

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

ДЕФЕКТОЛОГИЯ

сборник учебно-методических материалов
для направления подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

2017 г.

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

Составитель: Закаблук А.Г.

Дефектология: сборник учебно-методических материалов для направления подготовки 44.03.02 – Психолого-педагогическое образование. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 20 17. – 52 с.

© Амурский государственный университет, 20 17

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Закаблук А.Г., составление, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	428
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	29 40
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов;	41 52

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Лекция 1. Дефектология как комплексная психолого-педагогическая наука

1. История возникновения дефектологии

О детях, имеющих отклонения умственного развития, известно еще со времен Аристотеля. Тогда такие дети просто уничтожались. В дальнейшем, с развитием медицины, стали вставать и вопросы помощи таким детям. Большой вклад в развитие данного направления внесли ученые того времени, такие, как французский врач-психиатр Филипп Нинель, его ученик Жан-Этьен-Доминик Эскироль, Жан Итар. В России вопросами, связанными со слабоумными детьми, занимались И. В. и Е. Х. Маляревские, Е. К. Грачева и др. После 1917 г. в нашей стране заботу об умственно отсталых детях взяло на себя государство. Стали открываться специальные учреждения для данной категории детей. Одним из основоположников коррекционной педагогики является Л. С. Выготский. Наиболее значимым он считал изучение и воспитание детей с отклонениями в интеллектуальной сфере, признавая важность выделения первичных и вторичных дефектов развития ребенка. Большой вклад в развитие дефектологической науки внесли Т. А. Власова, Д. И. Азбукин, В. М. Бехтерев, В. П. Сербский и многие другие современные ученые.

В наше время созданы специальные дошкольные учреждения и коррекционные школы, где, кроме обучения, проводятся еще и лечебно-оздоровительные мероприятия.

2. Предмет и задачи дефектологии

Предметом изучения дефектологии являются дети, имеющие отклонения в интеллектуальном развитии, их воспитание, обучение и адаптация к жизни в обществе. В задачу дефектологии входит выявление происхождения того или иного дефекта, определение причинно-следственных связей в развитии психических функций и изучение социально-педагогических условий жизни ребенка. Одним из основных направлений развития современной дефектологии является единство педагогического процесса (воспитание, образование, обучение). Воспитание представляет собой воздействие одного человека на другого в целях становления личности. Образование основывается на человеческом опыте, научных и культурных ценностях. Обучение проходит под руководством подготовленного человека, который призван проводить воспитательный, образовательный и развивающий процессы в рамках дошкольного и школьного обучения.

В основу коррекционно-педагогической деятельности положены специальные педагогические принципы.

- 1) принцип целенаправленности педагогического процесса;
- 2) принцип целостности и системности педагогического процесса;
- 3) принцип гуманистической направленности педагогического процесса;
- 4) принцип уважения к личности ребенка, в основе которого — разумная требовательность к нему;
- 5) принцип опоры на положительное в человеке;
- 6) принцип сознательности и активности личности в целостном педагогическом процессе;
- 7) принцип сочетания прямых и параллельных педагогических действий.

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

- 1) принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач;
- 2) принцип единства диагностики и коррекции;

- 3) принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка;
- 4) деятельностный принцип коррекции;
- 5) принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности;
- 6) принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения.

Также дефектология как наука призвана разрабатывать различные методы и приемы, направленные на помощь детям с отклонениями в развитии.

3. Связь дефектологии с другими науками

Дефектологическая наука включает в себя разделы специальной (коррекционной) педагогики, социологии, философии, психологии. Кроме этого, прослеживается тесная взаимосвязь с медицинскими науками (психиатрия, невропатология, иммунология, педиатрия, офтальмология, отоларингология и др.).

Следует отметить, что природа происхождения различных патологических процессов не однородна, поэтому связь между науками достаточно широка и разнообразна.

Лекция 2. Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

1. Дети с задержкой психического развития

Развитие дифференцированного изучения детей с различными отклонениями позволило выделить категорию детей, особенности психического развития которых не позволяют им без специально созданных условий полноценно усваивать учебную программу общеобразовательной школы, но в то же время существенно отличают их от детей-олигофренов, обучающихся в коррекционных школах. В эту категорию входят дети с задержкой психического развития.

Задержка психического развития – крайний вариант нормы, один из видов *дисонтогенеза*. Дети с таким диагнозом развиваются медленнее, чем их сверстники. Задержка психического развития (ЗПР) проявляется рано. Исходной причиной ее могут быть алкоголизм родителей, болезни матери во время беременности, родовые травмы, инфекции, перенесенные в первые месяцы жизни, и некоторые другие вредности, выражающие слабовыраженную органическую недостаточность центральной нервной системы. В специальной литературе задержку психического развития иначе называют *минимальной мозговой дисфункцией*.

Клиническая классификация, разработанная К. С. Лебединской, относит к ЗПР детей с церебрастеническими состояниями, с психофизическим и психическим инфантилизмом, а также тех, у которых после длительных соматических заболеваний отмечается функциональная недостаточность центральной нервной системы.

При задержке психического развития наблюдаются нарушения как эмоционально-потребностной, так и интеллектуальной сфер. В первых случаях преобладает эмоциональное недоразвитие, в других – нарушения познавательной деятельности. Нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения проявляются в слабости волевых установок эмоциональной неустойчивости, импульсивности, аффектной возбудимости, двигательной расторможенности либо вялости, апатичности.

Недостаточная выраженность познавательных интересов у детей с ЗПР сочетается с незрелостью высших психических функций, с нарушениями внимания, памяти, с функциональной недостаточностью зрительного и слухового восприятия, с плохой координацией движения. Лепка, рисование, конструирование, письмо даются детям с ЗПР с трудностями из-за малой дифференциации движений кистей рук.

В речевом плане отмечается нарушение звукопроизношения, бедность словаря, аграмматизмы.

Выделяют чаще всего две подгруппы: дети с ЗПР конституционального происхождения (психическим или психофизическим инфантилизмом) и дети с задержкой развития церебрально-органического происхождения.

Характерным признаком для детей с ЗПР является недостаточная готовность к школе. При ЗПР конституционального происхождения младшие школьники даже внешне похожи на дошкольников. Они часто физически менее развиты, чем их сверстники, их отличают яркие эмоциональные реакции, детская непосредственность, большая внушаемость, несамостоятельность, игровые интересы. Дети совершенно не воспринимают школьную ситуацию, пытаются играть во время уроков, не усваивают программный материал.

ЗПР церебрально-органического происхождения оказывается, как правило, наиболее тяжелой. Недостаточность развития памяти и внимания, инертность психических процессов, их медлительность и пониженная переключаемость обуславливают существенные нарушения познавательной деятельности. Непродуктивность мышления, неразвитость отдельных интеллектуальных операций могут подвести к установлению ошибочного диагноза «олигофрения».

Студентам следует четко усвоить, что ЗПР не относится к стойким и необратимым видам психического недоразвития. Это временное замедление темпа развития. Отставание преодолевается с возрастом, причем тем успешнее, чем раньше начинается коррекционная работа с таким ребенком. Очень важны своевременная диагностика и создание специальных условий воспитания и обучения. К сожалению, родители нередко не замечают или не придают значения отставанию в развитии до поступления ребенка в школу. Только в начале обучения обнаруживаются незрелость мышления и эмоциональной сферы, ограниченность представлений и знаний, недостаточность интеллектуальной активности. Ребенок принимает и понимает задания, но нуждается в помощи взрослого при усвоении способа действия, а также переноса, усвоенного на другие объекты и действия при выполнении последующего задания. Собственно, способность принимать помощь, усваивать принцип действия и переносить его на аналогичные задания и отличает детей с ЗПР от умственно отсталых.

Дети с задержкой развития церебрально-органического происхождения часто расторможены, повышено возбудимы, реже наблюдаются заторможенность и эмоциональная вялость. Могут встречаться неврозоподобные явления (страхи, навязчивые движения, заикание, энурез), немотивированные колебания настроения. Это повышенная истощаемость, резкое снижение работоспособности, ранимость, слезливость, понижение настроения.

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

Вопросы и задания:

1. Раскройте понятие «задержка психического развития».
2. В чем состоит принципиальное отличие ребенка с задержкой психического развития от умственно отсталого ребенка?
3. Охарактеризуйте познавательную сферу детей с ЗПР. Почему этим детям необходимы специальные условия воспитания и обучения?

Лекция 4. Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями интеллектуального развития (умственно отсталые и с задержкой психического развития).

Дети с умственной отсталостью

К лицам с нарушением умственного развития (умственно отсталым) относят лиц со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникшим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный (разлитой) характер. Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости является нарушение высших психических функций. Выражается оно в нарушении познавательных процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления, воображения, речи, внимания), страдает эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом. У многих умственно отсталых детей наблюдаются нарушения в физическом развитии: дисплазии, деформации формы черепа и размеров конечностей, нарушение общей мелкой и артикуляционной моторики, трудности формирования двигательных автоматизмов.

Понятие «умственная отсталость» включает в себя такие формы нарушений интеллекта, как «олигофрения» и «деменция».

Олигофрения (от греч. *olugos* – малый, *phren* – ум) – особая форма психического недоразвития, возникающая вследствие различных причин: патологической наследственности, хромосомных aberrаций (от лат. *aberratio* – искажение, ломка), природовой патологии, органического поражения центральной нервной системы во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития (до трех лет, т. е. до момента становления речи).

При олигофрении органическая недостаточность мозга носит *резидуальный* (остаточный) *непрогредиентный* (непрогрессирующий) характер. Действия вредоносного фактора в большой мере уже остановилось, и ребенок способен к психическому развитию, которое осуществляется аномально, поскольку его биологическая основа патологична. Термин «олигофрения» был впервые введен в XIX веке немецким психиатром Э. Крепелином. Дети-олигофрены – преобладающий контингент учащихся специальных (коррекционных) школ VIII вида. Они являются наиболее изученной в психологическом и педагогическом планах.

Деменция (от лат. *dementia* – безумие, слабоумие) – стойкое ослабление познавательной деятельности, приводящее к снижению критичности, ослаблению памяти, уплощению эмоций. Деменция носит *прогредиентный* характер, т.е. наблюдается медленное прогрессирование болезненного процесса. Диагноз «деменция» констатируют после трех лет, т. е. после момента становления речи.

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

Умственно отсталые дети различаются по степени выраженности дефекта. Дети с легкой степенью умственной отсталости (*дебилы*) составляют 75-80%. После окончания специальной (коррекционной) школы многие из них трудоустраиваются и социально адаптируются.

Дети со средне выраженной отсталостью (*имбецилы*) – их 15-20% - обучаются по специальным программам в специализированных классах, осваивают элементарные навыки письма, чтения, счета, простейшие трудовые операции (склеивание коробок, конвертов), бытовые навыки. Эта категория детей имеет статус инвалида.

Дети с глубоко выраженной умственной отсталостью (*идиоты*) –5% - живут и воспитываются в интернатных учреждениях Министерства труда и социального развития, где остаются пожизненно. Данная категория детей также имеет статус инвалида.

Разделение умственно отсталых детей по степени выраженности умственного недоразвития на три группы является чрезмерно обобщенным и теоретически недостаточно оправданным. Однако оно практически целесообразно и широко распространено в нашей стране. В других странах принята иная терминология и более дробное разделение на ряд групп детей с интеллектуальной недостаточностью.

Структура психики умственно отсталого ребенка чрезвычайно сложна. Первичный дефект приводит к возникновению многих других, вторичных и третичных отклонений нарушения познавательной деятельности и личности ребенка-олигофрена отчетливо обнаруживаются в самых различных проявлениях. Однако наряду с недостатками этим детям присущи и некоторые положительные возможности, наличие которых служит опорой, обеспечивающей их развитие. Наблюдения и экспериментальные исследования дают материалы, которые свидетельствуют о том, что умственная отсталость не приводит к равномерному изменению всех сторон психической деятельности: одни психические процессы оказываются у них нарушенными резко, другие остаются более сохранными. Это обуславливает существующие между детьми индивидуальные различия в познавательной деятельности и в личностной сфере. Дети-олигофрены способны к развитию, и хотя это развитие осуществляется замедленно, атипично, тем не менее оно представляет собой поступательный процесс, вносящий качественные изменения в психическую деятельность детей, в их личностную сферу.

Развитие олигофрена определяется биологическими и социальными факторами. К числу биологических факторов относятся выраженность дефекта, качественное своеобразие его структуры, время его возникновения. Учитывать это необходимо при организации специального педагогического воздействия. Социальные факторы – это ближайшее окружение ребенка: семья, взрослые и дети, с которыми он общается и проводит время, школа. Большое значение имеет правильно организованное коррекционно направленное специальное обучение и воспитание, адекватное возможностям ребенка и опирающееся на зону его ближайшего развития. Именно оно в наибольшей мере стимулирует детей в общем развитии, социализации.

При организации социальной работы с этой категорией детей необходимо учитывать, что для продвижения ребенка-олигофрена в общем развитии, для усвоения им знаний, умений, навыков существенно важным является не любое, а специально организованное обучение и воспитание. Пребывание в общеобразовательной массовой школе часто не приносит ему пользы, а в ряде случаев приводит к тяжелым последствиям, к стойким, резко отрицательным сдвигам в его личности.

Специальное обучение, направленное на развитие умственно отсталых детей, предусматривает формирование у них в первую очередь высших психических процессов, особенно – мышления. Это важное направление коррекционной работы теоретически обосновано тем, что ребенок-олигофрен своеобразен во всех своих проявлениях, а именно в *инактивности* (пассивность) познавательной деятельности и в дефектности мышления, которые обнаруживаются у него особенно зримо и, в свою очередь, затормаживают и затрудняют познание окружающего мира. Формирование мыслительной деятельности способствует продвижению в общем развитии ребенка и создает основу для социально-трудовой адаптации. Другое, также очень важное, направление коррекционной работы предусматривает совершенствование эмоционально-волевой сферы умственно отсталых детей, которая играет большую роль в усвоении знаний, умений и навыков, в установлении контактов с окружающими и в социальной адаптации детей в школе и вне ее. Мышление и эмоционально-волевая сфера представляют собой части единого человеческого сознания, А весь ход развития ребенка, по утверждению Л. С. Выготского (2), основан на изменениях, происходящих в соотношении интеллекта и аффекта. Воздействие на ребенка окружающей среды определяется не

только ее характерам, но и индивидуальными особенностями субъекта, теми переживаниями, которые у них возникают. Дефектна также моторно-двигательная сфера олигофренов.

