. Кривоюз, Э.И. Леонгард, Т.В. Пельмская, Л.И. Солнцева, Н.Д. Шматко, С.Л. Хорош, Л.М.Кобрина, Г.А. Мишина и др.). Уникальность отечественного подхода к проблеме ранней психолого-педагогической помощи заключается в том, что ранняя психолого-педагогическая помощь рассматривается как основное средство образовательной интеграции и успешной социализации детей с нарушениями в развитии (Н.Н.Малофеев).

Последующая динамика проблемы ранней помощи связана с развитием её организационных форм, которое в настоящее время происходит на основе интеграции формирующегося отечественного и имеющегося зарубежного опыта. Современный этап эволюции проблемы характеризуется поиском наиболее эффективных организационных форм психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями и совершенствованием её технологического компонента.

Диагностическая функция службы обеспечивает, прежде всего, определение уровня развития ребенка, его соответствие нормативным показателям ведущих для данного возраста линий развития. В зависимости от полученных результатов определяется характер психофизического развития – его нормативность, наличие опережения либо задержки, как в целом, так и по отдельным линиям. При этом учитывается степень имеющихся отличий, сочетание различных вариантов развития (норма, задержка, опережение) по отдельным линиям.

Анализ получаемых данных, а также результатов специальной психолого-педагогической диагностики позволяет выявить и осуществить психолого-педагогическую квалификацию ведущих, ядерных (Л.С. Выготский) нарушений развития ребенка, их соотношения со вторичными нарушениями. В процессе диагностики определяются социальные и биологические факторы, значимые для здоровья и развития ребенка.

Реализуется диагностическая функция в ходе индивидуального педагогического обследования уровня психофизического развития ребенка, углубленной психолого-педагогической диагностики отклонений в развитии, проводимой также в индивидуальной форме, в ходе педагогических наблюдений за ребенком в естественной и специально организованной деятельности, при проведении эпикризной и рубежной (при переходе на следующий возрастной этап) диагностики.

Субъектами диагностической деятельности являются специалисты, педагоги Службы и родители ребенка. Роль родителей особенно значима при проведении наблюдений за ребенком в разнообразных естественных ситуациях. При этом заранее должны быть определены как задачи наблюдения, так и его конкретный предмет (способы деятельности, формы и характер взаимодействия с окружающими, интересы и др.). Результаты таких наблюдений наиболее точно помогают определить динамику развития ребенка, а, следовательно, и эффективность ранней психолого-педагогической помощи, оказываемой ребенку.

Диагностическая функция обеспечивает возможность прогнозирования дальнейшего развития ребенка, появления у него в будущем тех или иных затруднений, обусловленных выявленными особенностями развития самого ребенка и социальной ситуации его воспитания и развития. Учет характера испытываемых ребенком и его семьей трудностей позволяет определить наиболее оптимальные психолого-педагогические условия его воспитания и развития, содержание и объем необходимой семье психолого-педагогической помощи.

Диагностическая функция является базовой по отношению ко всем остальным функциям, определяя содержательную основу их реализации.

Развивающая функция направлена на стимуляцию потенциальных возможностей ребенка, создание психолого-педагогических условий своевременного появления и развития у него ведущих психологических новообразований данного возраста, овладение ребенком соответствующими формами деятельности и общения.

Содержание развивающей работы определяется в соответствии с возрастными особенностями ребенка и его индивидуальными особенностями. Ведущей задачей развивающей работы является максимальное приближение показателей развития ребенка к возрастным нормативам, овладение им умениями и навыками, характерными для данного возраста.

Реализуется развивающая функция в процессе индивидуальных и групповых занятий педагога и развивающего взаимодействия родителей с ребенком. Индивидуальные занятия с ребенком педагог службы проводит в присутствии родителей. Такие занятия выполняет обучающую функцию, помогая родителям ребенка освоить развивающие способы взаимодействия с ним. Наряду с индивидуальными, задачи стимуляции развития решаются на групповых занятиях, проводимых педагогами в группах раннего возраста или кратковременного пребывания.

Субъектом развивающей деятельности являются педагоги Службы и родители ребенка, совместно создающие необходимую ребенку развивающую среду.

Развивающая функция реализуется как в отношении детей с близким к нормативному или нормативным развитием, так и в отношении детей, имеющих значительные отклонения от возрастных показателей (дисгармоничное или задержанное развитие).

