

Т. Г. Неретина

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА И КОРРЕКЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методический комплекс



ФЛИНТА



МПСИ



БИБЛИОТЕКА ПСИХОЛОГА

Татьяна Геннадиевна Неретина
Специальная педагогика и
коррекционная психология

*Текст предоставлен правообладателем http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=657795
Специальная педагогика и коррекционная психология: учеб. – метод. комплекс / Т.Г. Неретина:
Флинта, НОУ ВПО «МПСи»; Москва; 2010
ISBN 978-5-9765-0127-0, 978-5-9770-0244-8*

Аннотация

В учебно-методическом комплексе раскрыты основные вопросы специальной педагогики и психологии. Особое внимание уделено олигофренопедагогике и основам коррекционной работы с детьми, имеющими трудности в обучении («трудные» дети, дети группы риска, дети с задержкой психического развития, умственно отсталые дети).

Для студентов, аспирантов и преподавателей психологических и педагогических факультетов вузов.

2-е издание, стереотипное

Содержание

Пояснительная записка к учебно-методическому комплексу	5
Учебная программа курса «Специальная педагогика с основами коррекционной психологии»	7
Извлечение из Госстандарта ГОС ВПО специальности 050708 – «Педагогика и методика начального образования» и 031800 – «Логопедия» дисциплины «Специальная педагогика и коррекционная психология»	7
Теоретический материал курса	14
1. Введение в специальную педагогику	14
2. Причины нарушений развития	19
3. Понятие нормы в развитие человека	21
4. Основные этапы развития учения о людях с ограниченными возможностями	24
5. Актуальные вопросы олигофренопедагогики	29
6. Клинико-психологические аспекты проблемы умственной отсталости	37
7. Дети с задержкой психического развития	52
8. Нарушения деятельности психической сферы	57
9. Детский аутизм	66
10. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата	74
11. Дети с нарушениями зрения	80
12. Дети с нарушениями слуха	84
13. Дети с нарушениями речи	88
14. Нарушения сексуальной сферы у детей и взрослых	91
15. Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК)	95
16. Система социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями	98
17. О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений 1-8-го видов	101
18. Теоретические аспекты коррекционно-развивающего обучения	110
19. Сущность и содержание коррекционной работы	115
20. Технологии арттерапии	121
21. Особенности семейного воспитания детей с проблемами в развитии	141
22. Лечебно-педагогические методы коррекции	150
23. Коррекционная работа с «трудными детьми» и детьми «группы риска»	155
24. Диагностика задержки психического развития у дошкольников	167
25. Диагностика умственной отсталости (олигофрении)	173
26. Концепция социально-правовой защиты детства в России	179
27. Заключение, или обращение ко всем, кто думает о жизни...	187
Темы для самостоятельного изучения	189
План практических занятий по курсу	192
Контрольные вопросы и задания по курсу	195

Аттестационные педагогические измерительные материалы по курсу	199
Глоссарий	208
Рекомендуемая литература	216

Татьяна Геннадиевна Неретина

Специальная педагогика и коррекционная психология

Пояснительная записка к учебно- методическому комплексу

Главная цель издания учебно-методического комплекса – помочь студентам в изучении дисциплины «Специальная педагогика и коррекционная психология» и подготовке к текущему зачету и экзамену. Для более тщательного освоения данной дисциплины необходимо обратиться к списку рекомендуемой литературы.

В настоящее время во всех вузах студенты, обучающиеся по педагогическим специальностям, в обязательном порядке изучают курс «Специальной педагогики и коррекционной психологии». На разных факультетах, в зависимости от получаемой специальности, название данного курса может варьироваться, например «Коррекционная педагогика и специальная психология», «Специальная (коррекционная) педагогика», «Основы специальной педагогики и психологии», «Обучение и воспитание детей с нарушениями в развитии» и т. д.

Предлагаемый вашему вниманию учебно-методический комплекс представляет собой *синтез многочисленных литературных источников и личного педагогического опыта работы автора*, посвященный вопросам воспитания, обучения, развития, коррекции, социализации и интеграции в общество детей с проблемами в развитии.

Особенно полезен учебно-методический комплекс студентам-заочникам, так как он во многом облегчит изучение основных вопросов данной дисциплины и позволит не тратить время на поиск необходимой литературы.

Изложенный теоретический материал с разной степенью полноты охватывает все основные разделы курса – историю развития учения о слабоумии, олигофренопедагогику, сурдопедагогику, тифлопедагогику, лечебную педагогику, патопсихологию, коррекционную педагогику и др.

Раздел «Учебная программа курса» начинается с извлечения из Госстандарта ГОС ВПО специальности 050708 – «Педагогика и методика начального образования» и 031800 – «Логопедия» дисциплины «Специальная педагогика и коррекционная психология», в котором обозначено основное содержание данного курса. В учебной программе также пояснены основные знания и умения, которые студенты должны приобрести, изучая данный курс. В программе, помимо краткого изложения материала каждой лекции, перечислены художественные фильмы, просмотр которых также поможет при изучении данного курса.

Раздел «Теоретический материал курса» содержит достаточно полный материал 27 учебных лекций. Некоторые вопросы рассмотрены более подробно, отдельные лекции имеют обзорный характер. Акцент при подборе материала сделан на те категории детей, с которыми в большей степени приходится работать педагогам в общеобразовательных и специальных коррекционных учреждениях. Часть лекционного материала носит практический характер, то есть предложены конкретные приемы и упражнения по коррекции того или иного нарушения у ребенка.

Раздел «Темы для самостоятельного изучения» содержит список синдромов и план описания синдрома, рекомендации по подготовке памятки, а также перечень предлагаемых тем рефератов по основным вопросам курса.

Во время изучения данного курса целесообразно сначала внимательно и тщательно прочитать теоретический материал, затем проработать темы для самостоятельного изучения (по мере необходимости, возможно, на выбор). При подготовке практических занятий по данному курсу в разделе «План практических занятий по курсу» предложены темы некоторых практических занятий, план подготовки по данной теме, а также список рекомендуемой литературы.

Проверить уровень усвоения теоретического материала можно, используя контрольные вопросы и задания по курсу, а также аттестационные измерительные материалы для самоконтроля и самоанализа изученного материала (см. соответствующие разделы).

В конце комплекса предложен **гlossарий**, содержащий основные понятия, необходимые при изучении данного курса. Достаточно большое количество понятий описано в лекциях, поэтому в гlossарий вынесены те термины, определения которых нет в теоретическом материале.

В конце книги приведен список рекомендуемой литературы, который состоит из основной литературы, учебных пособий и рекомендаций, опубликованных в МаГУ, и дополнительной литературы по данному курсу.

Изучая данную область знаний, каждому человеку необходимо задуматься и ответить самому себе на вопросы: «Какого человека я считаю нормальным?», «А я – нормальный человек?»

В книге предлагаются варианты ответов на эти вопросы с точки зрения дефектологии и специальной педагогики, а также исходя из опыта общения с людьми, имеющими нарушения в развитии.

При изучении данного курса составитель учебно-методического комплекса желает всем терпения, оптимизма и веры!

Канд. пед. наук, доц. кафедры педагогики и психологии начального образования (ПиПНО)

Татьяна Геннадьевна Неретина

Учебная программа курса «Специальная педагогика с основами коррекционной психологии»

Извлечение из Госстандарта ГОС ВПО специальности 050708 – «Педагогика и методика начального образования» и 031800 – «Логопедия» дисциплины «Специальная педагогика и коррекционная психология»

Предмет, задачи, принципы, категории, основные научные теории коррекционной педагогики. Норма и отклонение в физическом, психологическом, интеллектуальном и моторном развитии человека. Первичный и вторичный дефект. Комбинированные нарушения, их причины. Профилактика, диагностика, коррекция недостатков личностного развития детей. Девиантное поведение детей. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы.

Основы специальной педагогики и психологии. Предмет, задачи, принципы, категории, теории специальной педагогики. Норма и отклонение в физическом, психологическом, интеллектуальном и моторном развитии человека. Первичный и вторичный дефект. Комбинированные нарушения, их причины. Профилактика, диагностика, коррекция недостатков личностного развития детей. Девиантное (отклоняющееся) поведение детей. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы.

Цель курса специальной педагогики и коррекционной психологии – помочь студентам, будущим специалистам в области начального образования, на основе активной самостоятельной работы систематизировать, уточнить и расширить свои знания основ специальной педагогики и коррекционной психологии, приобрести практические навыки работы с детьми, усвоить приемы выявления, коррекции и предупреждения дефектов развития. Ориентировать студентов на самостоятельное, углубленное изучение специальной литературы.

Задачи курса

1. Сформировать систему важнейших знаний, необходимых педагогу в его профессиональной деятельности для понимания сущности и путей решения проблем лиц с отклонениями в развитии.
2. Сформировать гуманистически ориентированное профессиональное мировоззрение будущего педагога, понимающего и принимающего проблемы людей с ограниченными возможностями и содействующего решению этих проблем.
3. Вызвать профессиональный интерес к кругу проблем специальной педагогики, стремление глубже овладеть знаниями, навыками, необходимыми в работе с детьми с ограниченными возможностями.
4. Побудить к приобретению специализаций в сфере специальной педагогики, что профессионально обогатит будущего педагога.

Место курса в системе освоения профессиональной образовательной программы. Изучение данного курса дает возможность получить знания (системы понятий, закономерностей) о людях (детях) с нарушениями в соматической, психической, двигательной, интеллектуальной или поведенческой сферах, которые ограничивают или затрудняют возмож-

ности социализации личности, ее интеграции в общество, а также трудоспособность и жизнедеятельность.

Предметом специальной педагогики являются пути, способы, приемы, условия, помогающие компенсации дефекта, нарушения и позволяющие достигать единых с общей педагогикой целей и задач развития и социализации личности.

В современной и специальной педагогике утвердилось положение о необходимости ранней диагностики отклонений в развитии детей. Ориентация педагогов и родителей на своевременное выявление и преодоление отставаний в развитии ребенка имеет исключительно важное значение для формирования личности человека, для подготовки к школьному обучению и для дальнейшей его жизни. Особая ответственность в этом плане лежит на работниках дошкольных и школьных учреждений, так как подавляющее большинство детей в нашей стране охвачены системой общественного воспитания.

Педагогам нередко приходится встречаться с детьми, имеющими различные отклонения в психофизическом развитии (нарушения зрительного восприятия, слуховой и речевой систем, интеллектуальной и эмоционально-волевой сфер, двигательной системы). В ряде случаев отмечаются не грубые формы нарушений, а легкие (слабовыраженные) отклонения от нормы. Поэтому педагогам необходимо знать все виды нарушений развития, причины, их вызывающие, способы их предупреждения и коррекции, что в совокупности условно можно определить как основы специальной педагогики.

Будущие учителя должны получить представления о социальном значении специальной педагогики, ее месте и функциях в человеческом обществе, об основных особенностях составляющих ее разделов (олигофренопедагогика, логопедия, сурдопедагогика, тифлопедагогика), об основных категориях аномальных детей, о специфике их обучения и воспитания, об основных типах учреждений для детей с отклонениями в развитии.

Курс специальной педагогики и коррекционной психологии подготавливает студентов к практической работе с детьми с нарушениями в развитии.

Требования к уровню освоения содержания курса

Студент должен знать:

- предмет и задачи специальной педагогики, источник получения педагогической информации;
- основные специальные термины;
- основные понятия курса;
- закономерности и сущность процессов воспитания и развития детей с особыми образовательными потребностями;
- причины нарушений в развитии;
- основные понятия олигофренопедагогики, сурдопедагогики, тифлопедагогики и лечебной педагогики;
- основные психофизические особенности детей с нарушениями в развитии;
- основные направления социальной адаптации и интеграции в общество детей с ограниченными возможностями;
- основные понятия курсов психопатологии, патопсихологии, невропатологии;
- основные методы обучения и воспитания детей с проблемами в развитии;
- основы логопедической работы с детьми с нарушениями в развитии;
- специальные образовательные (коррекционные) учреждения 1 – 8-го типов г. Магнитогорска;
- наиболее известные синдромы в развитии человека;
- принципы коррекционной работы с детьми с особыми образовательными потребностями.

Студент должен уметь:

- понимать сущность причин нарушений в развитии человека;
- ориентироваться в современной научно-методической и публицистической литературе по специальной педагогике и коррекционной психологии;
- проводить коррекционно-развивающие упражнения с разной возрастной аудиторией;
- общаться и выстраивать отношения с людьми с проблемами в развитии, как с детьми, так и со взрослыми;
- анализировать причины возникновения отклонения в развитии личности;
- определять основные группы нарушений в развитии по ведущим признакам и особенностям людей;
- применять полученные знания к объяснению процессов, происходящих в социуме;
- пользоваться основными коррекционно-развивающими технологиями;
- организовать коррекционно-развивающую и воспитательную работу с детьми с нарушениями в развитии в условиях детского дома и школы-интерната;
- проявить педагогическую культуру и педагогический такт при общении с людьми с ограниченными возможностями.

Содержание курса. Разделы

1. Развитие образования в современном мире. Анализ состояния образования на современном этапе.
 2. Вопросы специальной (коррекционной) педагогики.
 3. Объект, предмет, цели и задачи специальной педагогики. виды физических, психических, умственных нарушений у детей. Их проявления и распространенность.
 4. Задержанное психическое развитие. Дети с задержкой психического развития.
 5. Актуальные вопросы курса олигофренопедагогики.
 6. Дети с нарушениями речи и анализаторных систем.
 7. Нарушения психического развития. Диагностика нарушений психической деятельности детей. Психолого-педагогическая характеристика и социализация лиц с расстройством психики.
1. Комплексные нарушения темпа развития детей. Педагогические возможности преодоления вторичных отклонений в развитии человека.
 2. Становление личности и социализация человека с ограниченными возможностями.
 3. Современные педагогические системы обучения, воспитания и социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. Интеграция в сфере образования.
 4. Личность педагога, работающего в сфере интеграционного обучения; подготовка специалистов для работы с людьми, имеющими ограниченные возможности. Задачи учителя при работе с детьми, имеющими отклонения в развитии.

Темы и их краткое содержание

Тема 1. Развитие образования в современном мире. Анализ состояния образования на современном этапе России.

Развитие образования в современном этапе. Место России в мировом образовательном пространстве. Реформы школьных систем. Дифференциация обучения. Выявление и обучение одаренных детей, проблемных детей. Проблемы содержания образования. Цели и задачи образования для каждого человека.

Тема 2. Общие вопросы специальной (коррекционной) педагогики.

Понятийный аппарат специальной педагогики и история его становления. Понятия нормы и отклонения, здоровья и болезни, нарушения, дефекта в соматическом, психическом, моторном, интеллектуальном, речевом, сенсорном, эмоционально-волевом развитии человека. Эволюция этих понятий, их трактовка в истории развития человеческой цивилизации. Понятия о первичном и вторичном нарушении (дефекте), о комбинированном нарушении.