Рассматривая вопрос о возможностях положительной динамики умственного продвижения детей с нарушенным интеллектом, студентам следует обратить внимание на положение, выдвинутое Л. С. Выготским, о двух зонах развития ребенка: актуального и ближайшего развития. Л. С. Выготский говорил о том, что зона актуального развития ребенка характеризуется теми заданиями, которые ребенок уже может самостоятельно выполнять. Эта зона показывает его степень обученности тем или другим знаниям, умениям и навыкам. Она свидетельствует о состоянии его познавательной деятельности на определенном этапе жизни. В этом ее значимость.

Большое значение в перспективном плане имеет зона ближайшего развития, определяемая заданиями, с которыми ребенок не может справиться сам, но может сделать это с помощью взрослого. Установление зоны ближайшего развития важно потому, что она дает возможность судить, какие задачи будут доступны ребенку в недалеком будущем, т. е. какого продвижения от него можно ожидать.

Продвижение умственно отсталых детей происходит неравномерно в разном возрасте. Исследованиями установлено, что несомненная активизация познавательной деятельности сменяется длительными периодами, в течение которых как бы подготавливаются, концентрируются возможности, необходимые для позитивных сдвигов. Наибольшее продвижение можно заметить в первые два школьных года, на четвертом-пятом году обучения и в последних классах.

Существуют несколько классификаций олигофрении. Наиболее распространенной считается медицинская классификация, предложенная М. С. Певзнер, согласно которой различают пять форм олигофрении.

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

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

У олигофренов *с нарушением функций анализаторов* диффузное поражение коры головного мозга сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Они дополнительно имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

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

При олигофрении *с выраженной лобной недостаточностью* нарушения познавательной деятельности сочетаются у ребенка с изменениями личности по лобному типу с резкими нарушениями моторики. Эти дети вялы, безынициативны, беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

Вопросы и задания:

1. Раскройте понятия «умственная отсталость», «олигофрения», «деменция». Какой фактор лежит в разграничении двух последних форм?
2. Назовите причины умственной отсталости.
3. Какие степени олигофрении Вам известны? Опишите основные их признаки.
4. Раскройте классификацию умственной отсталости по М. С. Певзнер

5. Охарактеризуйте состав учащихся коррекционной школы VIII вида.

Лекция 5. Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями речи.

Нарушения речи – собирательный термин для обозначения отклонений от нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека. Нарушения речи обусловлены отклонениями в психофизиологическом механизме речи, не соответствуют возрастной норме, самостоятельно не преодолеваются и могут оказывать влияние на психическое развитие. В специальной литературе термин «нарушение речи» заменяются другими терминами: расстройства речи, дефекты речи, речевая патология, речевые отклонения.

Специфика отклонений и их выраженность зависят от времени их проявления (в процессе речевого развития или после его завершения) от уровня психического и интеллектуального развития ребенка, от влияния окружающей среды и других факторов.

Основными причинами патологии речи являются:

различная внутриутробная патология, которая приводит к нарушению развития плода. Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от четырех недель до четырех месяцев. Возникновению речевой патологии способствует токсикоз при беременности, вирусная инфекция, эндокринные заболевания, травмы, резус-конфликт и др.;

родовая травма и асфиксия во время родов;

различные заболевания в первые годы жизни ребенка. Особенно опасны частые инфекционно-вирусные заболевания, ранние желудочно-кишечные расстройства;

травмы мозга;

наследственные факторы, В этих случаях нарушения речи могут являться частичными проявлениями общего нарушения нервной системы и сочетаться с интеллектуальностью и двигательной недостаточностью;

неблагоприятные социально-бытовые условия, приводящие к педагогической запущенности, вегетативной дисфункции, нарушениям эмоционально-волевой сферы и патологическому развитию речи.

При анализе причин возникновения нарушений следует учитывать соотношение речевого дефекта и сохранных анализаторов и функций, которые могут стать источником компенсации в процессе коррекционного воздействия. Большое значение имеет ранняя диагностика различных аномалий развития речи. Необходимы знание и оценка возрастных норм соматического, сенсомоторного и психического развития детей. Обоснование коррекционной работы с данной категорией детей предполагает тщательно собранный анамнез с углубленным анализом доречевого периода, многоаспектное логопедическое обследование, оценку возрастной нормативности выявленных симптомов, наблюдение за процессом коммуникации детей, наблюдение и фиксация позитивных сдвигов в общении. От других категорий лиц с ограниченными возможностями детей с нарушениями речи отличают нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития. Выделение этих дифференцирующих признаков необходимо для их отграничения от речевых нарушений, сопутствующих у детей с олигофренией, задержкой психического развития, слепых и слабовидящих, детей с ранним детским аутизмом и др.

Глубокие нарушения различных сторон речи, ограничивающие возможности пользования, вызывают специфические отклонения со стороны других высших психических функций – внимания, памяти, воображения, вербально-логического мышления, эмоционально-волевой и личностной сферы и др.

В аспекте этиопатогенеза выделяются органические и функциональные причины нарушений и характерные признаки речевых нарушений. Такой подход нашел отражение в клинко-педагогической классификации, которая подразделяет нарушения в устной и письменной речи. Нарушения устной речи, в свою очередь, подразделяются на:

1) расстройства фонационного оформления речи:

афония, дисфония (отсутствие или нарушение голоса);

нарушение голоса;

брадилалия – патологически замедленный темп речи;

тахилалия – патологически убыстренный темп речи;

заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;

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

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

2) нарушения структурно-семантического оформления высказывания:

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

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

К нарушениям письменной речи относятся:

дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение процессов чтения;

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

Логопедическая практика ориентируется на обучение и воспитание детей с нарушениями речи на принципе системного подхода и системном взаимодействии различных компонентов речи звуковой (произносительной) стороны, фонематического восприятия, лексико-грамматического строя, а также на взаимосвязи нарушений речи с другими сторонами психического развития ребенка. Психолого-педагогическая классификация Р. Е. Левиной (1968 г.) учитывает лингвистические и психологические критерии. Согласно данной классификации среди нарушений речи различают:

1) нарушения языковых средств общения:

фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН), т. е. нарушение процессов формирования произносительной системы языка у детей с различными расстройствами вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем;

общее недоразвитие речи (ОНР 1-3 уровней, нерезко выраженное недоразвитие речи), которое объединяет сложные речевые расстройства, т. е. те случаи, когда у детей по разным причинам нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой сторонам.

2) нарушения в применении языковых средств общения в речевой деятельности:

заикание;

проявление речевого негативизма и др.

Нарушение чтения и письма рассматриваются как отсроченные проявления ФФН и ОНР, обусловленные у детей несформированностью фонетических и морфологических обобщений в устной речи.

Вопросы и задания:

1. Раскройте анатомо-физиологические механизмы речи и основные закономерности развития речи у ребенка.

2. Расскажите об основных причинах речевых нарушений. Опишите и обоснуйте влияние речевых нарушений на ход развития ребенка.

3. Охарактеризуйте детей с речевыми нарушениями в клинико-психолого-педагогических аспектах.

4. Определите основные проблемы социализации детей с речевыми нарушениями.

Лекция 6. Обучение, воспитание и развитие детей с сенсорными нарушениями.

В психическом развитии ребенка важнейшую роль играет оптическое восприятие (зрение), осуществляемое посредством зрительного анализатора. Именно через зрительный анализатор человек получает больше всего впечатлений от окружающего мира. Такие признаки предмета, как свет, цвет, величина, форма, протяженность в пространстве, мы познаем прежде всего при помощи зрения. Развитие ориентировки в пространстве также непосредственно связано с деятельностью зрительного анализатора. Зрительный контроль имеет большое значение для развития движения человека. При нарушениях деятельности зрительного анализатора у ребенка возникают значительные трудности в познании мира и ориентировке в нем, в осуществлении контактов с людьми, в разных видах деятельности.

Слепота и слабовидение с точки зрения специальной педагогики представляют собой категорию психофизических нарушений, проявляющихся в ограничении зрительного восприятия или его отсутствии, что влияет на весь процесс формирования и развития личности. У лиц с нарушениями зрения возникают специфические особенности деятельности, обучения и психофизического развития. Они проявляются в отставании, нарушении и своеобразии развития двигательной активности, пространственной ориентации, формировании представлений и понятий, в способах предметно-практической деятельности, в своеобразии эмоционально-волевой сферы, социальной коммуникации, интеграции в общество, адаптации к трудовой деятельности.

К детям с нарушениями зрения относятся:

слепые с полным отсутствием зрения и дети с остаточным зрением, при котором острота зрения равна 0,05 и ниже на лучше видящем глазу;

слабовидящие со снижением зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с очковой коррекцией;

дети с *косоглазием и амблиопией*.

Нарушения зрения могут быть как врожденными, так и приобретенными.

Врожденная слепота обусловлена повреждениями или заболеваниями плода во внутриутробном состоянии либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения.

Приобретенная слепота также бывает следствием заболеваний органов зрения – сетчатки, роговицы и заболеваний центральной нервной системы, осложненной после инфекционных заболеваний (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга (ранение головы, ушибы) или глаз.

Нарушения зрительного анализатора могут иметь прогрессирующий либо не прогрессирующий характер. Прогрессирующее нарушение влечет ухудшение зрительных функций (например, при глаукоме под воздействием повышения глазного давления происходят патологические изменения в тканях глаза). Опухоли мозга также ведут к ухудшению зрения. К непрогрессирующим нарушениям относят некоторые врожденные пороки зрительного анализатора такие, как астигматизм, катаракты.

Для психофизического развития ребенка существенное значение имеет время наступления зрительной патологии. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, своеобразии психофизического развития. Отсутствие визуальной ориентировки сказывается на

двигательной сфере, на содержании социального багажа, особенно у слепорожденных. Иногда для незрячих основным фактором ориентировки может быть звук.

Потеря зрения формирует своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта. У незрячих возникают трудности в учебе, в игре, в овладении профессиональной деятельностью. В старшем возрасте возникают бытовые проблемы, которые влекут сложные переживания и негативные реакции. Свообразие характера и поведения слепых влечет за собой в одних случаях неуверенность, пассивность, склонность к самоизоляции; в других – повышенную возбудимость, раздражительность, переходящую в агрессивность. Развитие познавательных процессов (внимание, логическое мышление, память, речь) у слепорожденных проходит нормально. Нарушение взаимодействия чувственных и интеллектуальных функций проявляются в некотором своеобразии мыслительной деятельности с преобладанием развития абстрактного мышления.

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

Остаточное зрение слабовидящего играет существенную роль в его развитии, учебе, социально-трудовой адаптации. В коррекции познавательного и личностного развития слабовидящих детей особое внимание обращается на формирование у них целенаправленности умственной деятельности (в частности, процессов зрительного восприятия), активности и сознательности, расширения и углубления круга их интересов. Учеба и работа должны сопровождаться постоянными консультациями врача-офтальмолога, тифлопедагога, психолога.

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

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

Вопросы и задания:

1. Определите причины и последствия нарушения зрения. По каким признакам дифференцируют детей с дефектами зрительного анализатора? Чем отличаются картины развития слепых и слабовидящих детей? Что общего между ними?
2. Какие способы компенсации нарушенного зрения Вам известны?
3. Исходя из общих закономерностей процесса компенсации дефекта, объясните, почему слепые и слабовидящие могут достичь значительных успехов в своем развитии? Приведите примеры.
4. Охарактеризуйте особенности социальной адаптации лиц с нарушениями слуха.

Лекция 7. Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с комплексными нарушениями.

Среди детей с ограниченными возможностями выделяют категорию детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата носят и врожденный, и приобретенный характер. Различаются следующие виды нарушений опорно-двигательного аппарата:

- 1) заболевания нервной системы: детский церебральный паралич (ДЦП), полиомиелит;
- 2) врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра, кривошея, деформации стоп (косолапость и др.), аномалии развития позвоночника (*сколиоз*), недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, *артрогрипоз* (врожденное уродство);
- 3) приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Длительное время одной из заметных причин, вызывающих глубокие нарушения опорно-двигательного аппарата у детей, было такое тяжелое заболевание, как *полиомиелит* (от греч. *polios* – серый, *myelos* – мозг), острое инфекционное заболевание центральной нервной системы, поражающее преимущественно серое вещество спинного мозга. Попадание в организм ребенка фильтрующегося вируса вследствие контакта с больным, заражение капельным путем через пищеварительный аппарат, дыхательные пути вызывает вялые параличи конечностей, атрофию мышц, отсутствие двигательных рефлексов. Благодаря успехам отечественной медицины, предложившей эффективные средства вакцинации, предупреждающей возникновение заболевания, полиомиелит почти полностью преодолен. Однако, если же все же ребенок перенес эту тяжелую болезнь, вызвавшую нарушения опорно-двигательного аппарата, он получает неврологическую и ортопедическую помощь, ему создают также специальные условия педагогического характера.

Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами (89%). Двигательные расстройства у этих детей сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что связано с органическим поражением центральной нервной системы и ограниченными возможностями познания окружающего мира. Часто заметны речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Поэтому большинство из них нуждается не только в медицинской и социальной помощи, но также в психолого-педагогической и логопедической коррекции.

Другая часть детей не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требует специального обучения и воспитания. Но все дети нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. В их социальной адаптации определяются два направления. Первое направление имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второе направление адаптации ребенка с двигательным дефектом – приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

Детский церебральный паралич – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей (на 1000 новорожденных приходится от 5 до 9 больных ДЦП). Детский церебральный паралич возникает в результате недоразвития или поврежденного мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Следовательно, при ДЦП страдают самые важные для человека функции – движение, психика и речь.