Коррекционная функция предполагает целенаправленную работу по изменению развивающей среды, адаптации ее к возможностям и потребностям ребенка с ограниченными возможностями здоровья, создание психолого-педагогических условий преодоления имеющихся у ребенка трудностей в овладении деятельностью, способами и средствами взаимодействия с окружающими, развитии психологических функций.

Задачи, содержание и средства коррекционной работы определяются структурой первичного и вторичного нарушений, степенью их выраженности и причинами, обусловившими появление этих нарушений.

Реализуется коррекционная функция в процессе специальной организации предметно-пространственной, коррекционно-развивающей среды, специально организованного взаимодействия взрослых (родителей) с ребенком, а также в ходе коррекционных занятий специалистов и педагогов Службы. Такие занятия могут быть индивидуальными или подгрупповыми и решать наряду с коррекционными задачи, задачи обучения родителей проведению коррекционной работы в домашних условиях, организации дома соответствующей коррекционно-развивающей среды.

Эффективность коррекционной и развивающей функций напрямую зависит от взаимодействия сотрудников службы и родителей детей. Данное условие является определяющим в работе с детьми любого возраста, но особенно важным оно является в отношении с детьми раннего возраста. Это объясняется той ролью, которую играют родители в развитии ребенка младенческого и раннего возраста, глубокой биологической и психологической зависимостью малыша от родных, и прежде всего – матери.

Консультативная функция направлена на создание необходимого информационного и мотивационного поля ранней психолого-педагогической помощи, активное включение родителей ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в целенаправленный коррекционно-развивающий процесс. Решение этих задач обеспечивается разнонаправленностью консультативной помощи. Ее адресатами являются как родители детей раннего возраста, так и педагоги, медики, сотрудники других институтов детства, связанных с проблемами здоровья и развития детей.

Содержание консультативной помощи может включать информацию о закономерностях развития ребенка в раннем и младенческом возрасте, об индивидуальных особенностях развития ребенка, задачах, направлениях и средствах развивающего взаимодействия взрослых с ребенком, информацию об услугах оказываемых детям раннего возраста специалистами службы, а также других, внешних учреждений и служб. Консультативная помощь может ориентировать педагогов и родителей в научно-методических, нормативно-правовых и организационных аспектах ранней психолого-педагогической помощи, материально-технических условиях ее реализации.

Консультативная функция реализуется в процессе индивидуальных и групповых консультаций родителям и педагогам. Консультации могут быть разовыми и регулярными. В первом случае они носят в основном информационный и рекомендательный характер. Регулярные консультации, проводимые с определенной периодичностью, кроме информационных, решают еще и обучающие, организационные задачи разработки и периодической корректировки индивидуальной программы психолого-педагогической помощи ребенку.

Субъектами консультативной деятельности являются педагоги и специалисты Службы. Пропедевтическая функция службы обеспечивает профилактику возникновения отклонений в развитии ребенка вторичного характера, обусловленных несоответствием требований среды реальным возможностям ребенка. Базовым условием реализации функции является знание особенностей развития ребенка, его реальных и потенциальных возможностей и основанный на этом знании прогноз дальнейшего развития малыша. Возможность предвидеть появление у ребенка в дальнейшем тех или иных трудностей во взаимоотношениях с окружающими, эмоционально-личностном либо когнитивном развитии позволяет таким образом организовать среду развития ребенка, чтобы предотвратить их возникновение.

Обеспечивается пропедевтика возможных нарушений через целенаправленную стимуляцию развития тех функций, видов деятельности, характеристик эмоциональ-

но-волевой и личностной сферы, которые могут оказаться нарушенными вследствие имеющегося у ребенка ведущего, первичного нарушения.

Средствами протерапии могут выступать специально организованная предметно-пространственная среда, развивающее взаимодействие, сотрудничество взрослых с ребенком в различных видах деятельности, индивидуальные и групповые развивающие занятия, проводимые специалистами службы во время развернутых, обучающих консультаций, либо в группах раннего возраста или кратковременного пребывания. В целом, протерапевтическая функция службы тесно связана и взаимозависима со всеми основными функциями: диагностической, развивающей, коррекционной, консультативной. И ее субъектами являются участники реализации этих функций – педагоги, специалисты службы и родители детей раннего возраста.