Медицинский, психологический, педагогический и социально-правовой контекст понятий специальной педагогики.

Систематика и статистика нарушений развития человека. Понятие об аномальном ребенке. Причины нарушений, отклонений, задержка в развитии человека с учетом единства биологических и социальных факторов.

Классификация нарушений, отклонений в развитии человека по причинам, видам, характеру последствий, от возникших нарушений, отклонений, задержек развития. Характеристика детей с нарушением развития. Статистика (мировые и отечественные данные) о частоте и соотношении различных отклонений, нарушений в развитии человека, в том числе у детей и подростков.

Тема 3. Объект, предмет, цели и задачи специальной педагогики. Виды физических, психических, умственных нарушений у детей. Их проявления и распространенность.

Объект, предмет, цели и задачи специальной педагогики. Виды физических, психических, умственных нарушений у детей. Их проявление и распространенность. Специальная педагогика как наука об аномальных детях, ее содержание, цели, и задачи. Сущность и назначение специальной педагогики, ее место в системе педагогического знания. Разделы специальной педагогики. Основной принцип специальной педагогики – раннее выявление и устранение (или сглаживание) отклонений в развитии человека. Содержание понятий компенсации, коррекции, реабилитации. Значимость компетентности педагога любой специальности в вопросах специальной педагогики. Возникновение специальной педагогики как науки, методы исследования специальной педагогики.

Тема 4. Задержанное психическое развитие. Дети с задержкой психического развития.

Психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР. Проблемы диагностики детей с ЗПР. Содержание понятия «задержка психического развития». Дети с ЗПР. Диагностика и выявление ЗПР у дошкольного и младших школьников. Признаки ЗПР у детей. Проблемы образования детей с ЗПР. Классы выравнивания и классы компенсирующего обучения. Школы для детей с ЗПР, специальные классы во вспомогательных школах. Проблемы диагностики уровня развития детей дошкольного и младшего школьного возраста. Проблемы построения образовательного процесса у учащихся с ЗПР. Изучение и коррекция ЗПР у детей. Организация коррекционной работы у детей с ЗПР. Принципы изучения ЗПР у учащихся общеобразовательных и вспомогательных школ. Организация отбора учащихся в специальные классы и школы для детей с ЗПР.

Тема 5. Актуальные вопросы курса олигофренопедагогики.

Олигофренопедагогика как наука о воспитании и обучения детей с отклонениями в развитии. Актуальные вопросы и основные понятия раздела. Развитие человека в норме и при отклонениях в интеллектуальной сфере. Дети и подростки с интеллектуальными проблемами. Понятийный аппарат, терминология и ее корректность. Содержание понятий «умственная отсталость», олигофрения, деменция, инвалид. Классификация умственных отклонений: идиотия, имбецильность, дебильность. Инвалиды первой и второй группы по интеллекту (имбецилы, идиоты). Характерные черты и возможности умственно отсталых людей, профобразование и трудоустройство. Теория и практика выявления нарушений умственного развития детей. Диагностика и методы психолого-педагогического исследования детей с нарушениями интеллекта.

Система социально-педагогической реабилитации лиц с нарушениями умственного развития. Адаптация и социализация их в обществе. Раннее выявление и коррекционно-педагогическая помощь детям с отклонениями умственного развития как перспективное направление специальной педагогики. Деятельность социальных служб (здравоохра-

нения, образования, социальной помощи) в диагностике, выявлении детей, нуждающихся в специализированной помощи. Модели деятельности и взаимодействия. Организация дошкольного воспитания для детей с отклонениями в развитии: специализированная помощь в семье, консультирование. Специальные детские учреждения. Диагностические группы. Работа с родителями. Формы воспитания детей с отклонениями в развитии: детские сады, семейные детские дома, воспитание на дому, с помощью домашнего учителя, пансионаты.

Тема 6. Дети с нарушениями речи и анализаторных систем.

Дети с нарушениями развития речи. Диагностика нарушения речи. Признаки нарушения речи. Причины отклонений в развитии речи. Возрастные проявления в нарушении речи. Психолого-педагогическая характеристика детей с проблемами в речевом развитии. Классификация отклонений речи по причинам, видам, характеру последствий. Диагностика нарушений. Педагогическая коррекция и система работы с детьми, имеющими нарушения в речи. Педагогическая коррекция общего недоразвития речи. Развитие связной речи и воспитание у детей речевой активности. Недостатки письменной речи. Организация логопедической работы с детьми в условиях их общеобразовательного обучения и воспитания. Логопедическая работа с детьми в условиях специального образования. Игры в логопедической работе с детьми. Речевые школы-интернаты.

Диагностика нарушения слуха. Причины нарушения слуха. Классификация детей с нарушением слуха. Дети с различно выраженными нарушениями слуха. Патология органов слуха. Диагностика нарушения слуха. Следствие слуховой недостаточности, причины нарушений слуха. Классификация нарушений слухового анализатора по времени возникновения, степени и периода развития дефекта: врожденные, приобретенные нарушения; глухие, слабослышащие, позднооглохшие. Система обучения и воспитания детей с нарушениями слуха. Социально-педагогическая реабилитация и интеграция лиц с недостатками слуха. Сурдопедагогика как наука об образовании детей с нарушением слуха. Обучение и воспитание детей со слуховой недостаточностью. Образовательные специальные учреждения для слабослышащих и глухих детей. Социально-педагогическая реабилитация и интеграция лиц с недостатками слуха. Возможности профессионального образования. Всероссийское общество глухих (ВОГ).

Диагностика нарушений зрения. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями зрения. Дети с нарушениями зрения, ранняя специальная диагностика. Значение зрения в психическом развитии ребенка. Причины нарушений зрительного анализатора. Классификация нарушений зрения по времени возникновения дефекта: врожденные, приобретенные; по степени нарушения зрительной функции: слепые, слабовидящие, поздноослепшие. Особенности детей с нарушениями зрения. Система обучения и воспитания детей с нарушениями зрения. Социально-педагогическая реабилитация лиц с нарушениями зрения. Тифлопедагогика как наука об образовании детей со зрительной патологией. Организация специального обучения и воспитания детей с нарушениями зрения. Система работы, специальные методы и приемы организации эффективного образовательного процесса у слепых и слабовидящих. Школа и школы-интернаты для слепых и слабовидящих детей. Возможности социализации и интеграции в обществе людей со зрительной патологией. Всероссийское общество слепых (ВОС).

Диагностика нарушений двигательной сферы. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Нарушение двигательной сферы. Диагностика и выявление нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА) у детей и взрослых. Причины двигательных отклонений. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями ОДА. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП). Причины и формы ДЦП. Особенности детей с ДЦП. Система обучения и воспитания, проблема социа-

лизации лиц с нарушениями ОДА. Образование детей с нарушениями ОДА. Проблемы специализации, интеграции, трудоустройства и жизнедеятельности лиц с нарушениями двигательной сферы. Лечебная педагогика, специальный тип школ для детей с нарушениями ОДА. Школы-интернаты для детей с последствиями полиомиелита. Спецклассы в рамках общеобразовательной школы.

Тема 7. Нарушения психического развития. Диагностика нарушений психической деятельности детей. Психолого-педагогическая характеристика и социализация лиц с расстройством психики.

Нарушения деятельности психической сферы детей. Диагностика, выявление и причины отклонений психики. Классификация по степени отклоненности нервно-психических нарушений у детей: минимальная мозговая недостаточность, невропатия, невроз, органические нарушения нервной системы, психическое недоразвитие, психопатия, психические заболевания: психозы, эпилепсия, шизофрения. Школьные психозы и неврозы. Недостатки характера.

Тема 8. Комплексные нарушения темпа развития детей.

Педагогические возможности преодоления вторичных отклонений в развитии человека.

Понятие вторичного дефекта. Дети и подростки с комплексными нарушениями. Проблема образования для лиц, имеющих комплексные нарушения. Изменения характера содержания и организации педагогической поддержки лиц с ограниченными возможностями под влиянием интеграции. Специальные технические средства компенсации дефекта. Система коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями. Профобразование, трудоустройство, социальная интеграция людей с различными отклонениями.

Тема 9. Становление личности и социализация человека с ограниченными возможностями. Концепция социально-правовой защиты личности.

Лица с ограниченными возможностями как социальное меньшинство. Психосоциальные проблемы лиц с отклонениями в развитии: наличие предубеждений по отношению к ним со стороны нормального большинства общества; социокультурная дискриминация; негативное эмоциональное восприятие индивидов; лица с отклонениями в процессе общения и взаимодействия с ними. Формирование социального самосознания и поведения лиц с ограниченными возможностями под влиянием негативных социальных факторов: пессимизм, выработка негативных социальных стереотипов.

Тема 10. Современные педагогические системы обучения, воспитания и социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. Интеграция в сфере образования.

Современные педагогические системы обучения, воспитания и социальной интеграции детей и взрослых с ограниченными возможностями. Понятие об интеграции и сегрегации в специальной педагогике. Сегрегационные и интеграционные модели педагогических систем в специальной педагогике. Виды интеграции, их достоинства и недостатки, возможности реализации применительно к той или иной группе детей с ограниченными возможностями. Социальное восприятие детей и подростков с ограниченными возможностями. Изменение взглядов и оценок в процессе социализации. Психолого-медико-педагогическая комиссия.

Тема 11. Личность педагога работающего в сфере интеграционного обучения; подготовка специалистов для работы с людьми, имеющими ограниченные возможности. Задачи учителя при работе с детьми, имеющими отклонения в развитии.

Личность педагога, работающего в сфере интеграционного обучения; подготовка специалистов для работы с людьми, имеющими ограниченные возможности. Задача учителя при работе с детьми, имеющими отклонения в развитии. Важнейшие личностные характе-

ристики педагога, работающего с детьми и взрослыми, имеющими те или иные отклонения в развитии и ограниченные возможности. Специфические профессиональные умения коррекционного педагога, отличающие его деятельность от деятельности педагогов, работающих с обычными людьми. Система подготовки специалистов-дефектологов в системе педагогического образования. Задачи учителя при работе с детьми с ограниченными возможностями, цель специального образования, технологии работы с «необычными» детьми.

Перечень обучающих, контролирующих программ, кино– и телефильмов, мультимедиа и т. д.

Художественные фильмы: «Мир глазами ребенка», «Пролетая над гнездом кукушки», «Пианино», «Запах женщины», «Танцующая в темноте», «Венера в коробке», «Игры разума», «Человек дождя», «Страна глухих», «Глаза», «Джонни», «С первого взгляда», «Инстинкт», «Возрождение», «Зеленая миля», «Идиоты», «Дансер», «Испытание любовью», «Без изъяна», «Старухи» и др.

Теоретический материал курса

*Красавица в автобусе сидела у окна,
И с завистью вздохнула я: «Мне стать бы как
она»,
Но девушка на выход поднялась, заковыляв,
И вдруг я поняла: она идёт на костылях.
О, Господи! прости, когда стонать я начинаю,
Есть две ноги, и мир я благодарно принимаю.*

*Я заболталась с продавцом, он был умён, красив,
Ещё раз за покупками зайти он пригласил.
Он мне сказал: «Дай Бог здоровья Вам на много
лет,
Как жаль, что я не вижу Вас, я от рождения
слеп».
О, Господи! прости, когда стонать я начинаю
Я зрячая. И мир я благодарно принимаю.*

*Прелестный мальчуган, как изваяние само,
Сидел не двигаясь, и я сказала: «Мальчик мой!
Что ж ты один? Твои друзья играют за углом».
Но безучастно он сидел. Я поняла: он глух..
О, Господи! прости, когда стонать я начинаю,
Я слышу жизнь. И мир я благодарно принимаю.*

*Есть ноги. Я могу бродить наедине с собой.
Восторженно глаза глядят на небо голубое.
Есть уши. И я слышу рокот дальнего прибоя.
О, Господи! прости, когда стонать я начинаю,
Благословенна я и мир с Любовью принимаю.*

П.Х. Марион

*Кто-то, когда-то должен ответить, высветив правду, истину
вскрыв: Что же такое – **трудные дети**? Вечный вопрос или большой
нарыв... Вот он сидит перед нами, взгляните! Сжался пружинкой,
отчаялся он, С миром оборваны тонкие нити, словно стена, без дверей
и окон... Вот они, главные истины эти: **поздно заметили, поздно
учли... Нет!!! Не рождаются трудными дети! Просто им вовремя не
помогли!***

С. Давидович

1. Введение в специальную педагогику

План лекции

1. Специальная педагогика как наука.
2. Специальная педагогика как общепринятый международный педагогический термин.
3. Дефектология как наука

4. Теоретические основы дефектологии.
5. Разделы дефектологии.
6. Смежные с дефектологией науки.
7. Предпосылки возникновения специальной педагогики.
8. Обучение и развитие аномальных детей.
9. Цель всех разделов специальной педагогики.
10. Центральная проблема специальной педагогики.
11. Разделы специальной педагогики.
12. Основные задачи специальной педагогики.
13. Основные методы специальной педагогики.

Современные статистические данные подчёркивают актуальность курса специальной педагогики и коррекционной психологии (данное название курс получил в 1995 г. при изменении стандартов образования, раньше в педагогических вузах читался курс дефектологии) не только для специалистов-педагогов, но и для людей различных профессий.

В настоящее время в Западной Европе нет ни одной школы или детского сада, где бы вместе с обычными детьми не находились дети с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности. Анализ современного положения российского образования вновь и вновь заставляет специалистов высших учебных заведений задумываться над такими вопросами, как:

Готов ли сегодня педагог обычной общеобразовательной школы к педагогической работе с этой категорией обучающихся, воспитанников?

Знает ли он их особенности и образовательные возможности?

Владеет ли специальными приемами и способами обучения при возникновении затруднений?

Знает ли он о том, где получить необходимые знания, консультации по специальной педагогике, по конкретным вопросам обучения и воспитания?

Может ли отнестись к этим детям с любовью, терпением и верой в их возможности?

Специальная педагогика (называемая в нашей стране также дефектологией и в частных случаях коррекционной педагогией) является составной частью педагогики, одной из ее ветвей. Специальная педагогика – это теория и практика специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств затруднительно или невозможно.

В международной педагогической теории и практике общеприняты понятия «специальная педагогика» и «специальное образование». Название «специальная педагогика» используется как общепринятый международный педагогический термин, так как соотнобразуется с современными гуманистическими ориентирами мировой системы образования: корректность, отсутствие унижающего человека ярлыка (клейма).