Исследованиями доказано, что более 400 факторов могут оказать вредоносное действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Особенно опасно действие повреждающих факторов в период до четырех месяцев внутриутробного развития, т. е. в то время, когда интенсивно закладываются все органы и системы. Можно выделить следующие неблагоприятно действующие на плод факторы:

- инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности;
- сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери;
- токсикозы беременности;
- физические травмы, ушибы плода;
- резус-конфликт;
- физические факторы (перегревание или переохлаждение организма, действия вибрации, облучение, в том числе, и ультрафиолетовые);
- некоторые лекарственные препараты;
- экологическое неблагополучие.

Родовая травма воздействует на плод и, как всякая механическая травма, вызывает нарушение мозгового кровообращения, либо кровоизлияние в мозг. Родовые травмы часто сочетаются с асфиксией. Причиной возникновения ДЦП может стать механическая родовая травма (при щипцовых, вакуумных родах). Детский церебральный паралич может возникнуть и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингиты, энцефалиты), тяжелых ушибов головы. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов.

Двигательные нарушения при детском церебральном параличе

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с большим опозданием и трудом идет формирование функции удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности.

Разнообразии двигательных нарушений детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Различают следующие виды двигательных нарушений:

- 1). Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы. При *спастичности* мышцы напряжены. Характерно нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение. У детей с ДЦП ноги приведены, согнуты в коленных суставах,

опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. Резкое повышение мышечного тонуса приводит к различным деформациям конечности. При *ригидности* мышцы также напряжены, находятся в состоянии максимального повышения (тетануса). Нарушены плавность и слаженность мышечного взаимодействия. При *гипотонии* (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые, объем пассивных движений значительно больше нормального. Понижение тонуса мышц связано с недостаточной функцией мозжечка и вестибулярного аппарата. *Дистония* – непостоянный изменчивый характер мышечного тонуса. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает, в результате чего оно может оказаться невозможным

2). Ограничение или невозможность произвольных движений (*парезы и параличи*). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ногу. Это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь тонкие и дифференцированные движения, например, изолированные движения пальцев рук.

3). Наличие насильственных движений, которые проявляются в виде гиперкинезов и тремора. *Гиперкинезы* – произвольные насильственные движения, которые могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей. *Тремор* – дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Тремор наиболее выражен при целенаправленных движениях. Тремор усиливается в конце целенаправленного движения (например, при приближении пальца к носу при закрытых глазах).

4). Нарушения равновесия и координации движений - *атаксия*. Наблюдается атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Не удается такому ребенку захватить предмет и переместить его, при выполнении этих движений у него наблюдается тремор. Наблюдается также нарушение координации тонких, дифференцированных движений.

5). Нарушение ощущений движений – *кинестезии*. Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток (проприоцепторов), расположенных в мышцах, суставах, связках, сухожилиях и передающих информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, задерживает формирование тонких дифференцированных движений.

6). Недостаточное развитие *стато-кинетических рефлексов*, которые обеспечивают формирование вертикального положения тела и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. Отсюда трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными навыками.

7). *Синкинезии* – это произвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки).

Нарушения психики при детском церебральном параличе

Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный неравномерный характер. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

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

Структура интеллектуального дефекта при детском церебральном параличе характеризуется:

1) неравномерно обедненным багажом сведений и представлений об окружающем, который обусловлен следующими причинами:

вынужденной изоляцией, ограничением контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с обездвиженностью или трудностями передвижения;

затруднением познания окружающего мира в силу двигательных расстройств;

нарушением сенсорных функций;

2) неравномерным дисгармоничным характером интеллектуальной недостаточности, т. е. недостаточностью одних интеллектуальных функций, задержкой развития других и сохранностью третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития. При этом страдают те системы мозга, которые обеспечивают сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. Отмечается недостаточность пространственных и временных представлений, часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. Дети с трудом понимают геометрические фигуры, с трудом осваивают рисование, письмо. У детей выражена недостаточность развития фонематического слуха, стереогноза, всех видов *праксиса* (выполнение целенаправленных автоматизированных движений), процессов сравнения и обобщения.

3). Психические процессы при ДЦП характеризуются также замедленностью, истощаемостью психических процессов, трудностями переключения на другие виды деятельности, недостаточностью концентрирования внимания, замедленностью восприятия, снижением объема памяти. У значительной части детей с церебральным параличом отмечается низкая познавательная активность, которая проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность связана с цереброастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у третьих – умственная отсталость. Задержку психического развития при детском церебральном параличе чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они адекватно принимают помощь при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционной работе дети часто догоняют своих сверстников в умственном развитии.

Характерны также для детей с церебральным параличом разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении иногда отмечается *эйфория* (радостное, приподнятое настроение со снижением критики).

У детей с церебральным параличом наблюдается своеобразное формирование личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Выражена трудность социальной адаптации.

Речевые нарушения при детском церебральном параличе

Частота речевых нарушений в структуре дефекта у детей с церебральным параличом составляет 80%. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного

мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставание в развитии речи при ДЦП связано также с ограниченностью объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности, а также с неправильным воспитанием. При гиперопеке родители всячески стараются предупредить желание больного ребенка в ответ на его жесты или взгляды. У ребенка в таких условиях не формируется потребность в речевой деятельности.

Специалисты отмечают тесную взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями при ДЦП. Патологические тонические рефлексы отрицательно влияют и на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольные движения рта, языка. Это отражается отрицательно на формировании голосовой активности и нарушает звукопроизводительную сторону речи. Также отмечается определенная зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функций рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительные поражения верхних конечностей. Основные формы речевых нарушений при детском церебральном параличе – дизартрия, задержка речевого развития, алалия. Наиболее чаще встречается дизартрия. Речевые нарушения при ДЦП обычно встречаются в сочетании.

Длительное ограничение двигательной активности таких детей, обособленность от среды нормально развивающихся сверстников, гиперопека со стороны родителей, чрезмерная заостренность внимания на своем дефекте – все это предопределяет своеобразие их развития. Определенное сужение источников жизненного опыта, связанное с болезнью, также может отрицательно отразиться на развитии таких детей. Так, при изучении некоторых личностных качеств подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата выяснено, что у них часто снижены мотивы учебной деятельности. Это проявляется в познавательной пассивности, нерегулярности выполнения учебных заданий, нарушениях внимания при восприятии учебного материала. Многие подростки своеобразно проводят свой досуг – «больные дети меньше читают, играют, гуляют, реже мастерят, общаются с природой». Отмечено, что волевые качества личности (целеустремленность, настойчивость, инициативность, самостоятельность, сдержанность) у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата недостаточно развиты по сравнению с их нормальными сверстниками. Основной причиной указанных отклонений в личностном развитии таких детей является своеобразная социальная позиция больного ребенка или подростка, возникающая в результате неправильного отношения к нему родителей – последние часто не предоставляют ему разумной самостоятельности, снимают с него даже элементарные обязанности по самообслуживанию, выполнению домашних дел, стремятся удовлетворить любые его желания и капризы. Ребенок привыкает к такой опеке, не научается преодолевать трудности, саморегулировать поведение и свои действия волевыми усилиями.

Коррекционная работа с данной категорией детей не ограничивается лишь развитием моторики. В системе коррекционно-воспитательной работы предусматриваются специальные средства развития зрительных восприятий, фонематического анализа, словарного запаса и понимания речи, обобщений и дифференцирования в мыслительной деятельности, исправления недостатков пространственных и временных представлений и ориентировок. Важную роль играет логопедическая работа по коррекции произношения. Проводится также многоплановая специальная лечебно-коррекционная работа, направленная на развитие двигательной сферы детей, - занятия лечебной физкультурой, специальные подвижные игры, ортопедическая помощь, массаж и пр.

Вопросы и задания:

1. Определите понятие «нарушение опорно-двигательного аппарата». Охарактеризуйте виды нарушений опорно-двигательного аппарата.

2. Каковы причины нарушений опорно-двигательного аппарата у детей? Как эти нарушения отражаются на развитии данной категории детей?
3. Охарактеризуйте структуру нарушений при детском церебральном параличе.
4. Раскройте проблемы социализации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Лекция 8. Особенности обучения, воспитания и развития детей с нарушениями поведения и личностного развития

Дети с синдромом раннего детского аутизма

Ранний детский аутизм (РДА) является одним из наиболее сложных нарушений психического развития. Формируется этот синдром в своем полном виде к трехлетнему возрасту. Проявляется РДА в следующих клинико-психологических признаках:

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

Характерны при раннем детском аутизме:

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

2). Нарушение чувства самосохранения отмечается в большинстве случаев уже до года. Оно проявляется как в сверхосторожности, так и в отсутствии чувства опасности.

3). Нарушение аффективного контакта с ближайшим окружением выражается в: особенностях приспособления к рукам матери. У многих аутичных детей отсутствует *антиципирующая* поза (протягивание ручек по направлению к взрослому, когда ребенок смотрит на него). На руках матери такой ребенок также может не чувствовать себя комфортно: либо висит мешком, либо бывает чрезмерно напряжен, сопротивляется;

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

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

особенностях формирования привязанности к близкому человеку. В норме они проявляются как очевидное предпочтение одного ухаживающего лица, чаще всего - матери, в переживаниях разлуки с ней. Аутичный ребенок чаще не использует положительных эмоциональных реакций для выражения привязанности;

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

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

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

отсутствии или непостоянности отклика малыша на обращение к нему взрослого, на собственное имя;

отсутствии прослеживания взглядом направления взгляда взрослого, игнорировании его указательного жеста;

невыраженности подражания, а чаще его отсутствию. Трудность в организации аутичных детей на простые игры, требующих подражания и показа («ладушки»);

большой зависимости ребенка от влияний окружающего психического пола. Если родители проявляют большую настойчивость и активность, пытаются привлечь к себе внимание, то аутичный ребенок либо протестует, либо уходит от контакта.

опросы и задания:

1. Определите понятие «ранний детский аутизм (РДА)». Охарактеризуйте основные признаки данного синдрома.

2. Раскройте возможные причины возникновения РДА. Каковы современные представления об основном дефекте при РДА? Какие нарушения могут повлечь появление вторичные и третичных дефектов?

3. Существуют ли проблемы социализации при РДА? Охарактеризуйте их.

8. Дети со сложными и множественными нарушениями развития

Сложными нарушениями называются такие, когда у ребенка два первичных нарушения развития (нарушение зрения и детский церебральный паралич, глухота и детский церебральный паралич, слепоглухота, слабовидение и глухота, умственная отсталость и выраженное нарушение зрения и т. п.).

К лицам со *множественными нарушениями* мы относим такие категории, когда у ребенка сочетаются три и более первичных нарушения (умственно отсталые слабовидящие глухие дети).

В группе сложных дефектов, как правило, преобладают врожденные формы патологии генетического происхождения. Например, умственную отсталость с сенсорными нарушениями обычно относят к наследственным синдромам и заболеваниям. Болезнь Дауна – сложный дефект

хромосомного происхождения. Умственная отсталость у таких детей в 70% случаях сочетается с нарушениями слуха, в 40% - с дефектом зрения. Иммунологическая несовместимость между матерью и плодом (гемолитическая болезнь новорожденного) также может быть причиной недоразвития познавательной деятельности ребенка, нарушений слуха и двигательных расстройств.

К эндокринным по происхождению заболеваниям, приводящим к сложному и множественному нарушению развития, относятся различные пренатально, перинатально и постнатально перенесенные заболевания. Наиболее распространенными из этих внутриутробных заболеваний являются краснуха, корь, туберкулез, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др. Скарлатина, корь, грипп или нейроинфекции (менингиты, энцефалиты) в детском возрасте также могут привести к сложному нарушению развития у ребенка. К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом могут привести тяжелая форма диабета и ряд некоторых соматических заболеваний.

В последние годы отмечается рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха, появившихся на свет глубоко недоношенными.

Диагностика и выявление детей со сложными и множественными нарушениями развития – это новая и сложная проблема. Специалистам, призванным решать эту проблему, необходимы самые широкие знания в области медицины, генетики, специальной педагогики, во всех областях специальной и клинической психологии. Нарушение развития могут проявляться в различных сочетаниях, науке известны не менее 20 видов сложного дефекта. Это могут быть сочетания сенсорных, интеллектуальных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений (например, сочетание нарушений зрения и слуха – слепоглухота, зрения и системного нарушения речи, зрения и умственной отсталости, зрения и движений).

Рождение ребенка с комплексным тяжелым нарушением почти сразу ставит вопрос о возможности его семейного воспитания. Именно такие дети чаще всего попадают в специальные Дома ребенка и клиники, и прогноз их развития там самый печальный.

Среди всего многообразия проявлений нарушений выделяются основные категории: дети с сохранными потенциальными возможностями развития и умственно отсталые дети, дети, способные к самостоятельной активной осмысленной деятельности, и дети, нуждающиеся в постоянной заботе и полном обслуживании со стороны окружающих.

Вопросы и задания:

1. Раскройте понятия «сложные нарушения развития», «множественные нарушения развития».
2. Назовите основные группы с сочетанными нарушениями развития. Почему возникает необходимость в их психолого-педагогическом изучении?
3. Каковы основные пути психолого-педагогического сопровождения лиц данной категории?

Организация помощи детям с ограниченными возможностями

1. Система социальных институтов коррекционной направленности

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 до-

школьных 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.);

бесплатности (письмо Министерства просвещения СССР от 04.06.1974г. № 58-М “О содержании за государственный счет детей с дефектами физического или психического развития”, действие которого распространяется и по настоящее время).

Принятые в 1992 г. Закон Российской Федерации “Об образовании” и в 1995г. Федеральный Закон “О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации “Об образовании” ввели новые государственные принципы организации образования в России, новую технологию образовательных учреждений. Для детей, воспитывающих детей с нарушениями развития, детский сад может оказаться практически единственным местом, где созданы необходимые для развития условия.