Эффективность реализации протерапевтической функции, как и всех других функций, в значительной степени обусловлено координацией деятельности всех основных субъектов ранней психолого-педагогической помощи - педагогов, специалистов службы, родителей, а также специалистов внешних по отношению к ДОО организацией и служб разной ведомственной подчиненности, участвующих в решении проблем, связанных с развитием и здоровьем детей раннего возраста. И в этом проявляется еще одна функция службы - координационная функция.

Прежде всего, эта функция предполагает координацию деятельности педагогов и специалистов службы, участвующих в разработке реализации индивидуальной программы психолого-педагогической помощи ребенку и составляющих единую междисциплинарную команду. От слаженной деятельности членов такой команды (чаще всего помощь ребенку и его семье оказывает не один, а несколько специалистов разного профиля деятельности) зависит ее результативность. Каждый из сотрудников службы должен не только четко представлять особенности развития ребенка, задачи коррекционно-развивающей работы с ним и его семьей, но и свое место в решении этих задач, согласовывать содержание и методы своей деятельности с деятельностью других.

Не менее важна координация и кооперация деятельности сотрудников службы и родителей ребенка раннего возраста. В процессе такого взаимодействия совместно определяются содержание психолого-педагогической помощи, ее продолжительность и формы осуществления. Согласуются задачи родителей и сотрудников службы в совместной работе по преодолению возникающих у ребенка затруднений. На основе совместно разработанной стратегии определяется характер взаимодействия родителей и специалистов с ребенком, предполагающее целенаправленное решение развивающих задач. Обеспечивается единство требований к ребенку со стороны педагогов и родителей, а также проведение родителями систематических развивающих и коррекционных занятий с ребенком в соответствии с рекомендациями специалистов службы.

Координация осуществляется также на уровне деятельности службы ранней психолого-педагогической помощи и других служб ДОО, прежде всего ПМП консилиума, психологической, коррекционно-педагогической и лечебно-оздоровительной служб. Взаимодействие на этом уровне обеспечивает, с одной стороны, непрерывность и преемственность психолого-педагогической помощи на разных возрастных этапах развития ребенка (ранний возраст – дошкольный возраст), а также вариативность организационных форм помощи (консультативная, группы раннего возраста, кратковременного пребывания, домашнее визитирование) и расширение спектра услуг, оказываемых детям раннего возраста и их родителям (помимо развивающих и коррекционных занятий, обеспечение необходимыми развивающими играми, игрушками и методической литературой из лекотеки, посещение адаптационных групп перед поступлением в ДОО, осуществление оздоровительных мероприятий на базе лечебно-оздоровительного комплекса ДОО и др.)

Наконец, еще одной важной линией реализации данной функции является координация деятельности Службы ДОУ со службами и специалистами других учреждений, принимающих участие в работе по сохранению и укреплению здоровья ребенка, его развитию.

## **Тема 9. Коррекционно-педагогическая помощь детям с нарушениями эмоционального развития (с синдромом раннего детского аутизма)**

### **1. Причины возникновения и клинические проявления РДА (раннего детского аутизма)**

Этиология РДА, на сегодняшний день, изучена достаточно слабо, нет информации о конкретных причинных факторах, стимулирующих риск появления расстройства. Исследователями в области детского аутизма сделан вывод о возможной зависимости синдрома от наследственного фактора – в большинстве семей, где у ребенка отмечены симптомы РДА, аналогичные отклонения встречаются у предков первой и второй степени родства. Современная генетика ведет комплексное изучение наследования аутизма, в попытках определить ген, отвечающий за эмоциональные проявления личности человека.

В пользу этой теории выступают факты того, что аутизм – отклонение врожденное, а этиологические причины способствуют лишь активизации расстройства и его развитию.

Некоторые исследовательские работы описывают возможную зависимость детского аутизма от обязательной профилактической вакцинации против свинки, краснухи и кори, на основании достаточно большого количества жалоб родителей о появлении аутистических признаков у детей после указанных прививок. Однако научных фактов, доказывающих или опровергающих подобные заявления, на данный момент, не существует. Проводить исследования в этом случае довольно затруднительно – указанные профилактические мероприятия являются строго обязательными, поэтому создать опытную группу, которой прививки не вводились, не представляется возможным.