На протяжении долгого времени в педагогических вузах изучалась такая наука, как **дефектология** (недостаток, слово, учение) – наука о психофизических особенностях развития детей с физическими и психическими недостатками. Специальная педагогика является разделом дефектологии, которая, в свою очередь, включает еще три раздела: специальную психологию, тифлотехнику и сурдотехнику.

Теоретические основы дефектологии были заложены Львом Семёновичем Выготским. Как сказал Р.М. Боскис, «...Выготский дал нам в руки блестящую теорию решения сложнейших вопросов дефектологии». Он определил общие закономерности обучения и развития аномальных детей разных категорий, основные принципы коррекции, имеющих нарушения. Основопологающим для дефектологии считается 1924 год. Важную роль в формирова-

нии дефектологии сыграло развитие комплексного подхода к изучению детей с нарушениями в развитии (педагоги, врачи, психологи, физиологи, физкультурники).

Многие учёные внесли свой вклад в развитие дефектологии, среди них психиатр Г.Я. Трошин (1874–1938). Он исходил из того, что законы развития нормального и аномального ребёнка одни и те же, но эволюция развития детей с отклонениями идёт медленно, и они проходят не все стадии филогенетического развития. «По существу, между нормальными и ненормальными детьми нет разницы, – писал Г.Я. Трошин, – те и другие – люди, те и другие – дети, у тех и у других развитие идёт по одним и тем же законам. Разница заключается лишь в способе развития» (это не биологическая, а социальная точка зрения).

Ещё недавно, говоря о людях с отклонением в развитии, употребляли такие слова, как: аномальный, дефектный, ненормальный, калека, инвалид, слабоумный, дегенерат (ребёнок с недостатками в развитии, одарённый ребёнок с патологией характера). Сегодня современная наука, основываясь на гуманистическом подходе, использует иные понятия: отстающий, слабоодарённый, малоспособный, замедленный, странный, необычный, слабый ребёнок. Именно такие люди являются объектом изучения и дефектологии, и специальной педагогики.

Дефектология как целостная отрасль знаний сложилась в результате развития и интеграции отдельных, смежных с ней наук и отраслей: медицины, психологии, педагогики, физиологии.

Итак, дефектология содержит ряд разделов:

- специальная психология;
- специальная педагогика;
- сурдотехника;
- тифлотехника.

Последние два раздела разрабатывают технические средства обучения, коррекции и компенсации дефекта.

Смежные с дефектологией науки:

- **невропатология** – наука об органических и функциональных болезнях ЦНС;
- **патологическая анатомия** – наука, изучающая отклонения в строении организма;
- **патофизиология** – наука о закономерностях возникновения, развития и течения патологических процессов;
- **общая и медицинская генетика** – наука о законах наследственности и наследственных заболеваниях;
- **психопатология** – наука, изучающая болезни психики, их причины, течение, предупреждение и лечение;
- **патопсихология** – отрасль психологии, изучающая изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга;
- **детская психиатрия** – наука, изучающая психопатологические проявления в детском возрасте;
- **отоларингология** – наука о заболеваниях уха, носа, горла;
- **офтальмология** – наука о заболеваниях органов зрения.

Специальная педагогика является наукой, которая связывает дефектологию и педагогику. Первые предпосылки возникновения специальной педагогики были обозначены великим педагогом Я.А. Коменским (1592–1670). В «Великой дидактике» он писал: «...Кто по природе медлителен, зол и туп, тот тем более нуждается в помощи, чтобы по возможности освободиться от бессмысленной глупости. И нельзя найти такого скудоумия, которому совершенно уже не могло бы помочь образование...»

В настоящее время под **специальной педагогикой** понимают **отрасль педагогики, предметной областью которой является человек, развивающаяся личность, с наруше-**

ниями в соматической, психической, двигательной, интеллектуальной или поведенческой сфере, которые ограничивают или затрудняют возможности социализации, интеграции в общество, трудоспособность и жизнедеятельность.

Объект специальной педагогики – специальное образование лиц с особыми образовательными потребностями как социокультурный, педагогический феномен.

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

Предмет специальной педагогики – теория и практика специального образования, что включает в себя изучение особенностей развития и образования человека, имеющего ограниченные возможности жизнедеятельности, особенностей становления и социализации как личности, а также использование этого знания для нахождения наилучших путей, средств, условий, которые обеспечат коррекцию физических или психических недостатков, компенсацию деятельности нарушенных органов и систем организма и образование такого человека в целях его социальной адаптации и интеграции в общество и обеспечение ему возможности максимально независимой жизни.

Обучение и развитие аномальных детей – это целенаправленный процесс передачи и усвоения знаний, умений и навыков, посильных видов деятельности, основное средство подготовки к максимально самостоятельной жизни и общественно полезному и личностно значимому труду.

Цель всех разделов специальной педагогики – определение тех условий обучения и воспитания, которые адекватно учитывают все особенности развития аномального ребенка и максимально способствуют преодолению имеющихся у него отклонений. При подборе системы и методов обучения ребенка с отклонениями развития обязательно учитываются его возраст, время возникновения дефекта, а также глубина (степень) поражения и место поражения.

Развитие аномального ребенка в большей степени, чем нормального, зависит от обучения. Поэтому при отсутствии обучения или его несвоевременном начале наносится непоправимый ущерб развитию детей, тормозится формирование их психических функций, углубляется отставание от нормально развивающихся сверстников, при сложных дефектах возможности умственного развития могут оказаться нереализованными. Л.С. Выготский писал: «Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают это иным способом, на ином пути, иными средствами, и для педагога особенно важно знать своеобразие пути, по которому он должен повести ребенка».

Воспитание, обучение и развитие особого ребенка должно носить *развивающий характер*, учитывать зону ближайшего развития, то есть запас потенциальных возможностей, формирующихся функций аномального ребенка, которые он не может развить самостоятельно. Зона ближайшего развития определяет, согласно Л.С. Выготскому, не только имеющиеся возможности, но и перспективу психического развития ребенка.

Обучение должно стимулировать развитие ребенка, правильно организованное обучение ведет за собой развитие, опираясь на формирующиеся психические функции. Данную мысль можно выразить формулой:

$$\text{Обр. } L = O + B \rightarrow P$$

Центральная проблема специальной педагогики – проблема трудового воспитания, обучения и коррекции дефектов развития. Приобретая трудовые навыки, дети получают возможность всестороннего развития и подготовки себя к дальнейшей взрослой жизни.

Важное значение имеет коррекционно-воспитательная работа для формирования эмоционально-волевой сферы аномальных детей и исправления отдельных недостатков личности и отклонений в поведении.

Специальная педагогика имеет ряд узкоспециализированных разделов, которые зависят от вида нарушения в развитии.

РАЗДЕЛЫ специальной педагогики	ГРУППЫ ДЕТЕЙ
1) тифлопедагогика	1) слепые и слабовидящие дети;
2) сурдопедагогика	2) глухие и слабослышащие дети;
3) тифлосурдопедагогика	3) слепоглухие дети;
4) олигофренопедагогика	4) умственно отсталые дети, ЗПР;
5) логопедия	5) дети с нарушениями речи (логопаты);
6) лечебная педагогика	6) дети с нарушениями ОДА;
7) коррекционная педагогика	7) психопаты, аутичные дети, дети с ЗПР, дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

Основные задачи специальной педагогики:

1. Выявление и учет детей с проблемами развития.
2. Разработка методов ранней диагностики аномалий развития.
3. Обоснование и разработка принципов организации и развития сети спецучреждений для аномальных детей.
4. Определение целей, задач, содержания и методов учебно-воспитательного процесса в учреждениях для аномальных детей.
5. Разработка системы профилактической, коррекционной, реабилитационной работы, по предупреждению аномалий детства (информирование будущих и настоящих родителей о возможных причинах нарушений развития у детей).
6. Повышение эффективности процесса социализации аномального ребенка на разных этапах развития.

Основные методы специальной педагогики: наблюдение; обследование; беседа; эксперимент; анализ результатов деятельности детей; социологические и психологические методы исследования.

Специальная педагогика имеет единую цель и принципы с общей педагогикой, хотя и разрабатывает свою концептуальную систему исходя из специальных задач обучения, воспитания и развития детей с отклонениями в здоровье. Единая цель заключается в достижении развивающейся личностью социализации и самореализации, специальная педагогика подчеркивает в этой цели сущностный для человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности смысл: **достижение им максимально возможной самостоятельности и независимой жизни** как высокого качества социализации и предпосылки для самореализации.

К **аномальным** (от *греч.* «неправильный») относят детей, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению общего развития. Дефект (лат. «недостаток») одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Наличие того или иного дефекта еще не предопределяет аномального развития. Аномальными считаются дети с нарушением психического развития вследствие дефекта и нуждающиеся в **специальном обучении и воспитании**.

Обучение и воспитание таких детей, включение их в общественную жизнь и производственную деятельность – сложная социальная, психологическая и педагогическая проблема.

2. Причины нарушений развития

План лекции

1. Классификация нарушений в развитии человека по причинам, которые их вызывают.
2. Причины эндогенных и экзогенных нарушений.
3. Нарушения вследствие органических расстройств.
4. Нарушения вследствие функциональных расстройств.
5. Причины врождённых нарушений.
6. Причины приобретенных нарушений и нарушения социального характера.

Классифицируя нарушения по причинам, которые их вызывают, выделяют несколько групп.

По источнику происхождения нарушения:

1. Эндогенные (внутренние) – возникающие по причинам, лежащим во внутренней среде организма (проблемы, связанные с генетикой).
2. Экзогенные (внешние) – возникающие по причинам, лежащим вне организма (травмы, инфекции, нарушение питания).

По структуре дефекта:

3. Органические – поражения коры головного мозга, правого и левого полушарий, центральной нервной системы (ЦНС), т. е. вследствие органических нарушений в организме.
4. Функциональные – расстройство функции различных систем в организме, нарушение процессов возбуждения и торможения в ЦНС.

По времени возникновения отклонения:

5. Врождённые – вследствие заболевания матери в перинатальный период, а также наследственных генетических поражений.
6. Приобретённые – вследствие природных (натальных) и послеродовых (постнатальных) поражений организма ребёнка.

По способу возникновения:

7. Социальные – неблагоприятное влияние окружающей среды, внешних условий.
8. Стихийные – несчастные случаи.
9. Наследственные.

Рассмотрим более подробно каждую из перечисленных выше группу причин нарушений развития.

1. Причины эндогенных нарушений. Инфекционные болезни НС (менингит, воспаление мозговых оболочек, энцефалит – воспаление головного мозга), как следствие: ЗПР, задержка моторного развития, двигательной активности.

Инфекционные заболевания: корь, свинка, скарлатина, пневмония, отит – нарушение слуха, выраженные физиологические патологии, отсутствие органов, изменение строения отдельных органов.

2. Причины экзогенных нарушений. Черепно-мозговые травмы (сотрясение, ушиб, сдавление мозга, повреждения мозговой оболочки) – патологии движений, психики, интеллекта.

3. Нарушения вследствие органических расстройств.

Умственная отсталость, глухота, ДЦП, логоневроз, расстройство голоса, брадилалия (медленная речь), дислалия (расстройство речи), алалия (утрата речи), афазия, дисграфия, дислексия, аутизм.

4. Нарушения вследствие функциональных расстройств. ЗПР, логоневроз, ринолалия, близорукость, дальнозоркость, неврозы, невротические реакции, минимальная мозговая дисфункция.

5. Причины врождённых нарушений:

Последствия заболеваний матери:

- токсоплазмоз (паразитарное заболевание) – поражения НС, органов слуха, зрения, физическое и психическое недоразвитие – олигофрения, гидро-, микроцефалия;
- врождённая краснуха – поражение зрения, двигательные нарушения;
- внутриутробные инфекции НС – гидро-, микроцефалия, параличи, парезы;
- несовместимость резус-фактора крови матери и плода – мозговые поражения, нарушения слуха;
- химические вещества и радиоактивные излучения, влияющие на общее развитие плода.

Наследственные генетические поражения:

- нарушение хромосомных наборов родителей – формы олигофрении (синдром Дауна), формы глухоты, слепоты;
- алкоголизм, наркомания – врожденные аномалии, уродства.

6. Причины приобретённых нарушений:

1) Природовые нарушения:

- асфиксия (кислородная недостаточность) – общее недоразвитие;
- внутричерепная родовая травма – ДЦП, нарушение моторного развития ребёнка.

2) Послеродовые нарушения:

- инфекционные болезни НС: менингит – гидроцефалия, глухота, ЗПР; энцефалит – задержка моторного развития; полиомиелит – ограничение двигательной способности, параличи, парезы; грипп, корь – поражения НС;
- черепно-мозговые травмы – патология движений и психики, параличи, глухота, слепота, нарушение памяти, речи, интеллекта.

7. Нарушения социального характера. ЗПР, неврозы, социальная запущенность, невропатия, недостатки характера.

3. Понятие нормы в развитие человека

План лекции

1. Проблема нормы как междисциплинарная проблема.
2. Норма статистическая, функциональная и идеальная.
3. Критерии нормальности личности по Э. Сыржиштевой.
4. Критерии нормального психического, интеллектуального и физического развития.
5. Критерии нормальной семьи.

Корни проблемы нормы следует искать как в общебиологических закономерностях психического развития человека, так и в этико-философских нормах. Проблема нормы, по сути, междисциплинарная проблема, которую невозможно решить с учетом лишь чисто биологического, либо узко психологического или же только нормативного аспекта (Э. Сыржиштева и др., 1972).

Понятие нормы следует рассматривать в трех разных значениях, т. е. как норму **статистическую, функциональную и идеальную**, хотя можно найти и другое понимание нормы.

1. **СТАТИСТИЧЕСКАЯ** норма (С.Н.) – это средняя величина, наиболее часто встречающееся значение. Она имеет свои плюсы и минусы: +) С.Н. определяет популяцию с точки зрения ее изменчивости; +) ее можно легко высчитать; +) по ее показателям «нормальных» людей больше; –) не всегда является отклонением то, что находится вне границы нормы (рост, вес...).

2. **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ** норма – это качества, показатели человека, обеспечивающие его субъективное удовлетворение и адекватную самореализацию: +) учет собственных возможностей, способностей, опыта; +) в данном случае под нормой понимается круг потенциальных возможностей человека; +) это понятие является исходным в работе с аномальными детьми.

3. **ИДЕАЛЬНАЯ** норма – это оптимальный способ существования личности в оптимальных, социальных условиях. +) здесь норма – это совершенство, идеал, образец; +) норма – это бесконечный процесс самореализации личности; –) возможно отсутствие идеала, его противоречивость.

Из вышесказанного следует, что в целом норма человека не зависит от наличия или отсутствия у него зрения, слуха, правильной речи, функционирования опорно-двигательного аппарата, если человек нашел «свое место» в обществе, в жизни. Но, как правило, норма личности непосредственно связана с психическим развитием человека. В данном аспекте есть существенное различие между нормальными и ненормальными проявлениями: психические отклонения у «нормального» ребенка являются случайным признаком, от которого он может легко избавиться, если захочет, при соответствующем усилии. Психопаты и нервные дети не могут этого сделать, так как не в состоянии проявить волевое усилие.