Согласно Типовому положению о дошкольном образовательном учреждении (постановление Правительства РФ от 01.07.1995г. № 677) дошкольное образовательное учреждение (ДОУ) обеспечивает воспитание, обучение, уход и оздоровление детей в возрасте от 2 месяцев до 7 лет. Дети с нарушениями развития принимаются в ДОУ при наличии условий для коррекционной работы на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) и только с согласия родителей или лиц, их заменяющих. В детских образовательных учреждениях организуются также группы кратковременного пребывания для детей с нарушениями развития, которые в силу каких-либо причин не могут посещать дошкольные учреждения (основание: инструктивное письмо Министерства образования Российской Федерации от 29.06.1999г. № 129/23-16 “Об организации в дошкольных образовательных учреждениях групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии”). Здесь могут оказать психолого-педагогическую помощь проблемным детям, а для их родителей организуется консультирование по вопросам обучения и воспитания. Занятия с такими детьми проводятся индивидуально или небольшими подгруппами в присутствии родителей.

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.

На сегодняшний день в Российской Федерации 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.

Создаются специальные образовательные учреждения и для других категорий детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности: с аутистическими чертами и с болезнью Дауна. Имеются также санаторные (лесные) школы для хронически болеющих и ослабленных детей.

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 детей 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.

Вопросы и задания:

1. Охарактеризуйте современную систему социальных институтов коррекционной направленности.
2. Какой принцип лежит в основе деятельности институтов специального образования? Приведите в качестве примера названия школ с порядковыми видовыми номерами.
3. Какие социальные институты коррекционной направленности имеются у нас в Украине?

2. Организация ранней помощи

Демографическая ситуация в настоящее время характеризуется низкой рождаемостью, высокими цифрами младенческой смертности и заболеваемости детей, падением естественного прироста населения. Учитывая экономические трудности сегодняшнего времени, самым приемлемым и самым эффективным путем снижения числа детей с нарушениями в развитии и повышения их социальной адаптации была бы организация ранней специализированной помощи. Исследования в области специальной психологии, педагогики доказали, что раннее начало целенаправленной коррекционной работы способствует ослаблению, а в некоторых случаях и преодолению имеющихся у детей отклонений. Максимально раннее коррекционное воздействие обусловлено прежде всего анатомо-физиологическими особенностями ребенка. Именно в раннем возрасте закладывается фундамент здоровья человека. В этом возрасте отмечается становление всех морфологических и функциональных систем организма, происходят первые социальные контакты. Дети раннего возраста являются наиболее чувствительным контингентом населения. Кроме того, ранняя комплексная коррекционная помощь способствует предупреждению и профилактике вторичных отклонений в развитии, что, в свою очередь, положительным образом сказывается на становлении личностных качеств ребенка, формировании основ адекватного поведения и социализации. Установление единства психологических закономерностей развития ребенка в норме и патологии по-

зволили Л. С. Выготскому обосновать общую теорию развития личности аномального ребенка. Одним из важнейших достижений Л. С. Выготского является анализ соотношения процессов развития и обучения в детском возрасте, как в норме, так и при патологии, в раскрытии сложных динамических соотношений между ними, в доказательстве ведущей, стимулирующей роли обучения.

Учение выдающегося отечественного психолога Л. С. Выготского о компенсаторных возможностях человеческого (в частности, детского) организма, о сложной структуре дефекта, о динамическом взаимодействии биологического и социального в нем, о зонах актуального и ближайшего развития и другие положения легли в основу организации специализированной помощи детям с отклонениями в развитии. Большую роль в поиске эффективных решений проблемы раннего (от нескольких дней жизни до трех лет) возраста, выявления и специальной помощи сыграло переосмысление на современном уровне положений Л. С. Выготского о социальности развития младенцев и об их отношениях со взрослыми, об использовании сензитивного периода для предупреждения социально обусловленного отставания и связанных с ним вторичных отклонений в развитии (2).

Значительный вклад в создание системы *абилитации* (первоначального формирования) внесли зарубежные научные исследования по проблемам:

социально-эмоционального развития младенцев; влияния раннего эмоционального опыта ребенка на его дальнейшее развитие (Р. Болби, Д. Винникотт, М. Айнсворт и др.);

взаимодействия матери и младенца с оценкой их социального поведения (Ф. Фогель, Д. Н. Штерн и др.);

развитие младенцев у матери с психическими расстройствами и из группы социального риска – страдающими алкоголизмом, наркоманией, несовершеннолетних матерей, одиноких женщин с низким прожиточным уровнем (Т.М. Филд, Л. Беквит и др.).

Следовательно, обозначилась теоретическая основа, которую представляет большое количество исследований, посвященных различным аспектам поведения, физиологии и психического развития младенцев и детей раннего возраста, и которую, существенным образом пополнили работы отечественных специалистов (Мастюкова Е. М., Разенкова Ю. А. и др.).

Проведенные научные исследования зарубежных и отечественных ученых в области медицины, специальной психологии и педагогики убедительно доказали эффективность комплексной коррекционной помощи на самых ранних этапах развития проблемных детей. Уникальность этого возраста заключается в его особой чувствительности – сензитивности в формировании большинства специфически человеческих качеств и способностей. Практическое воплощение идеи создания системы ранней коррекционной помощи начинается с определения объекта воздействия. По мнению большинства специалистов, такая работа должна проводиться не только с детьми, имеющими определенные дефекты развития, но и при риске возникновения нарушений социальной адаптации в будущем. Главным инструментом выявления детей, нуждающихся в комплексной междисциплинарной помощи, должна стать система массового скрининга. При патологии развития на основе комплексного обследования необходимо оказание помощи совместными усилиями врачей, психологов, дефектологов, массажистов, диетологов, инструкторов по лечебной физкультуре и других специалистов. Грамотно организованная ранняя коррекция способна предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить реализацию реабилитационных мероприятий, а также обеспечить возможность некоторой части детей с ограниченными возможностями обучения в общеобразовательной школе. Существенный вклад работа с детьми раннего возраста вносит в коррекцию семейной ситуации.

Скрининг факторов риска проводится при первичном обращении родителей в генетическую или женскую консультацию. В период беременности при тщательном контроле за развитием плода в случае неблагоприятного течения будущей матери могут проводить предупредительное лечение. Также проводится выбор правильной техники ведения родов. В первые часы после рождения у ребенка обследуют состояние его органов, ткани, нервной системы. Все эти мероприятия от мониторинга состояния беременной женщины до выхаживания ребенка с нарушениями в раз-

витии обеспечивают комплексный подход в проведении медицинского аспекта абилитации. В последние годы особую актуальность приобретает проблема отрицательного воздействия на нервно-психическое развитие детей алкоголизм и наркомания родителей. Являясь социальным злом, они приводят в действие чисто биологические механизмы. Вызывая тяжелые повреждения соматического здоровья и генетического аппарата будущих родителей, алкоголь и наркотики могут воздействовать на развитие и дифференцировку нервной системы в период грудного вскармливания, а затем как чисто социальные факторы – в процессе воспитания маленького человека. Следует заметить, что научно-технический прогресс способствует появлению целого ряда новых химических, радиационных воздействий, которые по-разному влияют на организм матери и ребенка. Механизм действия негативных экологических факторов связан с развитием врожденных уродств и других генетических и токсических повреждений.

Программа медицинской абилитации тесно связана с программой психолого-педагогической абилитации детей раннего возраста и в своей реализации учитывает вредоносные факторы развития ребенка: болезни матери, патологию беременности, патологию родов, появление всех первых признаков аномального развития. Весь этот анамнез должен быть собран тщательнейшим образом. Абилитационные мероприятия желательнее проводить в домашних условиях в тесном контакте с матерью. В организации профилактических мер и лечебного ухода за ребенком большую роль играет семья и семейная обстановка. Следует иметь в виду, что абилитация ребенка должна носить комплексный характер. В ее реализации должны быть задействованы, как уже было замечено, многие специалисты: врач-педиатр, методист по лечебной гимнастике, логопед, психолог, социальный работник (педагог), которые обучают мать специальным коррекционным приемам выработки возрастных навыков у проблемного ребенка, вносят коррективы в предложенные упражнения.

При каждом дошкольном образовательном учреждении может быть организована группа кратковременного пребывания, где будет оказываться комплексная помощь ребенку раннего возраста с отклонениями в развитии, а также квалифицированная помощь его родителям.

Ранняя коррекция включает:

скрининг-диагностику всех новорожденных с указанием фактора риска в карте развития ребенка;

расширение деятельности кабинетов здорового ребенка в детских поликлиниках;

целенаправленное наблюдение педиатром за темпом психофизического развития ребенка из группы риска по месту его жительства;

оказание психолого-педагогической помощи родителям, имеющих детей с отклонением в развитии;

раннее начало систематической коррекционной работы.

Ранняя коррекционная работа решает основные задачи:

Развития, характерных для данного возраста психологических новообразований и ведущих видов деятельности (развитие общения, предметно-игровых действий, самостоятельности в быту, развитие восприятия и наглядно-действенного мышления, развития речи и т.д.);

создание условий для коррекции как общих, так и специфических отклонений в развитии (совершенствовать и развивать общие движения, ручную и мелкую моторику, способствовать социальному развитию, формировать предметную и предметно-игровую деятельность и т. д.).

Если ребенок младенческого возраста, то взрослый должен направлять свои усилия на удовлетворение потребностей ребенка в движениях, эмоциональном насыщении, в знакомстве с новыми предметами. Коррекционная работа с детьми младенческого возраста заключается также в обеспечении функций руки и сенсорно-двигательных координаций в процессе манипулирования, в развитии подражания и эмоционально-делового общения, в активизации лепета.

С наступлением раннего возраста, что связано с изменением ведущих мотивов и ведущей деятельности, взрослый создает условия для развития у ребенка познавательной активности, направленной на исследование свойств объектов и их функциональной назначенности (Что можно с

ним сделать? В чем его значение?). Решающее значение имеет совместная предметно-игровая деятельность, которая является предпосылкой успешного развития высших психических функций: восприятия, речи, мышления, памяти, эмоций, мотивации; обогащается сенсорный опыт. Значимым компонентом содержания взаимодействия на данном этапе детства является удовлетворение потребности ребенка в признании его достижений, что способствует формированию у него образа «Я» и «Я-сознание».

Абилитационную программу помощи следует вести в следующих направлениях: диагностическое, коррекционно-воспитательное. В *диагностическом* направлении ведущим является медико-психолого-педагогическое изучение ребенка в целях, с одной стороны, уточнения диагноза при динамическом наблюдении коррекционно-воспитательной работы, с другой, - разработки индивидуальной программы развития ребенка с постоянной корректировкой программы. Следующее направление – *коррекционно-воспитательное* должно быть направлено на исправление и развитие компенсаторных механизмов становления психики и деятельности проблемного ребенка, а также на предупреждение вторичных отклонений в развитии его познавательной сферы, формирование всех видов деятельности, характерных для данных возрастных этапов, поведения и личностных ориентиров. Коррекционно-воспитательное направление решает также задачи социализации, максимального уровня самореализации, становления нравственных ориентиров в деятельности и поведении. Коррекционные занятия ведут дефектологи, социальные работники, логопеды и носят как групповой, так и индивидуальный характер. Коррекционно-воспитательная работа проводится с психологическим сопровождением, для чего необходимо организовать комнату психологической разгрузки. Коррекционно-воспитательная работа проводится также в тесном контакте с медицинской абилитацией, которая включает медикаментозную терапию, физиолечение, электро-, свето-, лазеро-, магнитотерапию, водолечение, природотерапию, жемчужные ванны, массаж, диетотерапию, фитолечение, лечебную гимнастику. Регулярный врачебный контроль позволит вносить своевременные корректировки в программу индивидуального развития ребенка. Большое внимание должно уделяться развитию двигательных навыков малышей посредством мягких модулей: матов, горок-скаток, бревен, максимально использовать коррекционные игры с гигантскими мячами, мячами-модулями, сухие бассейны. Можно использовать также ходунки, качели, напольные манежи.

Отмечая ключевую позицию медицинских работников в профилактике детской инвалидности и предотвращения рождения ребенка с нарушениями в развитии, особенно на этапе раннего распознавания, комплексной диагностики и организации полноценного выхаживания младенцев с врожденными дефектами и относящихся к группе повышенного риска, следует обозначить главную роль педагогов-дефектологов, в частности, логопедов в системе абилитации.

Вопросы и задания:

1. Чем вызвана необходимость оказания ранней коррекционной помощи?
2. Почему работу по оказанию ранней помощи должна быть ориентирована на междисциплинарный подход?

3. Реабилитационная помощь детям с ограниченными возможностями

Дети с нарушениями развития представляют собой разнородную группу по причинам, формам, степеням выраженности нарушения и нуждаются в индивидуализированной, комплексной специализированной коррекционной помощи, максимальной реабилитации и ранней социальной интеграции, которая возможна при условиях: раннем выявлении проблемных детей, изучения распространенности тех или иных форм дизонтогенеза, интереса и потребностей родителей, образовательных учреждений и социума в отношении таких детей, обеспечения комплексной диагностики, коррекции и компенсации целостного развития детей по индивидуальным программам, со-

циальном адаптировании детей уже в дошкольный период жизни, обеспечении преемственности и подготовки их к школьному обучению, оказания комплексной медико-социальной, социально-правовой, коррекционно-педагогической помощи и психологической поддержки детям с проблемами в развитии.