Еще одной гипотезой, характеризующей возможный риск возникновения аутизма, является теория о психологическом климате внутри семьи. Существует такое понятие, как «эмоциональная холодность родителей», когда мать и отец не демонстрируют достаточно эмоциональных проявлений в адрес своего ребенка, относясь к нему, как к чему-то ординарному, требующему только внимания в области физиологических потребностей. Высокий процент детей-аутистов наблюдается в неблагополучных семьях, где на первый план выступает финансовая нестабильность, хронический алкоголизм или наркомания. Кроме того, аутизм часто проявляется у детей в семьях, где профессиональная деятельность родителей требует больших интеллектуальных затрат и времени.

Осложненные роды, сильная интоксикация во время беременности, применение сильнодействующих препаратов, алкоголя и наркотиков в этом период, также могут стимулировать проявление аутизма у ребенка.

Общая симптоматика детского аутизма индивидуальна для каждого ребенка, однако всегда характеризуется эмоциональной тупостью, нарушениями вербального общения и некоторыми задержками интеллектуального развития.

При общении с ребенком-аутистом, создается устойчивое впечатление о том, что он, словно, живет в своем мире, стараясь ограничивать его смешивание с окружающей реальностью. Отличительным признаком детского аутизма, зачастую является молчание, создается впечатление о глухоте и непредсказуемости действий. Часто дети проявляют особенности заикания на каком-либо определенном действии и проговаривании вслух отдельных слогов или фраз. Как правило, такое избыточное повторение возникает по причине повышенного интереса к какому-либо предшествующему событию.

Зачастую дети с синдромом РДА стремятся находиться в одиночестве, занимая себя каким-либо банальным занятием. Для большей части разновидностей расстройства, характерно избегание зрительного контакта. Интеллектуальная деятельность и развития несколько занижены, находясь на средних уровнях или ниже средних, однако, на общем

фоне задержек умственного развития, возможен высокий уровень интеллекта в пределах одного вида деятельности, связанной с конкретными задачами, например, арифметические вычисления или игра в шахматы.

Следует отметить, что риск развития аутизма у мальчиков четыре раза выше, чем у девочек. Причина такой разницы, в настоящий момент, не изучена. Как уже говорилось, клинические признаки раннего детского аутизма весьма индивидуальны, особенно, это касается качества проявляемых симптомов. Однако существует ряд общих характеристик, однотипных для каждого случая расстройства, которые можно условно разделить по возрастной категории.

Для детей, в возрасте от двух лет и старше, характерно не смотреть в глаза собеседнику, такой признак можно отнести к группе определяющих расстройство симптомов. Часто ребенок стремится занимать одно и то же положение тела при занятии каким-то делом, это же относится и к мимическим проявлениям. Детям очень тяжело общаться со сверстниками, поэтому аутисты всегда стремятся быть в одиночестве, предпочитая больше заниматься своими делами, чем находить контакт с другими. Их всегда мало интересуют увлечения, характерные для этого возраста, как правило, диапазон их занятий сильно ограничен.

Внешне ребенок часто выглядит отрешенным от окружающей действительности, вследствие эмоциональной хладнокровности, состояния, которое не позволяет им проявлять сопереживание чужим проблемам и разделить чужую радость.

Задержка речи при аутизме – характерный симптом, встречающийся у 95% детей от общего количества аутистических отклонений. 40% из этого числа так и не начинают полноценно говорить, ограничивая свое вербальное общение редкими, короткими фразами. Кроме того, ведение диалога с ребенком носит достаточно сложный характер, нить беседы часто теряется в ответном молчании маленького пациента. Речь, как правило, циклична, стереотипна. Аутисты – первая категория людей, непонимающих юмора, как в свой, так и чужой адрес.

Для детей с аутистическими симптомами характерна концентрация внимания на отдельных деталях объектов, которая логически очень сложно объясняется. Например, из игрушечной машинки ребенка будет интересовать только ее колеса, которыми он может забавляться часами. В старшем возрасте, увлечения локализуются и переходят в стадию мании к определенному виду деятельности – игре в шахматы, видеоиграм, рисованию и так далее.