Используя эти условия, Э. Сыржиштева приводит **10 основных критериев нормальности личности**, которые И. Кулка (1993) соотносит с особенностями развития людей с проблемами в развитии:

1. Субъективная удовлетворенность (удовлетворение своих потребностей через действительность и удовлетворенность от действительности).
2. Идентичность (осознание себя идентичным человеческому обществу).
3. Автономность (независимость, самостоятельность).
4. Адекватное восприятие реальности (даже при нарушении анализаторной сферы компенсация со стороны здоровых органов).
5. Адекватное самопознание, саморазвитие, самооценка.

6. Интегральность как целостность личности, равновесие между личностью и окружением.

7. Сильная толерантность к фрустрации («терпение» к «обману», сильным отрицательным переживаниям, т. е. отсутствие реакции на неблагоприятный фактор).

8. Резистентность по отношению к стрессу, повышенная устойчивость к стрессам.

9. Приемлемая социальная адаптация (приспособление к общественной жизни: профессия, семья, друзья).

10. Оптимальное самоутверждение через самораскрытие и самопознание.

Рассматривая человека с позиции интеллектуальных, физических и психических (душевных) его составляющих, можно выделить норму **физического, интеллектуального и психического**

развития, а следовательно, и критерии нормального развития.

Критерии нормального интеллектуального развития

1) Потребность, стремление к познанию нового.

2) Сформированность мыслительных процессов и операций (анализ, синтез, абстрагирование, конкретизация, обобщение, сравнение...).

3) Развитие психических процессов (внимание, память, воображение, восприятие...).

4) Сформированности всех видов деятельности (игровой, трудовой, учебной, спортивной...).

Критерии нормального физического развития

1) Способность к самостоятельному передвижению в пространстве и физическим действиям.

2) Способность к самостоятельной жизнедеятельности и самообслуживанию.

3) Сформированность трудовой, игровой, учебной и спортивной деятельности.

4) Приемлемая социальная адаптация (работа, семья, друзья).

5) Оптимальное самораскрытие.

Критерии нормального психического развития

Самым существенным критерием душевного здоровья (Л. Пожар, 1996) считается интеграция личности и ее динамичное равновесие. Условия душевного здоровья представляются в трех областях:

1. Норма в отношении к самому себе: человек доволен собой, живет в согласии с самим собой, обладает самоуважением, имеет адекватное представление о своих возможностях и способностях, адекватно воспринимает свои недостатки, регулирует свои чувства, умеет воспринимать себя с чувством юмора.

2. Норма в отношении к другим людям: человек чувствует себя комфортно в общении, испытывает любовь, доверие, уважает расовые, культурные и прочие особенности других людей. Принимает людей такими, какие они есть, неагрессивен в общении, чувствует себя членом коллектива, группы, может управлять ею. Дружелюбен, уверен в себе.

3. Норма в отношении к жизни: человек способен выполнять требования жизни, формировать свое окружение, приспосабливаться к нему, планировать жизнь, не бояться будущего, ставить реальные цели, принимать решения, решать все жизненные задачи.

При более подробном анализе всех указанных критериев нормального развития личности выявляется, что они далеко неоднозначны и неабсолютны, поэтому, с одной стороны, у каждого человека существует собственная индивидуальная норма, относительно которой он может отклоняться; а с другой стороны, существует некая общепринятая норма в развитии человека, относительно которой каждый ребенок (человек) имеет свой индивидуальный уровень развития.

Наряду с нормой в развитии человеческой личности выделяют и определенные критерии нормальной семьи. Приведем без пояснения один из вариантов их классификации:

Критерии нормальной семьи

1. Идеино-нравственные устои семьи.
2. Психологический климат семьи.
3. Взаимосвязь семьи с окружающим миром, общение внутри семьи.
4. Контакты семьи со средствами массовой информации, литературой, искусством.
5. Эстетика быта.
6. Воспитательный потенциал.
7. Интеллектуальные устремления.
8. Коллективистские отношения.
9. Характер отношений между супругами.
10. Наличие высшей цели народности, святости семьи (своя тайна развития).

4. Основные этапы развития учения о людях с ограниченными возможностями

План лекции

1. Положение аномальных людей в первобытном обществе, Древней Греции и Риме, Индии и Бразилии.
2. Эпоха Возрождения, славянские государства, средние века.
3. Первые педагоги, высказавшие мысль о необходимости проявлять заботу о воспитании и обучении слабоумных.
4. Классификация душевных болезней и первые врачи, посвятившие свою деятельность изучению идиотии, исторический опыт по воспитанию слабоумных.
5. Анатомо-физиологическое направление в учении о слабоумии.
6. Развитие теоретических основ дефектологии и роль Л.С. Выготского в становлении дефектологии.

На всех этапах своего развития человеческое общество не могло быть безразличным к тем, кто имел те или иные недостатки развития, такие люди требовали к себе особого внимания, и их нельзя было не заметить. Если внимание им не оказывалось, то такие люди становились тяжелым бременем для общества и источником социальных зол: преступность, тунеядство, бродяжничество.

Наука не располагает достоверными сведениями относительно положения аномальных людей в **первобытном обществе**. Но есть данные, свидетельствующие о том, что в те времена лица, которые были не в силах участвовать в процессе добывания пищи, если не гибли сами, то их умерщвляли.

В Древней Греции (Спарте) существовало детоубийство детей с рано выявившимися тяжелыми физическими уродствами, так как психические недостатки обнаруживаются намного позднее. Умерщвление аномальных детей имело место до IV–V в. н. э.

В Древнем Риме практиковалось умерщвление детей-уродов. В свое время Сенека писал (около 4 г. до н. э. – 65 г. н. э.): «Мы убиваем уродов и топим тех детей, которые рождаются на свет хилыми и обезображенными. Мы поступаем так не из-за гнева и досады, руководствуясь правилами разума: отделять негодное от здорового».

Существовал обычай иметь при богатых дворах слабоумных – «дураков» на потеху хозяев и гостей. Этот обычай иметь подлинных дураков в дальнейшем переродился в обычай держать мнимых «дураков», так называемых шутов.

Индия до XIX в. – таких детей оставляли в джунглях на произвол судьбы. Это породило в дальнейшем легенды о детях, вскормленных дикими животными.

В Индии и по настоящее время есть религиозная секта, которая в основном существует за счет средств, собираемых слабоумными, именуемыми «чухас» – «крысиные дети». В штате Пенджаб слабоумных детей приводят в храм Шаха Даула Дарьяна – святого, покровителя и защитника слабоумных. Здесь жрецы учат детей выпрашивать милостыню.

«Крысиные дети» приносят храму и его жрецам большой доход, так как в Индии существует поверье: у того, кто не пожалеет посланников Шаха Даула, в семье родится слабоумный.

В бедных семьях **Бразилии** рождение слабоумного считалось скорее счастьем, чем горем, так как всегда успешно выпрашивающие милостыню слабоумные становились основными кормильцами семьи.

С глубокой древности вплоть до VI в. н. э. не существовало научного объяснения психической деятельности. Эта деятельность не связывалась с работой мозга, мозг еще не счи-

тался местом локализации ума. В это время всякое нарушение психики объяснялось влиянием таинственных темных сил.

В период раннего и позднего **Средневековья (V–XIV вв.)** на пути развития науки и культуры встала церковь, религиозная идеология. Душевные заболевания стали рассматриваться как одержимость злым духом.

Эпоха Возрождения – борьба церкви с новыми веяниями в общественных взглядах вылилась в инквизиции, физические уничтожения представителей прогрессивных сил, врачей. Начались процессы над ведьмами, судили людей, находящихся во власти дьявола, по всей Европе запалили костры, в которые бросали стариков, женщин, детей, поведение которых было ненормальным вследствие истерии или душевных болезней. Взгляд на слабоумных как на детей дьявола был характерен для католической Европы.

В славянских государствах, где на слабоумных (юродивых) смотрели как на «божьих людей» и «блаженных», их обычно окружали ореолом святости, с благоговением вслушиваясь в их бессмысленный лепет, усматривая в нем божественное прорицание. Нередко служители православной церкви, предписывая относиться к слабоумным с жалостью, оправдывали существование детей-идиотов и калек именем Божиим, Божьей волей и доказывали, что эти несчастные дети нужны, чтобы предоставить возможность верующим творить милость во имя Бога. Таким образом, церковь православная пробуждала чувства сострадания к аномальным лицам и часто была инициатором организации для них приютов, убежищ, благотворительных обществ и др.

Научные воззрения пробивали себе дорогу борьбе с церковью. В итоге в Средние века произошло значительное развитие научных знаний.

Уже в XIV–XV в. стали постепенно восстанавливаться понятия древних греков и римлян о душевных болезнях, признавать роль мозга в происхождении помешательств.

В годы инквизиций современник Галилео Галилея и Джордано Бруно профессор медицины в городе Базеле **Феликс Платтер (1537–1614)** посещает монастыри, тюрьмы, ведет наблюдения за душевнобольными, которые иногда находились в этих учреждениях. С XV в. для таких людей стали открываться лечебницы. Это были, как говорили тогда, «места ужаса и безнадежности». Попытки и наказания были учреждены в качестве основных лечебных мероприятий. В своих трудах Платтер дает первую из известных психиатрам классификацию душевнобольных. Он был одним из первых психиатров, который выделил среди душевных заболеваний формы, характеризующиеся стойкими нарушениями интеллекта.

В эпоху Возрождения усилилась борьба прогрессивных сил общества с религиозными традициями, возвеличивается человеческий разум, развивается пропаганда человеколюбия. Возникают и развиваются гуманистические тенденции в отношении к слабоумным и другим аномальным лицам. Лишенные разума люди начинают привлекать внимание философов, врачей, литераторов, педагогов. Врачи стремятся проникнуть в душевный мир психически больных.

Первым из представителей педагогики, высказавшим мысль о необходимости проявлять заботу о воспитании и обучении слабоумных, был знаменитый славянский педагог **Ян Амос Коменский (1592–1670)**. Он был глубоко убежден в возможности дать образование всем аномальным детям. «Возникает вопрос: можно ли прибегать к образованию глухих, слепых, отсталых, которым из-за физического недостатка невозможно в достаточной мере привить знания? – Отвечаю: из человеческого образования нельзя исключить никого, кроме нечеловека».

Перелом в отношении к слабоумным произошел в период Великой французской буржуазной революции (1789–1793). В это время ликвидированы притеснения и пытки, которые до этого имели место в психиатрических лечебницах. Знаменитый французский психиатр **Филипп Пинель (1745–1826)** впервые снял цепи с душевнобольных во французских лечеб-

ницах, установил отношения доверия и внимания между врачами и больными. Это создало условия для более глубокого изучения душевнобольных.

Пинель дал свою классификацию душевных болезней, на основании которой тупоумие и идиотия стали рассматриваться как две особые формы психозов. Он был один из первых психиатров, рассматривавших идиотию как психическое заболевание, при котором наблюдается остановка в развитии интеллектуальных или аффективных способностей. Он расширил понятие «идиотия» и выделил четыре ее вида:

- 1) состояние, близкое к животному (дикость, отсутствие чувств);
- 2) состояние, при котором имеются некоторые понятия и физические потребности;
- 3) глупость – состояние, при котором в какой-то степени имеются разум и речь;
- 4) имбецилизм – состояние, при котором у субъекта наблюдается постепенное ухудшение некогда имевшегося разума.

Таким образом, Пинель различает, но нечетко, две клинические формы слабоумия – врожденную и приобретенную.

Одним из первых врачей, посвятивших свою деятельность преимущественно изучению идиотии, был ученик Пинеля **Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772–1840)**. До Эскироля врачи считали идиотию такой же болезнью, как помешательство и безумие. Эскироль впервые указал, что это не болезнь, а состояние, при котором умственные способности никогда не проявлялись или же не развились в течение жизни.

Он впервые четко разграничил врожденное и приобретенное слабоумие. Он отнес идиотию к аменции (врожденному) и образно сравнил ее с бедняком, который был им вечно. Наряду с аменциями Эскироль выделил дементных слабоумных, сравнив их состояние ума с состоянием постоянно разоряющегося богача. Для обозначения более легкой формы Эскироль ввел понятие «имбецилизм», до него этот термин употреблялся в разных аспектах.

Для обозначения одной из градаций слабоумия Эскироль ввел понятие «умственная отсталость». Эскироль – автор ряда многоплановых классификаций слабоумных. Основные его положения о слабоумии легли в основу всех последующих исследований и учений в этой области. Его учение стимулировало развитие теории психиатрии.

Многие историографы лечебной педагогики утверждают, что впервые возможность воспитывать и обучать слабоумных была доказана практически знаменитым французским психиатром **Жаном Итаром (1775–1838)** – главным врачом национального института глухонемых в Париже.

Обстоятельства носили случайный характер. В 1779 г. в лесах Авейрона на юго-востоке Франции охотники нашли совершенно одичавшего мальчика лет 11–12, который был мало похож на человеческое существо (кусался, царапался). Мальчика доставили в Париж. Предполагалось, что он является человеком, выросшим вне цивилизации. Этот мальчик должен был разрешить многовековой спор: какое влияние оказывает цивилизация на человека? Пинель дал заключение, что «дитя природы» Виктор – неизлечимый идиот и не подлежит воспитанию (органы чувств не развиты, движения не скоординированы, характер хаотичен, развито лишь хватание). Итар приступил к воспитанию мальчика, полагая, что он имеет дело с одичавшим человеком, а не идиотом. Итар воспитывал у него человеческие потребности, привязанности, чувства, стремление к комфорту, чистоплотность, разборчивость в пище, речь. Итару удалось многого добиться, но прав был Пинель: Виктор был идиотом и нормальным человеком не стал.

Итар воодушевил других врачей продолжить его опыт по воспитанию слабоумных.

В 1828 г. французские врачи Феррю и Лере открыли отделение для идиотов при психиатрической больнице в Бисетре.

В 1831 г. такое же отделение открыл врач Фальере при больнице в Сальпетриере (разрабатывают технические средства обучения, коррекции и компенсации дефекта).

В 1833 г. доктор Ф. Вуазен основал самостоятельное учреждение для слабоумных в Париже – Ортофренический институт.

В 1841 г. Сеген открыл в Париже частную школу для идиотов.

В 1841 г. доктор Гутгенбюль открыл в горах Швейцарии учреждение для идиотов и эпилептиков.

В 1848 г. открылось первое медицинское учреждение для слабоумных в США.

В 1846 г. в Англии мисс Уайт открыла первый приют с благотворительными целями в Лондоне.