Организационной формой оказания такой помощи являются центры психолого-педагогической диагностики и реабилитации детей и подростков. В структурной организации таких центров выделяются несколько направлений: диагностическое, учебно-воспитательное, коррекционно-оздоровительное. Реабилитационные центры должны быть ориентированы на оказание специализированной помощи разным категориям детей и подростков, обеспечения всесторонней комплексной диагностики личности, предоставление возможности оптимального развития, коррекционно-педагогической и социально-психологической поддержки, а также оказания помощи родителям и педагогам. Такие центры позволяют также обеспечить координацию усилий специалистов различных профилей: врачей-психиатров, педиатров, невропатологов, педагогов-дефектологов (сурдопедагогов, тифлопедагогов, логопедов, олигофренопедагогов и др.), психологов, юристов. Диагностическое направление осуществляет диагностическую, исследовательскую работу, направленную на изучение личностных особенностей детей к выработке рекомендаций для их максимальной реабилитации. В условиях таких центров создаются условия для коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями. Для осуществления коррекционно-оздоровительных мероприятий организуются коррекционные студии, система специальных кабинетов по лечебно-профилактической и оздоровительной работе, кабинет психоэмоциональной разгрузки, кабинет ЛФК и лечебно-укрепляющего массажа, кабинет спецтерапии, физиотерапии, медицинский и процедурный кабинеты. В других случаях, например, в структуре центра медико-педагогической реабилитации основными подразделениями являются: школа индивидуального обучения, лечебно-профилактический комплекс, медико-психолого-педагогический консилиум, психокоррекционное отделение, комплекс социально-трудовой реабилитации, комплекс креативной реабилитации.

Коррекционное воспитание – создание условий для приспособления к жизни в социуме, преодоление или ослабление недостатков, или дефектов развития отдельных категорий людей в специально созданных для этого организациях.

Задачи и содержание коррекционного воспитания зависят от характера и степени тяжести аномалии в развитии ребенка. В наиболее тяжелых случаях речь может идти лишь об элементарном приспособлении ребенка к жизни в ближайшем социуме (например, обучение гигиеническим умениям, умениям самостоятельно принимать пищу и т. п., детей, страдающих глубокой умственной отсталостью и некоторыми другими видами аномалий развития). В менее тяжелых случаях, не связанных с органическими поражениями систем и органов, речь идет о максимально возможном для конкретной аномалии и конкретного ребенка коррекции дефектных функций и параллельной адаптации ребенка к жизни в доступных пределах. Особое значение имеет развитие и использование компенсаторных возможностей ребенка. Так, глухих детей учат произношению, словесной речи, чтению. Слепому ребенка учат ориентироваться в пространстве, восприятию окружающего мира при помощи осязания и слуха. Очень важным аспектом коррекционного воспитания становится работа с семьей и ближайшим окружением, ибо от них зависит, получают ли они подкрепление усилиями, прилагаемые воспитателями, или, наоборот, они будут блокироваться. Коррекционное воспитание становится более эффективным в том случае, если в обществе создаются условия для вовлечения детей, подростков, юношей (да и взрослых) в участие в различных сферах социальной практики. В последнее десятилетие развернулась большая работа по вовлечению инвалидов в спортивные соревнования, конкурсы музыкантов, умельцев и т. д. Все это способствует их социальной реабилитации. Так, для реабилитации аутичных детей в комплексной коррекционной работе специалистами предложены следующие направления деятельности:

психологическая коррекция, которая включает установление контакта со взрослыми, смягчение фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов, стимуляцию психиче-

ской активности, направленной на воздействие со взрослыми и сверстниками, формирование целенаправленного поведения, преодоление отрицательных форм поведения. Работу по данному разделу осуществляет психолог.

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

Выявление и развитие творческих способностей детей. Музыка – важная область для аутичного ребенка, дающая ему массу положительных эмоций, а пение зачастую является началом речи.

Развитие общей моторики. Лечебная физкультура обязательна и незаменима. В связи с недоразвитием вестибулярного аппарата особое значение приобретают упражнения на равновесие, координацию движений, ориентировку в пространстве.

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

Социальная реабилитация – комплекс мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности. Процесс социальной реабилитации направлен не только на восстановление способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, но и самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам. Осуществление социальной реабилитации характеризуется комплексностью, последовательностью. В зависимости от профиля нарушения развития определяются важнейшие направления реабилитационной деятельности: диагностическое, медико-социальное, профессионально-трудовое, социально-психологическое, социально-педагогическое. Основными видами реабилитации инвалидов являются: медицинская, социально-средовая, профессионально-трудовая, психолого-педагогическая.

Выпадение детей с ограниченными возможностями из культурно и социально обусловленного пространства вследствие нарушения адекватных взаимосвязей со средой обуславливается несоответствием социопсихологического и психофизиологического статуса ребенка требованиям социальной ситуации. И без надежного социального диагноза вряд ли возможно говорить о построении каких-либо индивидуальных коррекционно-развивающих программ.

Первым этапом диагностики является *предварительное ознакомление с исследуемым объектом*. Сбор первичной информации, накопление материала, характеризующего сущность исследуемого объекта, пополнение базы данных имеет огромное значение для последующей работы с ребенком. Второй этап диагностики – *общая диагностика*. Этот этап включает комплекс методов по изучению объекта: наблюдение, беседу, анкетирование, интервью, личностный опросник, мониторинг. *Наблюдение* как метод применяется при изучении внешних проявлений поведения людей, без активного вмешательства в их деятельность. Метод *беседы* применяется для получения и корректировки информации на основе вербальной (словесной) коммуникации. *Анкетирование* – метод множественного сбора информации путем опроса респондентов (испытуемых). *Интервью* представляет собой индивидуальный опрос респондентов по заранее определенной теме. *Личностный опросник* характеризуется использованием стандартизированной анкеты, содержащей вопросы, на которые респондент дает либо положительный, либо отрицательный ответ. *Мониторинг* определяется как организация прогнозируемого отслеживания состояния исследуемой проблемы и проводится посредством апробированных тестов для изучения личности, социологических и статистических методов (социометрии, компьютерных технологий сбора и обработки данных и др.), анализа документации (медицинской, педагогической и др.) и продукции деятельности индивидуума (речевой, рисуночной, графической и т.д.).

Третий этап диагностики – *специальная диагностика*. Специальная диагностика дополняет и углубляет результаты общей диагностики. Методы, применяемые в специальной диагностике, идентичны методам общей диагностики, но более конкретизированы. На этом этапе завершается последний этап диагностики и начинается разработка конкретных индивидуальных коррекционных программ развития и социального восстановления личности ребенка с ограниченными возможностями.

Медицинская реабилитация включает в себя комплекс мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных, или утраченных функций организма, приведших к инвалидности. К таким мерам относятся санаторно-курортное лечение, профилактика осложнений, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, физиотерапия, лечебная физкультура, грязелечение, психотерапия и др. Государство гарантирует инвалидам обеспечение всех видов медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение. Все это должно осуществляться бесплатно или на льготных условиях в соответствии с законодательством РФ и законодательством ее субъектов.

Эффективность лечебно-оздоровительной работы во многом зависит от дифференцированного подхода к каждому ребенку, с учетом ведущего нарушения в его развитии, вторичных и осложняющих расстройств нервно-психической деятельности, сохранных функций и генетической программы. Комплекс лечебно-оздоровительной работы включает организацию общего и индивидуального для каждого ребенка режима, режим питания и диетотерапию, медикаментозное лечение, лечебную гимнастику, массаж, физио-, свето-, фито-, лазеро-, магнитотерапию, ортопедические мероприятия, психотерапию и т. д. В общей системе лечебных и коррекционных мероприятий необходимо соблюдение индивидуально разработанного для каждого ребенка режима. Не менее важной частью является полноценное питание. При организации питания необходимо учитывать возраст ребенка и характер его заболевания. В одних случаях необходимо включение дополнительных ингредиентов, в других – напротив, следует исключить из типового рациона различных продуктов питания. При некоторых заболеваниях диетопитание может быть основным методом лечения (фенилкетонурия).

Применительно к детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата используются ортопедические мероприятия. При двигательных нарушениях одним из регулирующих лечения является лечебная гимнастика и массаж. На улучшение состояния нервной системы, всего организма влияет физиотерапия (водотерапия, грязевые аппликации, горячее укутывание, другие физиотерапевтические средства). С целью стимуляции развития детей и улучшения компенсаторных возможностей мозга, лечения остаточных проявлений органического поражения центральной нервной системы (повышение внутричерепного давления, параличи и парезы конечностей, судорожный синдром, синдром двигательной расторможенности и эмоциональной возбудимости, нарушения слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и т. д.) применяется медикаментозное лечение. Лечение для каждого ребенка дифференцировано и проводится строго по назначению и под наблюдением врача.

В комплексной реабилитационной программе следует активно привлекать родителей к работе со своим ребенком. Родители при соответствующем руководстве могут преодолевать стрессовые состояния. В качестве основного метода лечения может применяться психотерапия. Психотерапия – это комплексное лечебно-педагогическое воздействие на психику с целью устранения болезненных проявлений и их предупреждений, развитие активного отношения к себе, к своему дефекту и окружающей среде. Психотерапия с детьми с отклонениями в развитии тесно связана с лечебно-оздоровительными коррекционными мероприятиями обучения, воспитания. Психотерапия – это сочетание лечебной педагогики и воспитания личности. Коррекция и терапия – тесно связанные технологии, социальные процедуры. Слово «терапия» означает уход, заботу, лечение; следовательно, решение социальных проблем всегда связано с воздействием на человека, его поведение, деятельность, психику. В научной литературе принято различать понятие «психотера-

пия» в узком медицинском смысле слова как метод лечения, и в широком, подразумевающем организацию труда и быта.

Психотерапия сегодня применяется в работе кабинетов семейных отношений и социально-психологической помощи, в работе различных социальных служб. Психотерапия может осуществляться при непосредственном контакте с клиентом или опосредованно: с помощью звукозаписи, печатного слова, произведений искусств, музыки, радио, телефона, телевидения и др. средств. Наиболее сильное психотерапевтическое средство – живое слово, непосредственное общение. Главное в психотерапевтической деятельности – стремление раскрыть в человеке-клиенте резерв скрытых возможностей. В психотерапевтической деятельности необходим правильный диагноз, правильная диагностика заболевания, в свою очередь, обеспечивает подбор адекватных методов, которые должны чередоваться, либо применяться в комбинации. В психотерапевтической деятельности необходима обратная связь с клиентом, психотерапия всегда должна быть индивидуализированной, личностно и социально ориентированной. Широко применяются следующие методы психотерапии: суггестивная психотерапия, групповая, поведенческая, семейная, рациональная, самовнушение. Часто используются психоанализ, трансактный анализ, гештальт-терапия, аутогенная тренировка и др. Аутогенная тренировка (создатель – И. Г. Шульц, немецкий психолог) представляет собой упорядоченное использование специальных упражнений и психологических релаксаций, помогает управлять эмоциями, восстанавливать силы, работоспособность, снимать напряжение, преодолевать стрессовые состояния. Поведенческая психотерапия основана на принципах бихевиоризма, способствует изменению поведения ребенка под воздействием позитивного стимула, снимает дискомфорт, неадекватную реакцию. Тренинг как вид поведенческой психотерапии, обучает управлять своими эмоциями, принимать решение, учит коммуникативности, уверенности в себе. Рациональная психотерапия как метод включает приемы разъяснения, внушения, эмоционального воздействия, изучения, коррекцию личности, логическую аргументацию. Активно используется трудотерапия как звено, соединяющее человека с социальной действительностью. По сути, это лечение занятостью, предохранение от личностного распада, создание условий для межличностного общения.

Социально-средовая реабилитация детей-инвалидов – это комплекс мер, направленных на создание оптимальной среды их жизнедеятельности, обеспечение условий для восстановления социального статуса. Такая реабилитационная деятельность нацелена на обеспечение инвалидов специальным оборудованием и оснащением, которое позволяет им стать относительно независимым в бытовом аспекте. Создание безбарьерной среды (строительство пандусов, специальных съездов и др. приспособлений во внешней среде, специальные поручни, расширенные межкомнатные дверные проемы и др. во внутренней среде) являются условиями для интеграции инвалидов в общество.

Под профессионально-трудовой реабилитацией понимается система гарантированных государством мероприятий по профориентации, профессиональному обучению и в дальнейшем трудоустройству инвалидов в соответствии с их здоровьем, квалификацией и личными склонностями. Профессиональное обучение проводится в обычных или специальных учебных заведениях, а также в системе производственно-технического обучения на предприятиях.

Специалисты справедливо считают, что реабилитация детей-инвалидов должна начинаться на самых ранних стадиях болезни, осуществляться непрерывно до достижения в минимально возможные сроки максимального восстановления или компенсации нарушенных функций. В индивидуальных комплексных программах реабилитации детей-инвалидов должны быть отражены не только основные аспекты реабилитации (медицинская, психологическая, педагогическая, социальная, социально-бытовая), но и реабилитационные меры, их объем, сроки проведения и контроль.

В детских домах, школах-интернатах для детей с ограниченными физическими возможностями сосредоточен контингент с различной степенью поражения опорно-двигательного аппарата. Здесь для их реабилитации наряду со спортивно-оздоровительной работой применяется профес-

сионально-трудовое обучение. В интернатах создаются учебно-производственные мастерские преимущественно двух профилей: столярное и швейное дело. Во многих интернатах детей-инвалидов обучают профессиям бухгалтера, машинописи с основами делопроизводства.

Проблемной стороной реабилитационного процесса в условиях дома-интерната для детей с ограниченными возможностями является его определенная замкнутость, что, в свою очередь, также создает определенные трудности в социализации детей, осложняет их адаптацию в обществе. Такие проблемы эффективнее решаются в реабилитационных центрах для детей и подростков с ограниченными возможностями. Примерное положение об этих центрах утверждено Министерством социальной защиты населения Российской Федерации в декабре 1994 года. В соответствии с ним целью деятельности центра является не только оказание детям с отклонениями в психофизическом развитии квалифицированной медико-социальной, психологической, социально-педагогической помощи, но и обеспечение их максимально полной и своевременной адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению труду. В некоторых реабилитационных центрах обучение детей-инвалидов школьного возраста в системе дополнительного образования проводится в коллективе их здоровых, нормально развивающихся сверстников. Первые учились не стесняться своего недуга, у них быстрее формировались необходимые коммуникативные знания, а вторые – видеть в своих товарищах по учебе полноценных людей. Но, к сожалению, не каждому инвалиду по карману оказываются расходы на прохождение отдельных курсов медицинской и социально-трудовой реабилитации. В этой связи заслуживает внимание опыт Австралии, где инвалид, проходя курс социально-трудовой реабилитации, получает надбавку к пенсии по инвалидности. И они практически полностью покрывают все расходы на эти цели.