Преобладающее количество страдающих аутизмом детей, имеют серьезные проблемы с ночным сном. Ребенка часто можно застать за занятием любимым делом посреди ночи. Часто искажены чувственные восприятия тактильного и слухового направления. Разговор шепотом может возбуждать ребенка, доводя его до состояния истерии, а громкие возгласы – наоборот успокаивать.

Для детей в возрасте до двух лет, также характерны определенные черты проявления синдрома РДА, которые начинают проявляться уже через несколько месяцев от рождения. Первоочередными признаками могут послужить практически полное отсутствие привязанности к матери и проявления эмоций в ее адрес. Младенец крайне редко улыбается, не гулит, а слезы у него могут вызвать лишь серьезные болевые ощущения, как правило, связанные с пищеварением. У таких детей бывает крайней сложно определить момент, когда необходимо сменить подгузник или пеленку.

Разговорная речь к возрасту двух лет, как правило, не появляется. Наблюдаются бессвязные отдельные вокальные жесты или звуки, напоминающие гудение мотора автомобиля.

## **9.2. Психолого-педагогические аспекты реабилитации детей при РДА**

Проблемы аутичных детей предполагают четкое понимание того, что главным в реабилитации должны стать лечебная организация и социально-психологическое сопровождение. Психологическое сопровождение заключается прежде всего в психологической

коррекции, которая складывается из контакта со взрослыми, смягчения сенсорного и эмоционального дискомфорта, страхов, обучения навыкам взаимодействия, формирования целенаправленного поведения, преодоления отрицательного поведения (агрессии, негативизма, расторможенности влечений). Педагогическая коррекция направлена на активацию взаимодействия с педагогом, обучение навыкам самообслуживания, исправление недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи.

При составлении психокоррекционных программ для детей с РДА необходимо ориентироваться на специфику аффективной патологии. Традиционно выделяются две основные группы:

- дети с выраженным искажением эмоционально-волевого развития;
- дети с выраженным искажением когнитивного развития.

Некоторые авторы предлагают выделить третью группу - мозаичные формы искаженного развития, при котором наблюдаются как искажения эмоционально-волевой сферы, так и когнитивных процессов.

Основные направления психокоррекционной работы с аутичными детьми заключаются в следующем:

- ориентация ребенка во внешний мир;
- обучение его простым навыкам контакта;
- обучение ребенка более сложным формам поведения;
- развитие самосознания и личности аутичного ребенка.

В. В. Лебединский с соавторами в своих работах рассматривает основные задачи психологической коррекции детей с РДА:

1. Преодоление негативизма при общении и установление контакта с аутичным ребенком. Процедура установления контакта с аутичным ребенком требует немалого времени и является стержневым моментом всего психокоррекционного процесса. Для успешной реализации данной задачи рекомендуется создающая сенсорная атмосфера занятия. Этого можно достичь при помощи спокойной тихой музыки в специально оборудованном помещении для занятий. Музыка в психологической коррекции детей с РДА играет немаловажную роль. Важное значение придается свободной мягкой эмоциональности занятий: необходимо общаться с ребенком негромким голосом, в некоторых случаях, особенно если ребенок возбужден, даже шепотом, нельзя допускать прямого взгляда на ребенка, резких движений, обращаться к ребенку с прямыми вопросами. Необходимо отметить, что перед специалистами в данном случае стоит конкретная задача преодоления страха у аутичного ребенка, достичь этого с помощью создания постоянной устойчивой обстановки занятий, поощрением любой, даже минимальной активности ребенка. При реализации данной задачи рекомендуется применять директивную игровую терапию.

Коррекционные воздействия необходимо направить на реализацию ребенком собственных резервов и механизмов базальной аффективной регуляции, этому способствует набор разнообразных приемов, которые направлены на изменение аффективного состояния: общая релаксация, снятие патологического напряжения, уменьшение тревожности, увеличение активности ребенка. На данном этапе очень важна роль родителей, их положительная установка на занятие и активность в его организации.

2. Смягчение сенсорного и эмоционального дискомфорта. Чтобы решить данную задачу, специалисту необходимо умение чувствовать настроение больного ребенка, понимать специфику его поведения и использовать это в процессе коррекции, также необходимо уловить момент аффективного подъема ребенка и придать ему реальный игровой эмоциональный смысл (например, для аутичных детей характерно ритмическое раскачивание, данное явление необходимо использовать в процессе выполнения танцевальных ритмических и других упражнений).