Во второй половине XIX в. такого рода учреждения возникли в России.

В 80-е годы XIX в. возник острый спор по поводу того, кому должен принадлежать приоритет в воспитании слабоумных – врачам или педагогам.

Наибольший вклад в анатомо-физиологическое направление в учении о слабоумии внес немецкий психиатр **Э. Крепелин (1856–1926)**. Он впервые объединил все формы слабоумия в одну группу под общим названием «ЗПР» и ввел термин «олигофрения».

Существенный вклад в учение о слабоумии внес русский психиатр **Г. Я. Трошин (1874–1938)**. Он четко отграничивал формы психического недоразвития от неврозов и психозов.

Французский педагог **Ж. Филипп** и врач **П. Бонкур** развили психолого-педагогическое направление, выделяя тот контингент учащихся, которые не смогут справиться с общеобразовательной программой в обычных школьных условиях.

Бельгийский врач и педагог **О. Декроли** создал свою сложную систему классификации умственной отсталости.

В России подход к проблеме изучения, обучения, воспитания детей с отклонениями развития традиционно с конца 1920-х годов носит комплексный **медико-психолого-педагогический** характер, корни которого восходят к принципам и методам педологии – науки о комплексном изучении ребенка с медицинских, психологических, педагогических и социальных позиций. Принципы обучения и воспитания аномальных детей были сформулированы такими ведущими педагогами, психологами и врачами, как **Д.И. Азбукин, В.М. Бехтерев, П.П. Блонский, А.Н. Граборов, А.С. Грибоедов, В.П. Кащенко, Л.Г. Оршанский, Ф.А. Рау, Г.И. Россолимо** и др.

Основная задача специальных школ формулировалась как наиболее полная подготовка ее выпускников к самостоятельной жизни, посильному труду. Наряду с образовательными задачами решались и коррекционные, в учебный план также включались физические упражнения, рисование, пение, ручной труд.

В 1924 г. в систему социально-правовой охраны несовершеннолетних приходит выдающийся ученый-психолог **Л.С. Выготский**.

Развитие теоретических основ дефектологии

Отечественные врачи, психологи, педагоги положили начало новому пониманию сущности психофизических аномалий и своеобразия развития аномального ребенка.

В становлении дефектологии – науки об особенностях развития детей с психическими и физическими недостатками и закономерностях их воспитания и обучения – самая выдающаяся роль принадлежит психологу Льву Семеновичу Выготскому (1896–1934).

Л.С. Выготский родился в небольшом белорусском городке Орша, но через год его семья переехала в Гомель, где прошла юность ученого. Закончив юридический факультет Московского университета и филологический факультет Народного университета А.П. Шанявского, Л.С. Выготский начинает самостоятельную педагогическую деятельность в Гомеле.

Впервые теоретические взгляды Л.С. Выготского в области дефектологии прозвучали на втором съезде СПОН в 1924 г. Перечислим его наиболее значимые работы в области дефектологии.

1. Разработал теоретические основы социальной реабилитации и интеграции аномальных детей.

2. Выдвинул задачу найти то здоровое, нетронутое, сохранное, что есть у каждого умственно отсталого ребенка, и на основе этого осуществлять коррекционно-педагогическую работу.

3. Положил начало динамического подхода к изучению сущности умственной отсталости ребенка.

4. Считал, что умственная отсталость охватывает всю личность в целом, что влияет на своеобразие ее развития, поэтому необходимо организованное педагогическое воздействие.

5. У каждого умственно отсталого ребенка есть большие резервы здоровых, незатронутых задатков, так как неравномерное распространение дефективности на разные стороны психической деятельности открывает большие возможности для развития. Эти перспективные возможности ребенка Л.С. Выготский назвал *зоной ближайшего развития*.

6. Психическая деятельность умственно отсталого ребенка менее дифференцирована, менее динамична. Мышление умственно отсталого связано с ситуацией, в абстрактных условиях мышление затруднено.

7. Л.С. Выготский сформулировал положение о первичной и вторичной природе дефекта.

8. Одни симптомы непосредственно связаны с материальной основой умственной отсталости, другие являются определенного рода наслоениями над этими первичными дефектами. Эти вторичные наслоения – продукт того особого положения, которое занимает умственно отсталый ребенок в обществе, в социальной среде вследствие патологического развития.

9. Главная задача воспитательной работы с аномальными детьми – предупреждение, ослабление или полное преодоление вторичных дефектов. *И чем раньше начнется воспитание, тем успешнее оно будет.*

5. Актуальные вопросы олигофренопедагогики

План лекции

1. Олигофренопедагогика как наука и понятие «умственная отсталость».
2. Характерные признаки умственно отсталых детей.
3. Формы и степени умственной отсталости.
4. Характеристика детей идиотов.
5. Характеристика детей имбецилов.
6. Характеристика детей дебилов.
7. Классификация олигофрении по М.С. Певзнер.
8. Дети с более редкими формами олигофрении.

Физически он не может, умственно он не знает, психически он не желает. Он бы и мог, и знал, и желал, но все беда в том, что он не хочет...

Л.С. Выготский

По среднестатистическим данным, примерно 60 % всех нарушений развития человека – это нарушения, связанные с отклонениями в познавательной сфере. Изучением умственно отсталых детей занимается один из разделов специальной педагогики – олигофренопедагогика.

Олигофренопедагогика – это отрасль специальной педагогики, изучающая особенности развития, обучения и воспитания умственно отсталых детей и разрабатывающая проблемы изучения и социальной адаптации детей с нарушениями интеллектуального развития.

Термином умственная отсталость в отечественной коррекционной педагогике обозначается стойко выраженное снижение познавательной деятельности ребенка, возникшее на основе **органического поражения центральной нервной системы (ЦНС)**.

Умственная отсталость – это общая интеллектуальная недостаточность, которая возникает в период развития ребенка и характеризуется снижением способности ориентироваться в жизни. У таких детей в целом замедлено общее развитие, ограничена способность к обучению. Исследования ученых Л.С. Выготского, А.Р. Лурия, В.И. Лубовского, М.С. Певзнер и других дают основание относить к умственной отсталости только те состояния, при которых отмечается *стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, вызванное органическим повреждением коры головного мозга.*

Умственная отсталость – это не просто «малое количество ума», это качественные изменения всей психики, всей личности в целом как результат перенесенных органических повреждений ЦНС. Это развитие, при котором страдает не только интеллект, но и эмоции, воля, поведение, физическое развитие.

Степень поражения ЦНС может быть различной по тяжести, локализации и времени наступления. Другими словами, этиология патологического развития может быть самой разнообразной, а это, в свою очередь, вызывает индивидуальные особенности физиологического, эмоционально-волевого и интеллектуального развития умственно отсталого ребенка.

«Умственная отсталостью, в отличие от «слабоумия», указывает не только на количественную характеристику дефекта, но и на качественную (отсталость), подразумевающую определенный прогресс при специально созданных условиях.

Характерные признаки умственно отсталых детей

Для всех умственно отсталых детей характерно недоразвитие:

- 1) **познавательных интересов:** они меньше испытывают потребность в познании, «просто не хотят ничего знать»;

- 2) **всех сторон психической деятельности** (часто глубокое);
- 3) **моторики**;
- 4) **уровня мотивированности и потребностей**;
- 5) **всех компонентов устной речи**, касающихся фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон;
- 6) **речи** – возможны **все виды речевых нарушений** как сопутствующие проявления интеллектуального дефекта;
- 7) **мыслительных процессов** – медленно формируются обобщающие понятия, не формируется словесно-логическое и абстрактное мышление; медленно развиваются словарь и грамматический строй речи.
- 8) **всех видов продуктивной деятельности**: рисования, лепки, конструирования. Игры часто носят элементарный подражательный характер со стереотипными действиями. В работе часто предпочитают легкий труд, не требующий волевых усилий;
- 9) **эмоционально-волевой сферы**: реакции инфантильны, нет оттенков переживаний, неустойчивость эмоций: радость – печаль, смех – слезы, переживания поверхностны, повышенная эмоциональная возбудимость сменяется эмоциональным спадом. Волевые процессы отличаются слабостью собственных намерений, большой внушаемостью;
- 10) **восприятия**: проявляется в обобщенности восприятия, дети с трудом выделяют главное, не понимают внутренних связей между частями, поэтому снижается понимание материала. Трудности в восприятии пространства, времени, плохо ориентируются в окружающем мире. Не формируются категории цвета, формы, величины, количества. Трудности в различении оттенков цветов;
- 11) **памяти**: лучше запоминают внешние признаки, труднее ими осознаются внутренние логические связи. Возможно формирование произвольной памяти;
- 12) **внимания**: трудность распределения внимания, неустойчивость внимания, замедленная переключаемость внимания, не могут долго сосредоточиться на одном предмете или деятельности;
- 13) **мышления**: слабость смысловых связей, недостаточно сформированы все мыслительные операции, при анализе выделяют общие свойства предметов, а не индивидуальные признаки, сравнивают по несущественным признакам.

Диагностика негрубых форм умственной отсталости у детей дошкольного возраста часто затруднена. Ребенок может незначительно отличаться своим поведением от детей с нормальным развитием, а несформированность навыков самообслуживания можно расценить как результат его неправильного воспитания. Иногда единственным признаком, который может насторожить, вызвать тревогу у окружающих, бывает **речевое недоразвитие**. Но с возрастом все четче проявляются и другие признаки психического недоразвития.

Недоразвитие интеллекта и речи многовариативно. Оно может проявляться в широком диапазоне – от глубокого слабоумия с отсутствием понимания и собственной речи до сравнительно неплохого развития, которое иногда расценивается как пограничное состояние.

В зависимости от времени возникновения дефекта выделяют две формы *умственной отсталости*: *деменцию* и *олигофрению*.

Рассмотрим эти формы более подробно.

1. Олигофрения (от *греч.* «мало, ум») – термин был введен в XIX в. немецким психиатром Э. Крепилином, традиционно используется в отечественной специальной педагогике. В свое время Д. Эскироль сравнил ребенка олигофрена с «бедняком от рождения».

Олигофрения – это особая форма психического и умственного недоразвития, выражающаяся в стойком снижении познавательной деятельности у детей, вследствие поражения ЦНС (коры головного мозга) в пренатальный (внутриутробный), натальный (при родах) и или постнатальный (на самом раннем этапе прижизненного развития до трех лет) периодах.

Среди причин олигофрении в литературе выделяют следующие факторы:

- экзогенные факторы, вызывающие нарушения головного мозга: инфекционные заболевания матери во время беременности (вирусные заболевания, краснуха, болезнь Боткина, токсоплазмоз и др.);
- родовые травмы (асфиксия);
- эндогенные отрицательные факторы: патологическая наследственность (венерические и некоторые другие заболевания родителей), умственная отсталость обоих или одного из родителей, нарушение хромосомного набора, заболевания эндокринной системы (фенилкетонурия), несовместимость состава крови матери и ребенка по резус-фактору и др.;
- алкоголизм, наркомания, токсикомания родителей.

2. Деменция (амения) (от *лат.* «без ума»), в сравнении Д. Эскироля дементный ребенок – это «разорившийся богач».

Деменция – стойкое ослабление после периода нормального развития познавательной деятельности, внимания, памяти, снижение критики, обеднение эмоций, нарушение поведения.

Причинами деменции могут быть приобретенные органические поражения головного мозга и психические заболевания (травмы, шизофрения, эпилепсия, менингит, воспалительные заболевания головного мозга (менингоэнцефалиты), травмы мозга (сотрясения, ушибы).

В раннем возрасте деменция проявляется в виде утраты поздно приобретенных навыков, теряется речь, пропадают навыки самообслуживания, утрачиваются ранее приобретенные навыки, искажается игровая, учебная деятельность, изменяется поведение.

По мнению ведущих ученых-дефектологов, на степень умственной отсталости влияют:

1. МЕСТО ПОРАЖЕНИЯ,
2. ВРЕМЯ ПОРАЖЕНИЯ,
3. ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ.

Помимо классификации умственной отсталости в зависимости от времени возникновения дефекта, где мы выделили две формы умственной отсталости (олигофрению и деменцию, см. выше), существует еще одна классификация умственной отсталости **в зависимости от глубины дефекта**, где выделяют три ее формы: **дебильность, имбецильность и идиотия**.

Линию развития человека можно изобразить схематично (см. ниже) и расположить на ней относительно нормы в развитии по одну сторону: во-первых, три степени умственной отсталости (идиотию, имбецильность, дебильность); во-вторых, пограничную форму между нормальным развитием и умственной отсталостью – задержку психического развития (ЗПР); а по другую сторону – одаренность (ОД).

... ОД / Норма / ЗПР / Дебильность / Имбецильность / Идиотия / ...

Рассмотрим эти формы более подробно.

Идиотия – самая глубокая степень умственной отсталости, такое нарушение познавательной деятельности, при котором страдают все функции организма.

Дети идиоты – это дети инвалиды первой группы по интеллекту. Таким детям недоступно осмысление окружающего мира, речевая функция развивается крайне медленно, ограниченно, в ряде случаев речевые звуки не развиваются вообще.

Для детей идиотов характерны следующие нарушения:

- моторики;
- ориентировки в пространстве;
- координации движений;
- гигиенических навыков;

- элементарных навыков самообслуживания;
- поведения (вялость, заторможенность, двигательное беспокойство);
- эмоциональные реакции связаны с общим самочувствием;
- на первом месте – удовлетворение физиологических потребностей.

Все дети идиоты необучаемы и находятся (с согласия родителей) в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых детей), где им оказывается необходимая медицинская помощь, осуществляются наблюдение и уход. По достижении 18 лет их переводят в специальные интернаты для хронически больных, психоневрологические диспансеры или в дома для инвалидов. Государственная система помощи глубоко умственно отсталым детям не исключает возможности их воспитания в семье при установлении опеки.

Различают три степени идиотии:

1. **Речевые идиоты** – в запасе имеются определенные звуки и слова. Речь «развита» только у этой группы, они как бы реагируют на окружение. Познавательная деятельность отсутствует полностью. Способность ходить появляется очень поздно, движения неуклюжие, малокоординированные, часто наблюдаются стереотипные покачивания, сгибания туловища, повороты головой. В одних случаях преобладает вялость, в других – неадекватный плач, гнев, злобность. Детей иметь не могут.

2. **Типичные идиоты** (по В. Торшину) – произносят отдельные звуки для удовлетворения физиологических потребностей. Выражены инстинкты, примитивные реакции отсутствуют. Речь не развита, издадут нечленораздельные звуки.

3. **Лежачие идиоты (глубокие, полные)** – подобны животным и по поведению, и по ощущениям. Могут издавать крики, прыгать, реакции неадекватны для поведения человека. Себя не обслуживают.

Задачи воспитателей: научить детей навыкам самообслуживания.