Социально-педагогическая деятельность по поддержке лиц с ограниченными возможностями - это непрерывный педагогический процесс социального воспитания с учетом специфики развития личности человека с особыми потребностями на разных возрастных этапах и при участии всех социальных институтов. Л. С. Выготский предупреждал, что отклонения в развитии приводят к «выпадению» из социального и культурного пространства, к нарушению связи с социумом, культурой как с источником развития. Поэтому организация социально-педагогической деятельности по поддержке лиц с ограниченными возможностями - это построение образовательного пространства. Она осуществляется усилиями различных специалистов, но ведущая и интегрирующая роль в этом процессе принадлежит социальному педагогу. Свою деятельность социальный педагог осуществляет во взаимодействии с представителями всех социальных институтов: педагогами, психологами, врачами, социальными работниками, сотрудниками правоохранительных органов, трудовыми коллективами, родителями и другими заинтересованными лицами. Содержание работы социального педагога включает следующие направления:

- формирование здоровых, гуманных отношений в социуме;
- содействие саморазвитию личности;
- оказание помощи в социальной адаптации и реабилитации учащихся и выпускников;
- направление усилий на оздоровление и нормализацию отношений в семье;
- решение личных и социальных проблем учащегося;
- выявление и разрешение конфликтных ситуаций в межличностных отношениях;
- организация правового просвещения педагогов, учащихся, разъяснение их прав и обязанностей;
- представление интересов учащихся от имени специального (коррекционного) учреждения в органах внутренних дел или в суде;
- патронаж детей, нуждающихся социально-педагогической помощи.

Важнейшим аспектом инновационной стратегии в организации специализированной помощи детям с ограниченными возможностями является образование принципиально новых форм учреждений, работающих на междисциплинарной основе. Это комплексные психолого-медико-педагогические консультации, реабилитационные и психолого-медико-социальные службы. В системе Министерства труда и социального развития РФ существует сеть специальных учрежде-

ний для детей с инвалидностью. Это дома-интернаты для детей с глубокой умственной отсталостью, детские дома для детей с тяжелыми физическими отклонениями, специальные ПТУ, психоневрологические интернаты. В этих интернатах помимо медицинских программ реабилитации вводятся программы развития познавательных возможностей детей и подростков, привития трудовых и социально-бытовых навыков и умений.

Анализируя современную ситуацию в России в сфере специализированной помощи детям с ограниченными возможностями можно выделить инновационные направления в ее стратегии:

становление государственно-общественной системы специализированной помощи (создание специальных образовательных учреждений, социальных служб государственного и общественного секторов;

создание принципиально новых форм учреждений для оказания специализированной помощи;

организация ранней помощи детям с ограниченными возможностями в целях профилактики нарушений развития и своевременной коррекционной работы.

Вопросы и задания:

1. Раскройте основные причины необходимости реабилитационной помощи детям с ограниченными возможностями.

2. Определите основные направления реабилитационной деятельности с лицами с ограниченными возможностями. Почему задачи реабилитации должны носить комплексный характер?

4. Работа с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями

Для любой семьи рождение ребенка с отклонением в развитии – это величайшая трагедия. Рождение больного ребенка является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, и, в первую очередь, матерью. Стресс оказывает сильное травмирующее воздействие на психику родителей, приводит к чувству внутреннего дискомфорта, к различным проявлениям вегетососудистой дисфункции.

Специалисты выявили несколько различных аспектов особенностей таких семей (В. В. Ткачева). Так, на психологическом уровне эмоциональный стресс матери отражается прежде всего во взаимоотношениях с супругом. Рождение больного ребенка может усилить и проявить скрытый внутренний конфликт между членами семьи.

В социальном плане могут происходить следующие изменения. Семья становится малообщительной, сужает круг своих знакомых и ограничивает общение с родственниками в силу состояния ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей.

Вследствие сильных нервных перегрузок у матери больного ребенка могут проявляться различные соматические заболевания. Психотравмирующая ситуация, обусловленная рождением в семье ребенка с отклонением в развитии, рассматривается специалистами как фрустрирующая личность матери. Так, в частности, психиатры отмечают у 60% матерей, воспитывающих ребенка с детским церебральным параличом (ДЦП), проявления депрессивной симптоматики в различных формах (В. В. Ткачева).

По статистике, до 50% семей, у которых родился ребенок с отклонением в развитии, распадаются. Одну из главных причин этого явления специалисты видят именно в резком падении после рождения ребенка-инвалида их социального статуса.

Чтобы постоянно быть рядом со своими детьми, матери теряют работу по специальности, чтобы ухаживать за своим малышом, или же устраиваются на низкооплачиваемую, неквалифицированную работу, чаще надомного характера.

Аффективная напряженность матери, возникающая при рождении больного ребенка, неблагоприятно влияет на взаимоотношение матери с ребенком. Такая мать редко улыбается, непоследовательна, неровна в обращении со своим ребенком, постоянно напряжена, скована. Ребенок

же в такой ситуации растет нервным, беспокойным, требует к себе постоянного внимания. Но присутствие матери его не успокаивает, а напротив, еще больше возбуждает. Постепенно формируется болезненная зависимость «мать-ребенок», что значительно ухудшает процесс социализации ребенка.

Перечисленные проблемы говорят о возросшей значимости социальной адаптации не только ребенка с патологией, но и семьи, в которой он воспитывается. В сегодняшней экономической ситуации воспитание в семье детей с отклонениями в развитии является сложной задачей и, естественно, что такие семьи испытывают значительные *материальные и моральные трудности*. По данным выборочных исследований, всего 5 % родителей в таких семьях относятся к категории высокооплачиваемых. 36% родителей не имеют постоянного места работы. Мать в этих семьях лишена возможности полноценно работать. Примерно в каждой пятой семье мать не работает из-за того, что не с кем оставить ребенка, а учреждения с дневным пребыванием для детей-инвалидов отсутствуют. В каждой десятой семье мать имеет случайные заработки. Надомные формы труда в настоящее время развиты недостаточно, предприятия не идут на утверждение гибкого трудового графика и предоставление права на неполный рабочий день для матери ребенка-инвалида. На втором месте находятся *проблемы обучения и реабилитации ребенка средствами образования*. При интернатной форме обучения дети в течение как минимум пяти дней в неделю оторваны от семьи. В результате происходит отчуждение семьи от активного процесса воспитания, что сказывается на изолированности семейной системы от нужд и потребностей ребенка. Это - с одной стороны. С другой стороны, дети с тяжелой степенью инвалидности находятся за пределами образовательного пространства и направляются в интернаты системы социального обеспечения. Предусмотрена форма надомного обучения, но в категорию обучающихся на дому не попадают дети с глубокой умственной отсталостью. А для всех детей, обучающихся на дому, на первый план выступают проблемы изоляции от сверстников, выключения из социума. На третье место среди основных проблем семей, имеющих детей с отклонениями в развитии, сами родители при опросах выдвигают *получение полноценной медицинской помощи и социально-бытового обслуживания*. Нуждаемость таких семей в *психологической поддержке*, по разным источникам, составляет лишь 3,5%, что объясняется непривычностью такого рода помощи для нашего общества, несформированностью соответствующей потребности, боязнью вмешательства в интимную жизнь семьи. Очень низка и правовая самостоятельность семьи, имеющей ребенка-инвалида. Родители плохо ориентируются в быстро меняющемся законодательстве, зачастую не знают, на какие льготы они могут рассчитывать. На сегодняшний день существует достаточное множество различных нормотворческих актов, которыми определяется отношение общества, государства к инвалидам, и отношения инвалидов с обществом, государством. Многие положения этих нормотворческих актов создают надежное правовое поле жизнедеятельности и социальной защищенности как детей-инвалидов, так и их семей.

Специалисты на основе обследования семей, воспитывающих ребенка с отклонением в развитии, указывают на необходимость целенаправленной работы с родителями проблемных детей.

В социальной работе с такой категорией семей предлагаются следующие направления:

а) *диагностическое* с целью изучения особенностей семейного воспитания, разработки и реализации индивидуальных программ помощи семье;

б) *просветительское* с целью расширения представлений об особенностях развития детей с патологией и методах коррекционно-развивающей работы с ними;

в) *педагогической коррекции* детско-родительских отношений, повышения роли отца в воспитании ребенка;

г) *психокоррекционное*, направленное на гармонизацию семейных отношений, повышения чувства уверенности в свои силы, психологического климата в семье;

Если еще в начале 90-х годов XX века семьи, имеющие детей-инвалидов, были отдалены практически от общества и самостоятельно справлялись со своими проблемами, то сейчас заметны усилия общества, направленные на адаптацию, реабилитацию таких семей. Налицо позитивная

тенденция к приобщению детей с ограниченными возможностями к социальной среде, насыщению их жизни яркими событиями. Родители, в свою очередь, в сотрудничестве со специалистами и другими родителями обогащаются эмоционально, учатся преодолевать трудности, связанные с проблемами их ребят. Это помогает им легче переносить свои тяготы, побороть чувства беспомощности, одиночества. Семья, в которой есть ребенок с ограниченными возможностями – особый объект внимания социального работника. Получив информацию о такой семье, составив план оказания ей помощи по результатам патронажа, социальный работник разрабатывает рекомендации родителям, как следует ухаживать за ребенком с проблемами в развитии. План реабилитации (абилитации) составляется совместно с детским врачом на каждого ребенка.

В методике психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, выделяются два основных направления: *педагогическое и психокоррекционное*, которые реализуются в индивидуальной и групповой формах.

Основными целями психокоррекционной работы являются создание благоприятного психоэмоционального климата, формирование положительных установок в сознании родителей. Психокоррекционная работа должна быть направлена на гармонизацию родительско-детских, внутрисемейных отношений, на коррекцию неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей детей-инвалидов, на формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Педагогическое направление предусматривает обучение родителей больного ребенка методическим приемам коррекционной педагогики, участие в образовательно-воспитательном процессе. В целях оказания консультаций, информированности людей о своих правах необходимы специализированные службы, призванные решать задачи социальной помощи указанной категории населения. Подобные службы можно организовывать на базе специальных (коррекционных) школ под руководством заместителей директора по социальной защите либо при реабилитационных центрах, а также при группах кратковременного пребывания при дошкольных образовательных учреждениях. Такие школы специализированной помощи могут помочь родителям детей с ограниченными возможностями и детей-инвалидов обрести достойный социальный статус, что в значительной степени укрепляет психологический климат в семье.

Вопросы и задания:

1. Какие основные проблемы встречаются в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями?
2. Кто из отечественных специалистов занимается проблемами семей, имеющих детей с ограниченными возможностями?
3. Какие основные направления предусматривают специалисты в работе с данной категорией семей?

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

АГНОЗИЯ- нарушение процессов узнавания, возникающее при поражении различных отделов коры головного мозга и ближайших подкорковых структур. Различаются зрительная, слуховая, осязательная, пространственная и другие виды агнозии.

АГРАММАТИЗМ – ошибки в грамматическом построении активной речи (экспрессивный А.) и в понимании значения грамматических конструкций, включающих союзы, предлоги, согласования слов, их порядок в предложении и другие (пассивный А.).

АГРАФИЯ – вид нарушения письма, возникающий при различных расстройствах речи. Проявляется либо в полной неспособности писать, либо в грубом написании слов, пропусках слогов и букв, невозможности соединять буквы в слова.

АКАЛЬКУЛИЯ – нарушение счета и счетных операций вследствие поражения различных отделов коры головного мозга. При этом часто сохраняется способность узнавать цифры и писать их под диктовку.

АЛАЛИЯ – отсутствие или грубое недоразвитие речи у детей при сохранном слухе и первично сохранной возможности умственного развития.

АЛЕКСИЯ – вид нарушения чтения, возникающий при поражении различных отделов коры левого полушария (у правшей), или неспособность овладения процессом чтения.

АМБИДЕКСТРИЯ – одинаковое развитие функций обеих рук. Может быть врожденной или сформироваться в процессе специальных тренировок.

АМНЕЗИЯ – нарушение памяти с утратой способности запоминать, сохранять, узнавать и воспроизводить информацию. Возникает при различных локальных поражениях мозга.

АНАМНЕЗ – совокупность сведений от родителей или лиц, воспитывающих ребенка, о его развитии на всех этапах, включая беременность его матери и роды, и о течении его заболеваний. Сбор анамнеза является важной частью комплексного обследования ребенка.

АПРАКСИЯ – нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, возникающее при поражении коры головного мозга.

АТАКСИЯ – нарушение моторики, проявляющееся в виде расстройства координации движений.

АУТИЗМ – болезненное состояние психики, характеризующееся нарушением контактов человека и уходом от реального внешнего мира.

АФАЗИЯ – нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющее собой системное расстройство различных видов речевой деятельности.

АФФЕКТ – нервно-психическое возбуждение. Это сильное и относительно кратковременное эмоциональное переживание, возникающее под воздействием психотравмирующих ситуаций и эмоциональных реакций различного характера. А. сопровождается побледнением или покраснением лица, сужением или расширением зрачков, дрожанием губ и конечностей. Чаще наблюдается у лиц с неустойчивой психикой.

ВТОРИЧНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ – возникают опосредованно в процессе задержанного, искаженного или нарушенного развития ребенка. Являются основным объектом психолого-педагогического изучения и коррекции.

ГИДРОЦЕФАЛИЯ – водянка мозга, заболевание, при котором желудочная система мозга расширена за счет избыточного количества спинномозговой жидкости (ликвора). Может быть как самостоятельным наследственным заболеванием, так и осложнять течение других форм аномального развития. Тяжелая гидроцефалия у детей может повлечь за собой умственную отсталость, церебральные параличи, нарушения речи и слуха.

ДЕПРИВАЦИЯ – психическое состояние, возникающее в результате длительного ограничения возможностей человека, а в особенности ребенка, в удовлетворении его насущных биологических и социальных потребностей.