3. Повышение психической активности ребенка в процессе общения со взрослыми и детьми. Целенаправленное поведение – важная задача психокоррекции ребенка с РДА,

реализации данной задачи способствует музыкальное сопровождение занятий и специальных игр, которые направлены на длительное положительное сосредоточение ребенка.

4. Преодоление трудностей организации целенаправленного поведения.

5. Преодоление отрицательных форм поведения (агрессия, негативизм и пр.). Для выполнения данной задачи необходимы определенные комфортные условия для ребенка. Для занятия необходимы специально оборудованный зал, мягкое освещение, отсутствие острых и тяжелых предметов, неустойчивой мебели, игрушек не должно быть много.

6. Организация целенаправленного взаимодействия специалиста с ребенком в процессе доступной ему игры или другой формы деятельности.

Для детей с РДА важен четкий распорядок дня, четкое соблюдение традиций, идентичность обстановки занятий и постоянство состава группы. При формировании группы коррекции учитывается степень тяжести аффективной патологии, возрастные особенности – разница между детьми не должна превышать двух лет, состав группы может варьировать от 3 до 5 детей, но не больше. В состав группы можно включить здоровых детей.

Совершенно новым и пока ещё не до конца изученным способом работы с детьми-аутистами является создание робота для обучения детей социальным навыкам. Научные сотрудники американского Университета Вандербильта недавно показали нового гуманоидного робота, которого они прозвали «Расселом» (Russell). Основной задачей этого робота является обучение детей, страдающих аутизмом. В «Расселе» сочетаются не только одни из последних разработок робототехники, но и включен обширный багаж последних научных данных, тем или иным образом связанных с этим нарушением нервной системы. Новый робот-гуманоид направлен на развитие у детей навыков подражания, что является очень важным аспектом в обучении.

### **9.3. Условия обучения и воспитания ребенка с РДА**

Главная задача в работе с аутичными детьми — это установление эмоционального контакта. Медикаментозное лечение приносит лишь 15 % эффект. Больше влияет воспитание и обучение. Самое главное, родители должны создать дома условия, чтобы ребенку с аутизмом было комфортно и он мог чувствовать себя защищенным. Необходимо оградить ребенка от встреч с людьми, если он противится контактам, постараться изолировать его от шума и резких звуков. Тем не менее такого ребенка нельзя выпускать из вида, так как при очередном приступе ярости он может нанести себе увечья, выбежав на проезжую часть улицы либо упав с высоты, или играя с острыми предметами.

Необходимо также как можно больше общаться с ребенком даже тогда, когда кажется, что он совершенно не реагирует на вас, пребывая в своем мире. К тому же, постоянно наблюдая за ребенком, вы быстрее научитесь понимать его жесты и действия. Старайтесь вслух проговаривать все, что вы делаете, объясняя свои действия. Помните, что ребенку с аутизмом значительно сложнее жить в этом мире, поэтому вы сами должны научиться понимать его и терпеливо продолжать общаться с ребенком.

Тесное общение и постоянные беседы с ребёнком, а также объяснение всего, что происходит, способствует развитию у него эмоционально-чувственных качеств. Со временем, благодаря вашему постоянному вниманию, он научится общаться с близкими людьми, а также поймет, как можно выражать свои чувства и эмоции при помощи слов.

Следует предлагать малышу поиграть в игры, которые не требуют от него использовать речь. Такие дети охотно играют в лото, складывают головоломки, пазлы, выкладывают мозаику, занимаются аппликацией. С помощью совместной деятельности можно немало приблизить тот момент, когда ребенок научиться общению и взаимодействию.

Этих детей следует учить читать к 6 - 7 годам. Можно вначале ориентироваться на хорошую произвольную память ребенка, на то, что он, играя с магнитной азбукой или с кубиками, на сторонах которых написаны буквы, может быстро механически запомнить весь алфавит. Взрослому достаточно время от времени называть буквы, не требуя от ре-

бенка постоянного повторения, не проверяя его, так как всё, что требует произвольного сосредоточения, тормозит ребенка, может вызвать у него негативизм.