Имбецильность – вторая степень умственной отсталости, дети инвалиды второй группы по интеллекту. Для таких детей характерны:

- относительно развитая речь;
- понимание обращенной к ним речи, жестов;
- овладение элементарными трудовыми навыками, но работать могут только под наблюдениями воспитателей;
- практически не обучаемы (различают обучаемых, псевдообучаемых и необучаемых имбецилов);
- развита привязанность к определенным лицам;
- нарушена поведенческая сфера;
- характерно безразличие к работе и к результатам своей деятельности;
- мышление наглядно-конкретное;
- неустойчивое внимание;
- после продолжительного обучения могут автоматически повторять действия;
- не могут оценить свою работу, так как не понимают ее смысла;
- легко внушаемы.

Клиническая форма имбецильности – синдром Дауна (описан Джоном Дауном в 1850 г.), характеризуется лишней хромосомой в клетке (47 вместо 46).

В правовом отношении дети имбецилы, так же как и идиоты, недееспособны, над ними устанавливается опека родителей или лиц их заменяющих. До достижения совершеннолетия эти дети находятся в специальных детских домах для глубоко умственно отсталых детей.

В последние годы благодаря многолетним исследованиям института коррекционной педагогики РАО РФ было установлено, что часть детей-имбецилов могут овладеть определенными знаниями, умениями и навыками в объеме специально разработанной для них программы. Эта программа предусматривает элементарное овладение навыками чтения, письма

и счета, некоторыми простейшими трудовыми действиями, что позволяет имбецилам в дальнейшем достаточно успешно работать в специально организованных при школах или интернатах мастерских.

Задачи педагога при работе с умственно отсталыми детьми

1. Развитие всех психических функций и познавательной деятельности в процессе воспитания, обучения и коррекция их недостатков.
2. Формирование правильного поведения.
3. Трудовое обучение и подготовка к посильным видам труда.
4. Бытовая ориентировка и социальная адаптация – как итог всей работы.

Дебильность – наиболее легкая степень умственной отсталости.

Самая распространенная форма умственной отсталости. Детям дебилам свойственно: конкретное, наглядно-образное мышление; фразовая речь; бедный словарный запас; нарушение письменной речи; дети очень критичны, наблюдательны, говорят правду, упрямы; эмоционально-волевые проявления бедные; сохранна грубая моторика, нарушена мелкая моторика; обедненный и суженный круг знаний и представлений об окружающем мире; тугоподвижны, психические процессы инертны; склонность к стереотипным действиям; слабо ориентируются в пространстве, времени, в обыденной жизни; нарушение развития личности в целом.

У таких детей отмечаются сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы.

Дебильность имеет несколько форм:

1) **неосложненная дебильность** – умственная отсталость, при которой недоразвитие сложных форм познавательной деятельности не сопровождается грубыми нарушениями отдельных анализаторов и характеризуется относительно сохранной эмоционально-волевой сферой;

2) **дебильность, осложненная нарушениями нейродинамики:** изменение движений, снижение работоспособности вследствие частичного нарушения коры полушарий;

3) **дебильность, осложненная нарушением различных анализаторов:** вторичный дефект – локальные поражения речи, слуха, зрения;

4) **дебильность с психопатоподобными формами поведения:** недоразвитие личности, снижение критического отношения к себе и окружающим в сочетании с повышенными влечениями, двигательное беспокойство, раздражительность, плохой сон, драчливость, плаксивость, неумение играть с другими детьми, агрессивность, отсутствие самоконтроля;

5) **дебильность с выраженной лобной недостаточностью:** своеобразные нарушения моторики – руки вялые, слабые, дети плохо ориентируются в пространстве. Речь подражательная, шаблонная, поведение без мотивов.

Дети дебилы составляют основную массу учащихся вспомогательной школы, обучаются по специальной программе, но круг их последующей профессионально-трудовой деятельности значительно ограничен.

Классификация олигофрении по М.С. Певзнер

Эта классификация позволяет понять причины и облегчить поиск методов коррекционно-воспитательной работы.

1. Неосложненная олигофрения:

- уравновешенность нервных процессов;
- эмоционально-волевая сфера относительно сохранна;
- нет грубых нарушений анализаторов;
- ребенок способен к целенаправленной деятельности при понятных и доступных заданиях;
- в привычной среде его поведение адекватно: он послушен, доброжелателен;

- стабильно неуспевающий школьник, поэтому рекомендуется школа 8-го вида;
- успешно овладевает программой, работает;
- социально адаптирован.

2. Олигофрения с преобладанием процессов возбуждения и торможения:

– **Возбудимые** – беспокойные, импульсивные, расторможенные, двигательно беспокойные; чрезвычайно отвлекаемые; непослушные; конфликтны; не обращают внимания на замечания взрослых, работают неровно, торопливо. В мастерских делают всё непродуманно, небрежно, часто бывают срывы поведения.

– **Заторможенные** – отличаются вялостью, замедленностью, инертностью, (в моторике, поведении, работоспособности). Медленно продвигаются в развитии, им необходимо много времени, чтобы организовать свою деятельность, не успевают за товарищами по классу, неконфликтны, старательны, их труд малопродуктивен.

3. Олигофрения со снижением функций анализаторов или с речевыми отклонениями:

- имеют дефект слуха, зрения, речи, ОДА;
- жизненные перспективы ограничены;
- затруднено развитие и снижена возможность социально-трудовой адаптации.

4. Олигофрения с психопатоподобным поведением:

- резко нарушена эмоционально-волевая сфера;
- проявляются характерные недоразвития личностных компонентов;
- снижена критичность относительно себя и окружающих людей;
- склонны к неоправданным аффектам («бегуны» – без видимых причин убегают из школы).

5. Олигофрения с выраженной недостаточностью лобных отделов коры головного мозга:

- изменения личности с резкими нарушениями моторики;
- вялы, безынициативны, беспомощны;
- речь бессодержательна, многословна, имеет подражательный характер;
- неспособны к психическому напряжению, целенаправленной деятельности, активности;
- слабо учитывают ситуацию, не любят труд, стремятся избегать выполнения простых бытовых обязанностей, работы в мастерских;
- развитие осуществляется замедленно, но с продвижением, к концу школьного обучения они способны к элементарным видам труда.

Среди умственно отсталых детей, встречаются дети с более редкими формами олигофрении:

- **Олигофрения, осложненная гидроцефалией** (до 2 %).
- **Олигофрения при врожденном сифилисе** (вследствие болезни матери в период беременности).
- **Олигофрения при фенилкетонурии** (врожденное нарушение секреторной функции эндокринной системы).

Помимо рассмотренных выше классификаций умственная отсталость может проявляться у детей со следующими заболеваниями:

- гидроцефалия (водянка головного мозга);
- кретинизм (гипотиреоз).

Рассмотрим их более подробно.

Гидроцефалия (водянка головного мозга)

Гидроцефалия характеризуется расширением желудочковых систем и субарахноидальных пространств за счет избыточного количества спинно-мозговой жидкости. Во всех слу-

чаях при гидроцефалии имеет место стойкое нарушение баланса между секрецией ликвора и условиями его всасывания. Формы гидроцефалии:

- гиперсекреторная – характеризуется избыточным образованием спинно-мозговой жидкости;
- аризорбтивная – нарушены процессы всасывания ликвора;
- окклюзионная – возникает из-за препятствий на пути движения ликвора от источника к областям его всасывания (резорбции).

Все это крайние варианты, возможно сочетание этих форм. Формы по характеру течения гидроцефалии:

1. Прогрессирующая (активная) – текущий патологический процесс, при котором происходит чрезмерное накопление жидкости и как следствие постоянного давления ее на мозг – атрофия тканей мозга.

2. Стабилизированная (пассивная) – расширение желудочков и субарахноидальных пространств, при отсутствии повышенного внутричерепного давления (встречается чаще других). По патолого-анатомическим данным, у 70 % детей вследствие нарушений внутриутробного развития и патологии родов желудочки мозга и субарахноидальные пространства расширены (на 3-м месяце беременности формируются сосудистые сплетения, ликворная система, которая служит источником питания мозга).

3. Компенсированная гидроцефалия – форма, при которой сохраняется интеллект.

Выделяют также наследственную форму гидроцефалии – через поколение от здоровой женщины, которая является носителем гена гидроцефалии (если у нее был брат-гидроцефал), может родиться сын-гидроцефал.

Выделяют **три группы больных гидроцефалией** в зависимости от степени поражения коры головного мозга:

1. Дети без грубых отклонений от нормы – 48 %.
2. Дети с незрелостью коры – 28 %.
3. Дети с выраженными нарушениями строения коры – 24 %.

Причины гидроцефалии

1. Токсоплазмоз (в перинатальный и постнатальный периоды).
2. Эндокринные заболевания матери (диабет, хронический гепатит).
3. Внешние неблагоприятные факторы.
4. Внутричерепные родовые травмы.
5. Сочетание наследственной предрасположенности с экзогенными факторами в период беременности.
6. Спинно-мозговая грыжа.
7. Вмешательства во время родов.

Характеристика детей с гидроцефалией

У всех детей наблюдается:

- низкий уровень пространственно-временной ориентировки;
- недостатки развития познавательной деятельности;
- процессы мышления замедленны;
- ЗПР, нарушение мыслительных процессов;
- хорошо развитая произносительная сторона речи, но недостаточно содержательная;
- склонность к юмору, эйфории, апатии;
- снижение работоспособности, неустойчивое внимание, низкий психический тонус.

Кретинизм

Кретинизм – задержка умственного и физического роста, возникающая в том случае, когда организм ребенка не вырабатывает достаточно тиреоидного гормона – вещества, регулирующего физическое и психическое развитие ребенка.

Тиреоидный гормон вырабатывает щитовидная железа, расположенная в передней части шеи. Для выработки гормона железе требуется достаточное количество йода.

В местностях, где мало йода, у людей встречается зоб и распространена такая патология, как кретинизм.

Признаки кретинизма: ребенок часто рождается крупным, но потом перестает расти. У ребенка возможны трудности с кормлением, дыханием, он может издавать шумные звуки из-за большого языка, он малоподвижен, часто плачет, в первый год жизни медленно развивается.

Для ребенка, страдающего кретинизмом, характерны следующие особенности: низкий лоб; одутловатые щеки; плоская переносица; одутловатое лицо, руки, ноги; сильные запоры; нарушение слуха (часто глухота); коленные суставы увеличены и болезненны; температура тела ниже нормы; толстая, сухая, прохладная кожа; большой живот, искривление позвоночника; медленное умственное и физическое развитие; бессмысленный взгляд; широко посаженные глаза; язык высовывается изо рта; короткая шея и конечности; широкие кисти рук.

Лечение: раннее и длительное лечение тиреоидными препаратами. Кретинизм можно предотвратить постоянным употреблением йодированной соли. Умственная отсталость при кретинизме неизлечима, но детям можно помогать развиваться быстрее. Чем раньше будет начата специальная помощь (стимулирование), тем больше способностей приобретет ребенок.

Образование умственно отсталых детей на всех этапах развития олигофренопедагогики решалось по-разному. За 1980–1985 гг. в России количество вспомогательных школ возросло в 1,5 раза, а детей – в 2 раза, но условия их жизни не улучшились.

Задачи вспомогательной школы

1. Образовательная: стремление не к количеству знаний, а уровню овладения ими. Отличие от обычной школы в объеме и уровне содержания.

Три специальных принципа:

- коррекционная направленность процесса образования;
- индивидуализация и дифференциация процесса;
- оптимистическая перспектива (опережающее обучение, а воспитание и развитие идут вслед за ним).

2. Воспитательная.

3. Коррекционно-компенсаторная, которая включает: развитие речевой функции и умений правильно оформлять свои мысли; развитие мыслительных операций; развитие умений ориентироваться в социально-бытовых, общественных условиях.

Различают четыре типа вспомогательных школ: обыкновенная школа (на государственном обеспечении); школа полного дня; школа-интернат для детей, у которых родители не обеспечивают воспитание; школа-интернат для детей-сирот и лишенных попечительства родителей.

6. Клинико-психологические аспекты проблемы умственной отсталости

План лекции

1. Нарушения интеллекта.
2. Этиология умственной отсталости.
3. Основные типы психического дизонтогенеза.
4. Нарушения памяти.
5. Синдромы слабоумия.
6. Классификация деменций.
7. Психоорганические синдромы.
8. Классификация олигофрении.
9. Сравнительная таблица умственно отсталых детей и детей с нормой развития.

Интеллект – мыслительная способность или совокупность способностей человека, обеспечивающая правильное понимание требований жизни и адекватное приспособление к ним.

Выделяют: собственно интеллектуальную деятельность и предпосылки интеллекта: память, запас знаний, активное внимание, речевое развитие, психическая активность, работоспособность.

Нарушения интеллекта проявляются: в синдроме слабоумия; психоорганических синдромах; псевдослабоумии; нарушении памяти. На рис. 1 представлена схема «Интеллект как структура». У детей и подростков нарушения интеллекта проявляются в психическом дизонтогенезе.

Психический дизонтогенез – нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга.

На рис. 1 изображена структура интеллекта, а далее раскрыты основные типы психического дизонтогенеза.

Этиология умственной отсталости

До 200 наследственных заболеваний сопровождаются умственной отсталостью.

Наследственные дифференцированные олигофрении отличаются глубиной умственного недоразвития; сопровождающимися неврологическими расстройствами; соматическими нарушениями; уродствами. В процентном соотношении выделяют:

20%	1. Моногенно наследуемая олигофрения, обусловленная дефектами обмена (фенилкетонурия, галактоземия) 2. Олигофрения с чертами дисэмбриогенеза (хромосомные нарушения — с. Дауна, с. Шерешевского — Тернера, с. Клайнфельтера) 3. Олигофрения вследствие заболевания плода (эмбриопатия)
80%	1. Олигофрения вследствие повреждения головного мозга ребенка до трехлетнего возраста, в частности: • родовая травма, асфиксия; • инфекционные заболевания; • черепно-мозговая травма в младенчестве; • алкоголизм матери (интоксикация плода); • поражение плода вирусом краснухи в первые три месяца беременности; • врожденный сифилис, токсоплазмоз; • диабет матери; • физические и психические травмы матери во время беременности; • высокий радиационный фон; • иммунологический конфликт между плодом и матери по резус-фактору; • менингит, энцефалит родившегося ребенка.