ДЕФИЦИТАРНОЕ РАЗВИТИЕ – патологическое формирование личности детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, зрения и слуха, с комбинированными нарушениями, при которых недостаток сенсорных стимулов вызывает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы.

ДЕЦИБЕЛ (дБ) – единица измерения интенсивности (силы) звука. В дБ принято измерять слуховые пороги у слабослышащих детей.

ДИЗАРТРИЯ – нарушение звукопроизводительной стороны речи, ее темпа и выразительности вследствие органического поражения ЦНС. Обусловлено недостаточной иннервацией речевого аппарата со стороны заднелобных и подкорковых отделов головного мозга.

ДИСГРАФИЯ – вид нарушения письма, при котором наблюдаются замены букв, пропуски и перестановки букв и слогов, слияние слов. В основе лежит неразвитость фонематического слуха и недостатки произношения.

ДИСЛАЛИЯ – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

ЗОНА АКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА – это актуальный уровень знаний, умений и навыков ребенка, проявляющийся на данном этапе его развития и обнаруживающийся в ситуации конкретного диагностического обследования. Понятие введено Л. С. Выготским.

ЗОНА БЛИЖАЙШЕГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (термин Л. С. Выготского) – это уровень знаний, умений и навыков, которых ребенок может достичь самостоятельно или с помощью взрослого (а также продвинутого сверстника, по Д. Б. Эльконину). Это потенциальные возможности развития ребенка.

ИННЕРВАЦИЯ – обеспеченность какого-либо органа или ткани нервными волокнами и нервными клетками.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ – система психолого-медико-социальных мер, направленная на исправление или преодоление недостатков психофизического развития ребенка.

НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ – качественно низкий (по сравнению с возрастной нормой) уровень сформированности той или иной речевой функции или речевой системы в целом.

ОНТОГЕНЕЗ – процесс индивидуального, прижизненного развития организма, представляющий собой совокупность взаимосвязанных анатомических, физиологических, психологических и иных изменений в организме. Онтогенез как развитие индивида сопоставляется с филогенезом как развитием вида.

ПАТОГЕНЕЗ – раздел патологии, изучающий взаимосвязь внутренних механизмов, лежащих в основе возникновения и развития болезненного процесса в организме.

ПЕРВИЧНЫЙ ДЕФЕКТ – нарушение, непосредственно вытекающее из биологического характера болезни (нарушение зрения или слуха при поражении анализаторов).

ПОСТНАТАЛЬНЫЙ – период после рождения ребенка.

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ – период до рождения ребенка.

РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ – психические расстройства, возникающие в результате психических травм и не связанные с органическим поражением ЦНС.

СИНДРОМ – определенное сочетание признаков болезни (симптомов), обусловленных единым происхождением.

ТОКСОПЛАЗМОЗ – паразитарное заболевание, заражение которым может происходить от диких и домашних животных. Токсоплазма может проникать сквозь плацентарный барьер, вызывая гибель плода или приводя к грубым порокам развития – водянке мозга, расщеплению верхней губы, отсутствию или недоразвитию конечностей и другим.

ФОНАЦИЯ – голосообразование.

ФОНЕМАТИЧЕСКИЙ СЛУХ – способность к слуховому дифференцированному восприятию звуков речи – фонем. Является основой для овладения звуковой стороной языка.

ЦНС (ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА) – это центральная часть нервной системы, состоящая из головного и спинного мозга, которая наряду с периферической частью, состоя-

щей из нервов, нервных клеток, нервных узлов, ганглий и сплетений, обеспечивает связь организма с внешней средой, адекватные психические и физиологические реакции на изменения во внешней и внутренней среде, координирует и регулирует деятельность всех систем и органов организма, обуславливая их функциональное единство.

ЭНЦЕФАЛИТ – инфекционное заболевание головного мозга, возникающее вследствие проникновения в мозговую ткань болезнетворных организмов.

ЭТИОЛОГИЯ – учение о причинах возникновения болезней (нарушений развития).

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 студентам 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 и новый материал.

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

Тема 1. Дефектология как комплексная психолого-педагогическая наука

1. Ознакомление с нормативно правовым законодательством о детях с ограниченными возможностями здоровья.

2. Рассмотреть и законспектировать в тезисной форме ответы на вопросы по теме занятия;

3. Дифференцировать понятия «умственная отсталость», «олигофрения», «деменция»;

4. рассмотреть и сравнить характеристики снижения интеллекта, предложенные ВОЗ и МКБ-10

Тема 2. Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

1. Рассмотреть и законспектировать в тезисной форме ответы на вопросы по теме занятия;

2. Выступить с планом-конспектом урока для детей с нарушением слуха;

подготовить коррекционно-развивающие игры для детей с нарушениями слуха и провести их на занятии

Тема 3. Формы обучения и воспитания детей с нарушениями развития.

1. Рассмотреть и законспектировать в тезисной форме ответы на вопросы по теме занятия;

2. Подготовить коррекционно-развивающие игры для детей с нарушениями речи и провести их на занятии;

3. Составить таблицу «Основные виды речевых нарушений», по следующим основаниям: а) расстройства фонационного оформления высказывания; б) нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания; в) нарушение развития речи; г) нарушения письма и чтения;

4. Научиться объяснять речь, используя русский тактильный алфавит для глухих (основные обиходные фразы)

Тема 4. Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями интеллектуального развития (умственно отсталые и с задержкой психического развития).

1. Рассмотреть и законспектировать в тезисной форме ответы на вопросы по теме занятия;

2. Подготовить коррекционно-развивающие игры для детей с нарушениями зрения;

3. Законспектировать программу коррекционного развития для детей с нарушениями зрения;

4. Знакомство со стандартным шеститочием для слепых людей и чтением по Л. Брайлю

Тема 5. Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями речи.

1. Рассмотреть и законспектировать в тезисной форме ответы на вопросы по теме занятия;

1. Подготовить корректирующие физические упражнения и коррекционно-развивающие игры для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

3. Написать сообщение на тему «Интеграция людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в современное общество»

Тема 6. Обучение, воспитание и развитие детей с сенсорными нарушениями.

1. Рассмотреть и законспектировать в тезисной форме ответы на вопросы по теме занятия;

2. Подготовить игры и тренинг для детей с синдромом раннего детского аутизма, аутистическими чертами личности;

Посмотреть фильм «Человек дождя» и составить психологический портрет главного героя Рэймонда, страдающего аутизмом

Тема 7 Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с комплексными нарушениями.

1. Рассмотреть и законспектировать в тезисной форме ответы на вопросы по теме занятия;

2. Изучить программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений 8 типов и законспектировать (одну программу по выбору); 3) составить таблицы:

- «Структура специального образования в России», включающую информацию о 8 видах специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях для детей с отклонениями в развитии, и 5 уровнях образовательных программ;

- «Система специальных (коррекционных) образовательных учреждений», включающую информацию об организационно-правовых формах, ведомственной принадлежности, направленности и спектру решаемых задач, профилях коррекционных учреждений в Российской Федерации

Тема 8. Особенности обучения, воспитания и развития детей с нарушениями поведения и личностного развития.

1. Рассмотреть и законспектировать в тезисной форме ответы на вопросы по теме занятия;

2. Подготовка презентации в Power Point на тему «Методические рекомендации по организации деятельности медико-психолого-педагогической комиссии»;

3. Круглый стол на тему «Направления деятельности психолого-медико-педагогической комиссии»

4. Подготовить вопросы директору, психологам, социальным педагогам, медицинским работникам реабилитационного центра, касающиеся физических и психических дефектов и их коррекции у детей;

5. Написать письменный отчет о видах реабилитации, современных методиках реабилитации, применяемых в «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Благовещенске;

6. Написать рефлексивный отчет по итогам изучения дисциплины с целью формирования собственной позиции к проблемам современной дефектологии.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов 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 студенты 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).

Темы самостоятельной работы представлены в таблице 1. *Таблица 1*

№ п/п	№ раздела (темы) дисциплины	Форма (вид) самостоятельной работы
1	2	3
1	Дефектология как комплексная психолого-педагогическая наука.	Разработка плана-конспекта урока для детей с нарушениями развития. Ознакомление с нормативно правовым законодательством о детях с ограниченными возможностями здоровья. Рассмотрение методик для определения «нормы» и «аномалии» детей. схемы «Классификация нарушений в психическом развитии детей»
2	Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).	Ознакомление с формами псих коррекционной работы с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья. Составление глоссария с использованием основных категорий специальной психологии: Олигофренопсихология; психология детей с психическим недоразвитием; психология детей с дисгармоничным развитием; тифлопсихология; сурдопсихология; логопсихология; психология детей с искаженным развитием
3	Формы обучения и воспитания детей с нарушениями развития.	Подготовка игр для детей с нарушением интеллекта
4	Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями интеллектуального развития (умственно отсталые и с задержкой психического развития).	Разработка программы социальной и психологической помощи детям с нарушениями речи.
5	Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями речи.	Разработка программы социальной и психологической помощи детям с нарушениями речи.
6	Обучение, воспитание и развитие детей с сенсорными нарушениями.	Разработка методик, игр в помощь детям с нарушением слуха. Составить программу коррекционного развития для детей с нарушениями зрения. Разработка игр для детей с нарушением зрения
7	Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с комплексными нарушениями.	Разработка программы психолого-педагогического сопровождения и образования ребенка со сложным дефектом. Составить схему: «Система помощи детям о сложными нарушениями в развитии: специальные учреждения»
8	Особенности обучения, воспитания и развития детей с нарушениями поведения и личностного развития.	Подготовить план мероприятия (круглый стол) на тему: «Направления деятельности психологомедикопедагогической комиссии». Подготовить презентацию на тему «Методические рекомендации по организации деятельности медикопсихологопедагогической комиссии». Подготовить отчет о видах реабилитации, применяемых в РГУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограни-

		ченными возможностями» г. Благовещенске; Подготовить презентацию о современных методических рекомендациях, применяемых в РГУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Благовещенске;
--	--	---

Задания для самостоятельной работы:

1. Одним из основных направлений самостоятельной работы студентов при изучении дисциплины «Экспериментальная психология» является выполнение заданий, полученных в ходе лекции. Совокупность заданий по каждой теме направлена на дополнение конспекта лекции, уточнение понятий, составление схем и т.д. Так, студентам может быть предложено выписать значение терминов, разработать пример экспериментального (квазиэкспериментального) исследования и проанализировать его валидность, составить таблицу, отражающую специфику методов исследования и т.д. Конкретный состав заданий определяется количеством аудиторных часов и часов для самостоятельной работы, предусмотренных для изучения темы. Общим для всех заданий является их малый объем и направленность на дополнение конспекта лекции. Выполняются задания, как правило, в лекционных тетрадях.

Тема 1: Дефектология как комплексная психолого-педагогическая наука.

Основные понятия: дефектология, коррекционная педагогика, дефект, норма, методы педагогического исследования в дефектологии, зона ближайшего развития, зона актуального развития, медицинский и социальный подходы к пониманию инвалидности.

Задания для самостоятельной исследовательской работы

1. Определите, какие методы исследования могут быть использованы при изучении уровня развития ребенка с диагнозами: а) ДЦП, б) алалия, в) олигофрения. Сравните медицинский и социальный подходы к пониманию инвалидности.

2. Изучив рекомендуемую литературу, составьте блок-схему «Отрасли дефектологии».

Контрольные задания

1. Приведите доводы «за» и «против» замены дефектологии коррекционной педагогией.

2. Изучите текст «Конвенции прав ребенка», проанализируйте его основные положения, определите, как Конвенция защищает права ребенка с ограниченными возможностями

3. В чем заключается различие между интегрированным и инклюзивным образованием? Составьте концептуальную таблицу.

4. Как вы понимаете термин «сопровождение развития ребенка с ограниченными возможностями». Приведите примеры.

Тема 2: Общая характеристика детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Основные понятия: коррекционно-развивающее обучение, сурдопедагогика, тифлопедагогика, олигофренопедагогика, классификация факторов дизонтогенеза.

Задания для самостоятельной исследовательской работыЗадание 1. Объясните следующие понятия:

Врожденные нарушения –

Приобретенные нарушения –...

Органические нарушения-...

Функциональные нарушения-...

Локальные нарушения-...

Диффузные нарушения-...

Задание 2. Вспомните героя повести В. Короленко «Слепой музыкант». Охарактеризуйте уровень развития ребенка и определите возможные пути его коррекции.

Контрольные задания

1. Найдите соответствия приведенным в левой колонке понятиям:

1. Познавательные возможности органа слуха:	А. отрасль дефектологии, разрабатывающая проблемы воспитания и обучения лиц с глубокими нарушениями зрения.
2. Сурдопедагогика —	Б. характеристика звука, соотнесение предмета со звуковым сигналом, определение удаленности объекта, материала, из которого изготовлен предмет, его содержимого, установление действий, какие осуществляются с предметом, ориентировка в пространстве и др.
3. Познавательные возможности органа зрения:	В. неоднородное состояние различной этиологии, для которого характерно нарушение познавательной сферы.
4. Тифлопедагогика —	Г. выделение в предмете формы, цвета, величины, материала, фактуры, конструкции, степени привлекательности и др.
5. Умственная отсталость —	Д. отрасль дефектологии, разрабатывающая проблемы воспитания и обучения детей с нарушениями слуха.

2. Найдите в каждом ряду понятие, не относящееся к трем другим.

Аргументируйте свой выбор:

1. Атрезии, отиты, колобомы, отиты

2. Органические нарушения, диффузные нарушения, технические нарушения, врожденные нарушения.

3. Тифлопедагогика, сурдопедагогика, дидактика, олигофренопедагогика 4. Микрофтальм, деменция, астигматизм, дальтонизм

Тема 3: Формы обучения и воспитания детей с нарушениями развития.

Основные понятия: коррекция, компенсация, реабилитация, средства коррекции, лекотека, образовательный маршрут

Задания для самостоятельной исследовательской работы

Задание 1. Лекотека – это система психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с проблемами развития. Деятельность лекотеки основана на гуманистическом подходе к воспитанию и направлена на:

- поддержку усилий родителей по развитию личности ребенка;

- налаживание эффективного общения ребенка с другими членами семьи;
- формирование предпосылок к обучению;
- гармонизацию родительско-детских отношений.