Нет необходимости учить ребенка с аутизмом побуквенному или послоговому чтению, а сразу обратиться к методике «глобального чтения», т. е. чтения целыми словами. Эта методика представляется более адекватной при обучении аутичных детей, чем побуквенное или послоговое чтение. Дело в том, что, научившись складывать буквы или слоги, аутичный ребенок может долгое время читать «механически», не вникая в смысл прочитанного. Он увлекается самим процессом соединения букв и слогов, т. е. фактически начинает использовать его для аутостимуляции.

При «глобальном чтении» мы можем избежать этой опасности, так как подписываем картинки или предметы целыми словами, и слово всегда сочетается в зрительном поле ребенка с предметом, который оно обозначает.

Кроме того, научить аутичного ребенка читать целыми словами легче и быстрее, чем по буквам и по слогам, так как он, с одной стороны, с большим трудом воспринимает фрагментированную информацию (поступающую в виде букв, слогов и т. д.), а, с другой стороны, способен моментально запоминать, «фотографировать» то, что находится в его зрительном поле. Удобно также, что методика ориентируется, в основном, на произвольное внимание ребенка, на то, что он исходно запоминает слово просто как графическое изображение, как картинку.

Обучая аутичного ребенка счету, следует также помнить, что он может научиться считать механически, не соотнося цифры с количеством, не понимая реального смысла счета. Он может развлекать себя, считая до тысячи, до миллиона или решая примеры на сложение и вычитание с двух- и трехзначными числами, но будучи при этом не в состоянии осмыслить и перевести в форму примера простейшую задачу. Поэтому обучение аутичного ребенка счету всегда должно начинаться с работы по сравнению количеств, соотношению цифры и числа предметов. В этом помогает использование на уроках наглядного, предметного материала, игрушек.

Подготовка руки ребенка к письму связана с необходимостью отработки произвольных ручных движений, трудных для аутичного ребенка из-за нарушений в распределении психофизического тонуса. Как было сказано выше, любые моторные навыки лучше начинать отрабатывать, манипулируя руками ребенка. То есть, мы вкладываем кисточку, карандаш или ручку в руку ребенка и водим его рукой, поддерживая ее за кисть. Таким способом мы передаем ему «моторный образ» (двигательный стереотип) написания какого-либо графического элемента. Постепенно такую физическую помощь надо уменьшать: уже не водить рукой ребенка, а лишь слегка придерживать его кисть или локоть и при возможности переходить к письму «по точкам», иначе ребенок привыкнет к постоянной поддержке руки и без нее письмом заниматься не будет.

Дети с аутизмом могут посещать массовую школу, но они немедленно становятся предметом насмешек сверстников, и это может спровоцировать их на самоагрессию. Таким образом, нужна специальная подготовка и учителей и учеников.

Обучение ребенка, у которого диагностируют аутизм, должно проходить в позитивной атмосфере. Ребенка с аутизмом нужно хвалить даже за маленькие успехи и делать акцент на сильных сторонах ученика. Монотонные и скучные моменты в обучении нужно разнообразить.

## **2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

Практические занятия имеют целью оказать помощь студентам в усвоении наиболее важных и сложных тем курса, а также способствовать выработке у студентов умений и навыков. Для наиболее плодотворного проведения занятий аспирантам необходимо самостоятельно заранее (дома), до аудиторных занятий, изучить учебную литературу и подготовить краткие ответы на теоретические вопросы соответствующей темы. При подготовке к занятиям рекомендуется использовать конспекты лекций, учебники, методические указания по курсам, учебные пособия, которыми можно пользоваться и на практических занятиях. Особое значение имеют конспекты лекций, поскольку, учебная литература не успевает отразить его развитие, а на лекциях даётся самый важный материал.

На практических занятиях заслушиваются и обсуждаются также доклады и рефераты студентов, подготовленные ими по соответствующим вопросам, согласованным предварительно с преподавателем.

Тематика практических занятий представлена в Рабочей программе.

### **3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа — одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к семинарским занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Студентам рекомендуется получить в научной библиотеке университета учебную литературу по дисциплине, необходимую для эффективной работы на всех видах аудиторных занятий, а также для самостоятельной работы по изучению дисциплины.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?

При организации самостоятельной работы студентов особое внимание должно уделяться анализу учебно-методической литературы по дисциплине.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

1. Подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования).

2. Основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы).

3. Заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Тематика заданий для самостоятельной работы представлена в Рабочей программе.