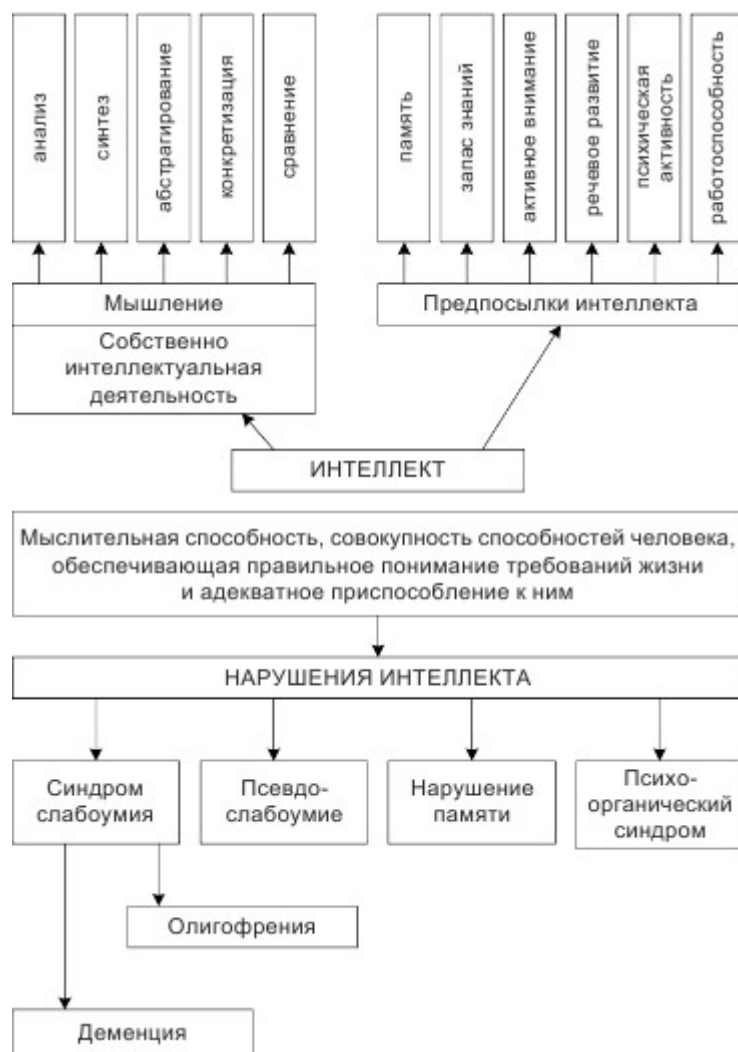


Рис. 1. Интеллект как структура
Основные типы психического дизонтогенеза



Диапазон психопатологических синдромов:

Возраст	Синдромы
Младший детский	● невропатии ● раннего детского аутизма ● гиперактивности ● патологических страхов ● тотального и парциального психического недоразвития
Старший детский, подростковый	● бредовые синдромы ● галлюцинаторные, аффективные синдромы ● синдром деперсонализации ● психического недоразвития

Граница между деменцией и олигофренией тем более условна, чем меньше возраст ребенка.

Любое психическое заболевание и патологическое состояние в детском (особенно в раннем) возрасте обязательно сопровождается задержкой или приостановкой интеллектуального развития.

Любые случаи слабоумия, возникшие до трех лет и не связанные с шизофренией, эпилепсией, органическими заболеваниями головного мозга, условно относят к олигофрении.

Нарушения памяти

1. **Амнезия** – полное или частичное выпадение воспоминаний о впечатлениях, имевшихся в период помраченного сознания. Полной амнезией сопровождаются кома, выраженное оглушение, сумеречное помрачение сознания и др.

2. **Дисмнезия** – сочетание ослабления способности запоминания с нарушением сохранения и воспроизведения материала памяти (нарушения отдельных сторон памяти не столь глубоки).

3. **Конфабуляция** – «воспоминания» о событиях, никогда не происходивших, наблюдается в структуре патологических фантазий, сочетающихся с бредом воображения (часты при шизофрении).

В детском возрасте (до 10 лет) часто встречаются **иллюзии памяти**, т. е. **ошибки памяти**, связанные с отсутствием четкого разграничения правды и вымысла.

Синдромы слабоумия

Слабоумие (К. Шнейдер) – «негатив интеллекта» – деменция:

- стойкая недостаточность интеллектуальной деятельности, возникающая либо в результате ее распада и снижения, либо вследствие недоразвития интеллектуальных способностей (другими словами, это приобретенное слабоумие, или деменция);

- выраженное затруднение или даже невозможность усвоения новых знаний и нового опыта, не зависящее от нарушения сознания.

Олигофрения – в основе имеет не распад или снижение, а *недоразвитие* интеллекта и познавательной деятельности как следствие задержки или приостановки развития познавательных процессов в раннем постнатальном периоде.

При деменции имеется период нормального развития познавательных процессов до первых проявлений нервно-психического заболевания.

Признаки деменции:

- 1) выраженная мозаичность психических нарушений;
- 2) неравномерность снижения отдельных познавательных функций с возможностью относительной сохранности одной или нескольких из них;
- 3) наличие определенного запаса сведений, представлений и словарного запаса, свидетельствующее о периоде ненарушенных познавательных функций;
- 4) несоответствие между имеющимся запасом знаний и низкими возможностями их реализации;
- 5) значительные нарушения предпосылок интеллекта (памяти, внимания, психической активности, работоспособности, целенаправленности психической деятельности), которые нередко преобладают над расстройствами понимания и осмысления, процессов обобщения.

Классификация деменций

Дана на основе психологических особенностей детей, связанных с вызвавшими их заболеваниями:

1. **Органическая деменция** – в результате органического поражения головного мозга инфекционного, травматического, токсического происхождения, а также вследствие текущих органических заболеваний головного мозга (нейроревматизм, нейросифилис, наследственные заболевания и др.).

Следствие этого – интеллектуальный дефект в совокупности с проявлениями психоорганического (энцефалопатического) синдрома, компоненты которого: снижение памяти, расстройство поведения, аффективные нарушения.

Проявления органической деменции в детском возрасте:

- утрата или ослабление приобретенных ранее навыков (моторных, опрятности, самообслуживания);
- нарушения речи от полной утраты (афазии) до ослабления экспрессивной речи с обеднением запаса слов;
- снижение уровня побуждения к деятельности, деятельность становится нецеленаправленной, преобладает бесцельное моторное возбуждение;
- ослабление дифференцированности эмоций, утрата эмоций.

2. Эпилептическая деменция характеризуется сочетанием интеллектуальной недостаточности (снижение уровня обобщения, непонимание переносного и скрытого смысла) со своеобразными изменениями личности в виде крайнего эгоцентризма, выраженной инертности, тугоподвижности психических процессов, склонности к фиксации отрицательных переживаний, сочетанием злопамятности, мстительности, жестокости по отношению к другим детям с преувеличенной угодливостью, льстивостью, подобострастием к взрослым (врачам, педагогам).

Проявление эпилептической деменции в дошкольном и школьном возрасте:

- в поведении на первый план выступает двигательная расторможенность в сочетании с угловатостью отдельных движений;
- грубая расторможенность сексуального влечения (мастурбации, обнимания, яктация);
- возможно садистическое извращение сексуального влечения, получают удовольствие, причиняя другому боль (кусают, щиплют, царапают).

3. Шизофреническая деменция – при ней собственно осмысление, способность к обобщению часто нарушены незначительно, хотя мышление в целом непродуктивно, паралогично, искажено.

Особенности шизофренической деменции:

- глубокий дефект личности с резким снижением уровня побуждений и психической активности, полной бездеятельностью, апатией; эмоциональной опустошенностью, тупостью, выраженным аутизмом (отгороженностью от окружающих, отсутствием потребности в контактах и даже активным противодействием контактам);
- в мышлении: разорванность, паралогичность, вычурность;
- нелепые, бездумные ответы могут сочетаться со сложными обобщениями, пониманием переносного и скрытого смысла;

бедная односложная речь может сочетаться с длинными фразами и оборотами, свойственными речи взрослых;

недостаточная ориентированность в простейших бытовых вопросах (адрес, покупка...) сочетается с отрывочными отвлеченными знаниями;

после 4–5 лет отмечаются психопатологические расстройства (вычурные позы, страхи, галлюцинации).

Психоорганические синдромы

Связаны с последствиями инфекционных, травматических, интоксикационных поражений головного мозга или с хроническими органическими заболеваниями центральной нервной системы (ЦНС). Сопровождаются интеллектуальными нарушениями, преимущественно в виде расстройств предпосылок интеллекта (памяти, внимания).

Проявление психоорганического синдрома у детей и взрослых:

- 1) снижение памяти и интеллектуальной продуктивности;
- 2) инертность психических процессов;
- 3) трудность переключения активного внимания и его узость;
- 4) аффективные нарушения (эйфория, апатия, возбуждение);

5) расстройство волевой деятельности (слабость побуждений, вялость, пассивность, расторможенность, болтливость);

6) усиление и извращение примитивных влечений (еда, секс, агрессия);

7) повышенная психическая истощаемость.

Проявление психоорганического синдрома у дошкольников:

- задержка речевого развития;
- бедный запас слов;
- низкий уровень выполнения речевых заданий по сравнению с невербальными;
- слабая выраженность интеллектуальных интересов;
- затруднения при запоминании стихов, песен;
- проявляются синдромы врожденной детской нервно-вегетативной дисрегуляции;
- поверхностный сон (может быть с извращением чередования сна и бодрствования);
- пониженный аппетит;
- повышенная чувствительность к внешним воздействиям;
- эмоциональная возбудимость, впечатлительность;
- неустойчивость настроения;
- общая двигательная расторможенность, суетливость.

У детей школьного возраста возможны:

1. **Психоорганический синдром с нарушением школьных навыков (чтения, письма, счета).** На основе стертых речевых расстройств происходят нарушения фонематического слуха, синтеза пространственных представлений, расстройство сложных форм конструктивной деятельности и мышления.

2. **Психоорганический синдром с дефектами эмоционально-волевых расстройств личности.**

Проявления психоорганического синдрома сочетаются с эмоционально-волевыми расстройствами, нарушениями темперамента, влечений. Это, в частности:

- эмоционально-волевая неустойчивость;
- аффективная возбудимость с агрессией;
- расторможенность примитивных влечений.

3. **Апатическая форма психоорганического синдрома.**

Эмоциональная вялость, монотонность, слабость побуждений, практическая беспомощность (но нет аутизма!).

4. **Эйфорическая форма психоорганического синдрома.**

На первый план выступает эйфорический тон настроения, импульсивность поведения.

Состояние псевдослабоумия

Состояние, внешне напоминающее слабоумие, но в большей или меньшей мере (иногда полностью) *обратимое*. В его основе – нейродинамические нарушения, ведущие к временному торможению психических функций, в частности интеллектуальной деятельности. Характеризуются:

- нарушением памяти (выпадение сведений, школьных знаний);
- недостаточностью абстрактного мышления (непонимание переносного и скрытого смысла, неумение выделить главное, непонимание основной идеи);
- снижением уровня личности (нет чувства дистанции, такта, критичности, повышенная сексуальность);

• спустя 2–4 недели состояние подвергается полному обратному развитию!

Олигофрения

Психопатологическим «стержнем» синдромов общего психического недоразвития у взрослых и детей является слабость абстрактного мышления в виде недостаточной способ-

ности к обобщению, пониманию причинно-следственных отношений, ситуационного типа мышления (Л.С. Выготский, 1960).

**Врожденное слабоумие = олигофреническое слабоумие =
умственная отсталость = общее психическое недоразвитие**

Олигофрения активно изучается тремя науками: медициной, педагогикой, патопсихологией.

Олигофрения – общее недоразвитие психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности, а также отсутствием прогрессивности.

Характерные признаки олигофрении:

- нарушение познавательных процессов (сходство – различие, избирательность);
- нарушение активного внимания;
- замедление и непрочность запоминания;
- низкий уровень логической памяти;
- слабость, недоразвитие эмоций;
- отсутствие мотивации поведения;
- неподдающиеся инстинктивные влечения;
- бедный словарный запас;
- недоразвитие психомоторики (тонкой моторики, мимики);
- достаточно развиты эволюционно более древние «природно-психические» компоненты личности (темперамент, потребности, инстинкты).

Все эти особенности становятся более отчетливы к концу дошкольного – началу школьного возраста.

В раннем детстве – умственная отсталость проявляется в недоразвитии нервно-психических функций и тех видов деятельности, которые относятся к начальным этапам развития абстрактного познания.

Первый год жизни:

- отстает развитие психомоторики (замедленное становление зрительных и слуховых условных рефлексов);
- неполноценный «комплекс оживления», запаздывание появления эмоциональных реакций на окружающее (лицо, игрушки, др.);
- преобладание вялости, сонливости.

Второй год жизни:

- особенности поведения, игровой деятельности; отставание развития речи; затруднены навыки самообслуживания; слабый интерес к окружающему;
- игра бессодержательна (манипулирование игрушками);
- контакт с другими детьми нестойкий;
- нет вопросов: «Кто это? Почему? Что это?» и др.;
- слабо развиты эмоции (сострадания, дифференциация привязанности);
- недостаточный запас сведений и умений.

Школьный возраст:

- недостаточность абстрактного мышления (мышление конкретно-ситуационное со слабостью обобщения, неспособностью выделения существенных признаков предметов и явлений);
- трудности в счете, механическое (неосмысленное) заучивание, непонимание идеи текста;
- усвоение отвлеченных знаний и школьное обучение может быть вообще невозможно (при идиотии, имбецильности);
- незрелость личности (некритичность, внушаемость).

Физиологические особенности при олигофрении:

- деформации размеров черепа, аномалии строения ушей, зубов, фаланг пальцев;
- реже – расщелины нёба, губы, сращение пальцев;
- пороки развития внутренних органов – сердца, легких, мочеполовых органов, желудочно-кишечного тракта;
- недоразвитие костной системы.

Важный общий признак олигофрении – относительная стабильность с эволютивной, возрастной динамикой. Развитие познавательных процессов подчиняется возрастным закономерностям, но происходит значительно медленнее, а потому никогда не достигает интеллектуального уровня, соответствующего паспортному возрасту.

Обобщив материал по Т.А. Власовой, М.С. Певзнер, Е.М. Мастюковой, В.И. Селиверстову, С.Н. Шаковой, С.Д. Забрамской, С.Я. Рубинштейну, предлагаем сравнительную таблицу умственно отсталого ребенка старшего дошкольного возраста и ребенка с нормальным темпом психического развития (табл. 1).