Целью создания лекотек является обеспечение психологопедагогического сопровождения детей в возрасте от 2 месяцев до 7 лет с нарушениями развития для социализации, формирования предпосылок к учебной деятельности, поддержки развития личности детей и оказания психолого-педагогической помощи родителям (их законным представителям).

Проанализировав дополнительную литературу, изучите и законспектируйте основные задачи лекотеки.

Задание 2. Учение о компенсации открывает творческий характер развития. Ряд ученых строили на нем происхождение одаренности. Так, В. Штерн выступил с тезисом: «То, что меня не губит, делает меня сильнее; благодаря компенсации из слабости возникает сила, из недостатков — способности» (1923). А. Адлер выдвинул идею сверхкомпенсации. Используя дополнительную литературу, запишите основные тезисы этой теории.

Контрольные задания

Заполните таблицы

№ 1. Средства коррекции

Традиционные	Альтернативные

№ 2. Коррекция

прямая	косвенная

№ 3. Функции

правого полушария	левого полушария

2. Составьте Т-схему по теме «Специальное образование»

Тема 4: Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями интеллектуального развития (умственно отсталые и с задержкой психического развития).

Основные понятия: сенсорный эталон, сенсорные расстройства, сенсорное воспитание, мелкая моторика, крупная моторика, артикуляционная гимнастика, снузелен.

Темы рефератов:

1. Типы сенсорных расстройств.
2. Стадии психического развития ребенка по Ж. Пиаже.
3. Учебные цели по развитию и коррекции познавательных функций.

Задания для самостоятельной исследовательской работы

Задание 1. При лечении различных заболеваний используется цветотерапия, или хронотерапия. Рекомендуется применять цвета как можно более разнообразно, т. е. облучаться этим цветом, есть пищу соответствующего цвета и одеваться в него. Воздействие цвета больше усиливается в эмоциональной, ментальной и духовной сферах. Изучив дополнительную литературу, проанализируйте и запишите, как визуальный ряд может влиять на поведение ребенка.

Задание 2. В последнее время все шире и шире распространяется ароматерапия — использование различных запахов, чаще всего в виде эфирных масел, в лечебных целях. Некоторые оптимисты заявляют, что ароматами «можно лечить все, кроме аппендицита». Изучив дополнительную литературу, проанализируйте и запишите, как ароматерапия может использоваться в психокоррекции детей с нарушениями в развитии.

Контрольные задания

1. В нижеприведенной таблице закройте листком бумаги правую колонку и постарайтесь вспомнить понятия. При необходимости закрепите понимание данных терминов, затем повторно проверьте свои знания.

<i>Представление —</i>	психический процесс отражения предметов и явлений, которые в данный момент не воспринимаются, но воссоздаются на основе нашего предыдущего опыта.
<i>Репродуктивное представление —</i>	простое механическое воспроизведение в памяти образов объектов реальной действительности, не воспринимаемых в данный момент времени.
<i>Продуктивное представление —</i>	воспроизведение образов предметов, не воспринимаемых в данный момент времени, в контексте новых условий и с учетом всех основных свойств этих предметов. По своему содержанию продуктивное представление близко к воображению.
<i>Статическое представление —</i>	особый вид представлений, характеризующий невозможность воспроизвести образ предмета, не воспринимаемый в данный момент, в новом смысловом контексте. Данный вид представлений характерен для детей дошкольного возраста.
<i>Внимание —</i>	направленность и сосредоточенность психической деятельности на чем-либо определенном.
<i>Память —</i>	процесс запечатления, сохранения, последующего узнавания и воспроизведения следов прошлого опыта.

<i>Произвольная память —</i>	психический познавательный процесс, который осуществляется под контролем сознания в виде постановки цели и использования специальных приемов, а также при наличии волевых усилий.
<i>Интеллект -</i>	совокупность всех сторон познавательной деятельности.
<i>В широком значении интеллект охватывает</i>	все психические функции, в узком — только высшие (произвольное внимание, активное запоминание, расчлененное восприятие, мышление, речь).
<i>Интеллектом также часто обозначают</i>	способность пользоваться формами мышления: понятиями, суждениями, умозаключениями.

2. Заполните пропуски:

1. сенсорное развитие — это ... и формирование представлений о внешних свойствах предмета.

2. одновременно с ... действий формируются у детей и основные умственные операции.

3. к типам сенсорных нарушений относятся элементарные (...) и сложные (...) расстройства.

4. сенсорика выполняет функции стимуляции психической активности,

..., создания основы для развития высших психических функций

а) не принимаю участия;

б) кратко высказываюсь в защиту стороны, которую считаю правой;

в) активно вмешиваюсь, чем «вызываю огонь на себя».

3. Заполните пропуски в следующих фразах:

1. На первое место в жизни младшего школьника выходит ... деятельность, в процессе которой ребенок получает и перерабатывает огромные объемы информации.

2. Между семью и двенадцатью годами дети осваивают различные понятия ..., а также начинают выполнять и другие логические манипуляции.

3. Главной особенностью развития речи в младшем школьном возрасте является то, что изучение речи для ребенка становится ...

4. Формирование способности оперирования представлениями определенного вида у ребенка целесообразно осуществлять таким образом, чтобы ...

5. В начальных классах сильным и конкурирующим с ... остается ... внимание детей.

6. Под воздействием требований школы ... и ... приобретают все более произвольный характер и становятся гораздо более активными

4. Найдите ошибочные суждения, аргументируйте свой выбор.

1. Обоняние обеспечивает самую короткую и надежную связь между окружающим миром и мозгом, несмотря на передачу 2 % информации.

2. Тактильная стимуляция не влияет на ощущения ребенка и не повышает чувствительности отдельных участков тела.

3. Развитое осязание очень значимо для многих видов профессионального труда, предметно-практической, художественной, музыкальной деятельности.

4. Направление снузелен — создание и обустройство специальных сенсорных комнат для временной изоляции детей с отклоняющимся поведением.

5. Визуальный ряд не оказывает воздействия на поведение ребенка.

5. Найдите в специализированных словарях толкование понятий «афазия», «деменция», «алекситимия», «госпитализм»; подберите примеры из научной и популярной литературы, иллюстрирующие содержание данных понятий.

Тема 5: Обучение, воспитание и развитие детей с нарушениями речи.

Основные понятия: логопедия, речевые нарушения, внешняя и внутренняя речь, аспекты овладения речью, принципы исследования речевой патологии, воспитание, обучение, коррекция, компенсация, адаптация, реабилитация.

Задания для самостоятельной исследовательской работы

Изучить специальную литературу по логоритмике и артикуляционной гимнастике. Составить картотеку упражнений для коррекции ротацизма и ламбацизма, а также для тахилалии у младших школьников. Продумать возможность включения таких упражнений в уроки по обучению грамоте.

Контрольные задания

1. Этот принцип исследования речевой патологии предполагает анализ процесса возникновения дефекта: А) принцип развития, Б) принцип системного подхода, В) принцип рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития, Г) нет правильного ответа
2. Эмоциональный контакт говорящих, их воздействие друг на друга мимикой, жестами, интонацией и тембром голоса; ситуативность являются отличительными чертами:
А) монолога,
Б) все ответы правильные,
В) диалога,
Г) полилога.
3. Какая речь нарушается в большей степени при дефектах речи?
А) письменная,
Б) диалогическая,
В) связная,
Г) монологическая.
4. Логопедия – это...
А) отрасль дефектологии, разрабатывающая проблемы воспитания и обучения детей с нарушениями слуха;
Б) наука о сущности и закономерностях образования, обучения и воспитания умственно отсталых детей;
В) наука о нарушениях развития речи, их преодолении и предупреждении посредством специального коррекционного обучения и воспитания;
Г) отрасль дефектологии, разрабатывающая проблемы воспитания и обучения лиц с глубокими нарушениями зрения.
5. Применение этого принципа позволяет своевременно выявлять осложнения в формировании тех или иных сторон речи:
А) принцип развития,
Б) принцип рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития,
В) принцип комплексности,
Г) принцип системного анализа речевых нарушений.

Темаб:Обучение, воспитание и развитие детей с эмоциональными нарушениями.

Основные понятия: эмоции, аффект, чувства, произвольность в поведении, психотравма, невроз, факторы риска возникновения эмоциональных нарушений.

Темы рефератов:

1. Коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы младшего школьника.
2. Факторы возникновения эмоциональных нарушений.
3. Виды свойств личности, предрасполагающих ребёнка к неврозу по А.И. Захарову.

Задания для самостоятельной исследовательской работы

Задание 1. Изучите пособия по психогимнастике. Разработайте конспект коррекционно-развивающего занятия для детей с высокой тревожностью

Задание 2. Прочитайте пособие А. И. Бороздина «Абилитационная педагогика», выберите одну из глав, наиболее привлекающую ваше внимание, и проанализируйте ее по методу «Двухчастный дневник».

Контрольные задания

1. В нижеприведенной таблице закройте листком бумаги правую колонку и постарайтесь вспомнить соответствующих терминов. При необходимости закрепите понимание данных терминов, затем повторно проверьте свои знания.

<i>Эмоции-</i>	непосредственное, временное переживание какого-нибудь чувства
<i>Настроение -</i>	общее эмоциональное состояние, окрашивающее в течение длительного времени все поведение человека
<i>Стенические эмоции</i>	стимулируют деятельность, увеличивают энергию и напряжение сил, побуждают к поступкам, высказываниям
<i>Астенические эмоции-</i>	переживания характеризуются скованностью, пассивностью
<i>Основные, «фундаментальные» эмоции» (по К. Изарду) -</i>	радость, удивление, страдание, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд
<i>Фрустрация-</i>	состояние человека, вызываемое объективно непреодолимыми (или субъективно так воспринимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели
<i>Эйфория</i>	радостное, приподнятое настроение со снижением критики

Воля -	сознательное регулирование человеком своего поведения и деятельности, выраженное в умении преодолевать внешние и внутренние трудности при совершении целенаправленных действий и поступков.
--------	---

2. Закончите предложения:

1. Товарищеские и дружеские контакты со сверстниками у младших школьников появляются под влиянием...

2. Цель в начале обучения возникает в соответствии...

3. Во время усвоения знаний, умений и навыков у младшего школьника совершенствование волевого акта в учебной деятельности происходит постоянно потому, что ...

4. Изменение эмоциональной сферы младших школьников вызвано тем, что...

5. Руководящая роль в формировании адекватного поведения школьников принадлежит ...

6. Настойчивость как важнейшая волевая черта характера развивается к ... классу

7. Для развития интеллектуальных чувств первоклассников важно опираться на

3. Заполните пропуски в предложениях словами и выражениями, данными ниже:

1. К основным факторам, влияющим на эмоционально-волевые нарушения, относятся: ...

2. В группу «трудные дети» входят:...

3. Для определения особенностей семейного воспитания используются...

4. Тревожно-мнительный тип воспитания наблюдается в тех случаях, когда с рождением ребенка

5. Одним из наиболее распространенных запросов школьному психологу со стороны учителя является ...

6. Характер проявления эмоциональных реакций связан с....

Слова для вставки: агрессивные дети, эмоционально-расторможенные дети, слишком застенчивые, ранимые, обидчивые, робкие, тревожные дети; одновременно возникает неотступная тревога за него, за его здоровье и благополучие; наблюдение, беседа с родителями и учителями, с самим учащимся, проективные методы; проблема эмоциональной неустойчивости, неуравновешенности учащихся; тип темперамента; природные особенности, социальные факторы, тип семейного воспитания, отношение учителя, влияние школьного психолога

Тема 8 Особенности обучения, воспитания и развития детей с нарушениями поведения и личностного развития.

Основные понятия: социализация, социальная адаптация, виды интеллекта, воспитанность и воспитуемость, безбарьерная среда

Задания для самостоятельной исследовательской работы

Задание 1. Постройте кластер по теме «Коррекция развития личности»

Задание 2. Разработайте примерный комплекс коррекции развития личности младшего школьника по нравственному и эстетическому воспитанию

Контрольные задания

Найдите в правой колонке соответствия понятиям из левой колонки:

1. Все аспекты поведения являются	А. должна быть ориентирована на потенциальную социальнопсихологическую полноценность формируемой личности
2. Социальная адаптация	Б. проявляется как основная трудность в обучении и осуществлении повседневных житейских навыков, а также в затруднениях, связанных с реализацией основных способностей личности — концептуального, практического и социального интеллекта
3. Установка врача и педагога	В. это процесс и результат усвоения человеком общественно-исторического опыта, становление человека как общественного существа.
4. интеллектуальная недостаточность	Г. частью общего процесса адаптации к окружающему миру, поэтому и интеллектуальное функционирование, и адаптивное поведение необходимо рассматривать в контексте общей адаптации.
5. Социализация —	включает базовое образование, различные аспекты воспитания. Она охватывает все необходимые жизненные роли, установки и события в их взаимосвязи.

Система специального образования. Интеграционные тенденции в образовании детей с особенностями психофизического развития

Основные понятия: специальное образование, вертикальная и горизонтальная структура специального образования, сущность дидактики в специальном и инклюзивном образовании, права и интересы инвалидов в России, система инклюзивного образования в России.

Задания для самостоятельной исследовательской работы

Задание 1. Рассмотрите проблему смены специального образования инклюзивным или интегративным, используя графический организатор «Фишбоун»

Задание 2. Ознакомьтесь с деятельностью инклюзивных школ, используя средства массовой информации и Интернет-ресурсы, или посетив их лично

Контрольные задания

Закончите предложения:

1. вертикальная структура специального образования состоит из...
2. практика обучения с отклонениями в развитии основывается на принципах ...
3. получение специального образования может осуществляться в следующих формах: ...

4. часть неслышащих, слабослышащих, позднооглохших, незрячих, слабовидящих, с нарушением (опорно-двигательного аппарата, расстройством эмоционально-волевой сферы, с тяжелыми нарушениями речи способна не только к освоению общего среднего образования, но и...