Таблица 1

Критерии сравнения	Умственно отсталый ребенок	Нормально развивающийся ребенок
1. Психическая деятельность	Глубокое недоразвитие всех сторон психической деятельности	Норма
2. Познавательные интересы	Меньше испытывают потребности в познании. Отсутствует мотивация к деятельности, снижена активность, нарушена целенаправленная познавательная деятельность	Ребенок жадно и активно познает окружающий мир. Его физическое развитие расширяет его познавательный опыт
3. Моторика	Недоразвита моторика в целом, отстают по показателям физического развития. Движения плохокоординированны; недоразвитие движений рук. Трудно выполняют действия по инструкции	Крупная моторика хорошо сформирована, но мелкая моторика рук не совсем совершенна. Большая подвижность. Хорошо выполняют сложную инструкцию

4. Речь	Недоразвиты все компоненты устной речи, касающиеся фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон. Отмечаются трудности звукобуквенного анализа и синтеза, восприятия и понимания речи. Могут наблюдаться все виды речевых нарушений, расстройства письма и чтения, снижена потребность в общении	Прекрасно дифференцирует все фонемы русского языка. Есть монолог. В норме нет речевых нарушений, испытывает потребность в общении. Сформированы все функции речи
5. Словарь	Медленно развивается словарь, замедленно формируются обобщающие понятия, их речевая продукция — заученные шаблоны. Речь плохо координирует деятельность таких детей. Ребенок долго общается с помощью вопросно-ответной формы, контекстная речь формируется с трудом. Внимание к чужой речи и контроль за своей снижен	Словарь большой и увеличение происходит соответственно возрасту. Может адекватно использовать «я». Речь подчиняется ситуации, говорит развернутыми фразами. Понимает обращенную к нему инструкцию
6. Продуктивная деятельность	Отстают от сверстников в рисовании, лепке, конструировании. Игры носят элементарный, стереотипный характер. Первые предметные игровые действия возникают в середине дошкольного возраста. Учебная деятельность не сформиро-	Хорошо развиты все виды продуктивной деятельности. Игры носят развивающий характер, в них ребенок осваивает систему отношений между людьми. На ранних этапах присутствует мани-

	вана. Не могут планировать свою деятельность. Не соотносят результат деятельности с поставленной задачей. Приступают к деятельности без достаточной и предшествующей ориентации в ситуации	пулятивная деятельность, после предметная, игровая (развиваются сюжетно-ролевые игры) и формируется учебная
7. Эмоционально-волевая сфера	Эмоционально незрелы, недостаточно дифференцированы и нестабильны чувства, ограничен диапазон переживаний. Трудно понимают мимику и жесты. Слабые волевые процессы, безынициативны, импульсивны, трудно противостоят воле другого человека, несамостоятельны, эмоции неустойчивы, переживания неглубокие, поверхностные. Эмоциональные реакции неадекватны источнику	Эмоционально зрелы, но эмоции отражают настроение и поведение. Отличаются доверчивостью. Самостоятельность развивается в процессе обучения. Развитие воли тесно соотносится с обогащением мотивационной и нравственной сферы. Особую роль в развитии воли выполняют игры
8. Восприятие	Трудности в обобщении восприятий, с трудом выделяют главное, не понимают внутренних связей между частями. Плохо воспринимают время, плохо ориентируются в пространстве. Не формируются категории цвета, формы, величины, количества. Трудно различают оттенки цветов	Способен выделить предмет из ряда других, искать нужный предмет, умеет длительно его рассматривать, выделять его качество, отдельные черты, наблюдать явления окружающего мира. Обогащение восприятия осуществляется через речевое развитие,

		так как дети владеют словами для обозначения качеств предмета
9. Память	Лучше запоминают внешние, иногда случайные зрительно воспринимаемые признаки. Почти не формируется произвольное запоминание. Испытывают трудности не столько в получении и сохранении информации, сколько в её воспроизведении, так как умственно отсталые дети не понимают логику событий, то воспроизведение носит бессистемный характер. Опосредственная смысловая память развита слабо. Характерна эпизодическая забывчивость	В дошкольном возрасте усиленно развивается непроизвольное запоминание. Позднее в игровой деятельности начинают складываться элементы произвольного активного запоминания. У школьника запоминание произвольно, когда он имеет цель что-либо выучить
10. Внимание	Свойственна малая устойчивость внимания, трудности распределения внимания, замедленная переключаемость. При олигофрении сильно страдает непроизвольное внимание, однако недоразвита преимущественно именно его произвольная сторона, так как при возникновении трудностей ребенок не пытается преодолеть их, а просто бросает работу. Слабость произвольного	Внимание дошкольника концентрично, обладая силой, оно редко бывает продолжительным. С возрастом устойчивость внимания возрастает. Младший школьник обладает ориентировочным, непроизвольным вниманием, но при обучении активно развивается произвольное, волевое

	внимания проявляется и в том, что в процессе обучения отмечается частая смена объектов внимания, невозможность сосредоточиться на каком-то одном объекте	внимание: активно и произвольно направляет свое внимание, удерживает и сосредоточивает его на определенном объекте
11. Мышление	Анализ предметов проводят бессистемно, пропускают ряд важных свойств, вычленяют наиболее заметные части, поэтому затрудняются определить связь между частями предмета. Устанавливают обычно лишь зрительные свойства объектов. При анализе выделяют общие свойства предметов, а не их индивидуальные признаки. Нарушен синтез — затрудняются составлять представление о предмете в целом. Сравнение происходит по несоотносимым признакам. Затрудняются находить общее и различное в двух предметах. Некритичны и не могут оценить свой труд, часто не замечают своих ошибок	Четко осознают связь между причинной и следствием явления, постепенно овладевают способностью словесно формулировать причинно-следственные связи. В дошкольном возрасте наглядно-действенное мышление, оно преобразуется в наглядно-образное и словесное мышление. Мышление связано с речью, памятью и др. психическими процессами
12. Воображение	Отличается фрагментарностью, неточностью и схематичностью. Жизненный опыт беден, поэтому воображение формируется на неблагоприятной основе	Детское воображение характеризуется яркостью и эмоциональностью образов, легкостью их возникновения. Бывает воссоздающее и

		творческое воображение. Зависит от жизненного опыта
13. Круг представлений	Резко обедненный и суженный круг знаний и представлений об окружающем мире. Часто не знают своего имени, адреса, имен близких, плохо ориентируются в обыденной жизни	При организованной и систематической работе с ребенком по его общему развитию значительно увеличивается объем знаний ребенка и круг его представлений
14. Поведение	Недостаточно хорошо понимают ситуацию, не умеют изменять поведение в зависимости от неё. Снижена критичность к себе, к окружающим. Хотя по поведению умственно отсталые дети не однородны: одни — возбудимы, импульсивны; другие — более уравновешены и спокойны; некоторые вялы и медлительны	Развитие всех сторон психики ребенка позволяет критически отнестись к себе и окружающим, к своей деятельности и поведению
15. Самооценка	Самооценка и уровень притязаний чаще всего неадекватный (завышенный или заниженный), снижение критичности	Возможно занижение, адекватность, либо завышение самооценки (незначительные)

Атипичное олигофреническое слабоумие

Недостаточность лобных систем, описано при: недоразвитии отдельных систем головного мозга; ДЦП; эндокринопатиях, гидроцефалии; фенилкетонурии.

Характерные признаки:

- 1) вялость;
- 2) пассивность;
- 3) автоматическая подчиняемость;
- 4) грубые нарушения целенаправленности действий;
- 5) непонимание смысла речи.

Астеническая олигофрения

Сопровождается сочетанием неглубокого интеллектуального недоразвития с:

- выраженными нарушениями школьных знаний и навыков (чтения, письма, счета);
- недостаточностью последовательных действий;
- недоразвитием последовательных действий;
- нарушением тонкой моторики.

Атоническая олигофрения

Наряду с интеллектуальной недостаточностью разной глубины свойственны:

- вялость;
- спонтанность;
- бедность и невыразительность эмоций;
- снижена потребность в общении;
- слабость инстинкта (оборонительного и пищевого);
- недостаточность активного внимания;
- вычурность мышления;
- склонность к рассуждательству, чужаковатость (шизофреноподобные проявления);
- возможен эйфорический тон настроения, дурашливость, болтливость;

- возможна нецеленаправленная двигательная расторможенность.

Внутри данной группы выделяют **дисфоричную форму**, для которой характерны немотивированные колебания настроения (раздражительность, озлобленность, ярость, гнев, агрессия).

Олигофрения при гидроцефалии

При этом отмечается:

- развитие речи опережает становление мышления (следствие: большой запас слов, речевые штампы);
- склонность к рассуждательству;
- возможна хорошо развитая механическая память;
- возможен хороший музыкальный слух;
- преобладает эйфорическое настроение со вспышками аффекта.

Олигофрения при фенилкетонурии

Глубокая интеллектуальная недостаточность сочетается с выраженными эмоционально-волевыми нарушениями:

- невыразительность эмоций;
- малая потребность в общении;
- манерность, вычурность;
- возбуждение чередуется со ступором.

Психозы при олигофрении

При олигофрении могут наблюдаться психозы всех групп:

1. Психогенные.
2. Инфекционно-психические.
3. Соматогенные.
4. Шизофрения.
5. Кататоноподобные включения: стереотипии, застывания, негативизм, монотонность жалоб, высказываний, растерянность, недоосмысление, эпилепсия.
6. Психогенно-реактивные психозы: новые требования, смена окружения.
7. Психомоторные возбуждения: истерические вспышки, тоска, слезы, эйфория, дисфория, двигательная возбудимость – пассивность.
8. Бредово-галлюцинаторные включения носят ипохондрический характер (боязнь за свое здоровье).

В младшем школьном возрасте реактивные психозы бывают очень редко.

7. Дети с задержкой психического развития

План лекции

1. Понятие «задержка психического развития».
2. Закономерности отставания детей с ЗПР.
3. Причины ЗПР.
4. Классификации детей с ЗПР.
5. Условия обучения детей с ЗПР.

Учить всех и учить хорошо при существующей традиционной организации учебного процесса невозможно. Постоянно увеличивается количество учащихся, которые по различным причинам оказываются не в состоянии за отведенное время и в необходимом объеме усвоить учебную программу, они составляют 20–30 % общего числа детской популяции младшего школьного возраста. По данным Министерства образования РФ (1995), 78 % школьников нуждаются в специальных формах и методах обучения.

Среди неуспевающих школьников оказываются:

- учащиеся с педагогической запущенностью;
- дети с ЗПР;
- учащиеся с неярко выраженными сенсорными нарушениями;
- учащиеся с неярко выраженными интеллектуальными нарушениями;
- учащиеся с неярко выраженными речевыми нарушениями.

Дети с ЗПР составляют примерно 50 % неуспевающих школьников. В связи с дифференциацией учреждений для детей с проблемами обучения в 1981 г. появляется особый тип школ для детей с ЗПР. В рамках общеобразовательных школ для их обучения созданы классы выравнивая (классы коррекционно-развивающего обучения). Появляются такие образовательные формы и структуры для детей с различными трудностями обучения, как классы коррекции, компенсирующего обучения, реабилитации, педагогической поддержки. В этих классах внедряются программы, дополняющие учебный процесс различными средствами поддержки и коррекции учащихся: психологической, логопедической, коррекционно-педагогической.

Изучение детей с ЗПР началось сравнительно недавно, в конце 50-х годов. Исследователи (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский) выявили среди неуспевающих школьников учащихся, неуспеваемость и особенности поведения которых часто давали основание считать их умственно отсталыми. Эти ученики были объединены в особую категорию.

Говоря о ЗПР, специалисты подразумевают нестойкое обратимое психическое развитие и замедление его темпа, которое выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов и т. д.

В этиологии ЗПР играют роль: конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, патология беременности, ненормальные роды, частые болезни в первые годы жизни, неблагоприятные условия воспитания.

Понятно, что дети, имеющие легкие остаточные явления органического повреждения ЦНС, выражающиеся в повышенной истощаемости и обуславливающее пониженную работоспособность, недостаточность произвольности внимания, его объема и концентрации, инертность психических процессов, плохую переключаемость, возбудимость, двигательную расторможенность или, наоборот, заторможенность, пассивность, вялость, нуждаются в специальной коррекционной работе.

Задержка психического развития – это пограничная форма интеллектуальной недостаточности, личностная незрелость, негрубое нарушение познавательной сферы, синдром временного отставания психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоциональных, волевых). Это не клиническая форма, а *замедленный темп развития*.

ЗПР – одна из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста. Чаще она выявляется с началом обучения ребенка в подготовительной группе детского сада или в школе (7 – 10 лет – период больших диагностических возможностей).

Термин «задержка» подчеркивает временной (несоответствие уровня психического развития паспортному возрасту ребенка) и вместе с тем временный характер самого отставания, которое преодолевается с возрастом, и тем успешнее, чем раньше создаются специальные условия для обучения и воспитания ребенка.

ЗПР проявляется в несоответствии интеллектуальных возможностей ребенка его возрасту. Эти дети не готовы к началу школьного обучения, т. е. их знания и навыки не соответствуют требуемому уровню, а также имеются личностная незрелость и несформированность поведения.

Обследование специалистами двигательной сферы детей с ЗПР позволило выявить следующие закономерности в отставании их физического развития:

- гипер– или гиподинамия;
- мышечная напряженность или снижение мышечного тонуса;
- нарушение общей моторики, выражающейся в недостаточности двигательных качеств, особенно ациклических движений (прыжки, метание и т. д.);
- нарушение ручной моторики;
- общая скованность и замедленность выполнения движений;
- дискоординация движений;
- несформированность функции равновесия;
- недостаточное развитие чувства ритма;
- нарушение ориентировки в пространстве;
- замедленность процесса освоения новых движений;
- нарушение осанки, плоскостопие.

Характерные особенности детей с ЗПР:

- снижение работоспособности;
- повышенная истощаемость;
- неустойчивость внимания;
- более низкий уровень развития восприятия;
- недостаточная продуктивность произвольной памяти;
- отставание в развитии всех форм мышления;
- дефекты звукопроизношения;
- своеобразное поведение;
- бедный словарный запас;
- низкий навык самоконтроля;
- незрелость эмоционально-волевой сферы;
- ограниченный запас общих сведений и представлений;
- слабая техника чтения;
- неудовлетворительный навык каллиграфии;
- трудности в счете через 10, решении задач.

Причины ЗПР:

- слабовыраженные органические повреждения головного мозга, врожденные или возникшие во внутриутробном состоянии, при родовом или раннем периодах жизни ребенка;

- генетически обусловленная недостаточность ЦНС (головного мозга);
- интоксикации, инфекции, травмы, обменно-трофические расстройства;
- неблагоприятные социальные факторы (условия воспитания, дефицит внимания).

Классификаций детей с ЗПР

1. Т.А. Власова и М.С. Певзнер выделили две наиболее многочисленные группы и охарактеризовали их как:

– **дети с психофизическим инфантилизмом.** Это дети с нарушенным темпом физического и умственного развития. ЗПР, вызванная медленным темпом созревания лобной области коры головного мозга и ее связей с другими областями коры и подкорки;

– **дети с психическим инфантилизмом.** Это учащиеся с функциональными расстройствами психической деятельности (цереброастенические состояния), как следствие мозговых травм.

2. Формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с ЗПР (Г.Е. Сухарева):

- 1) интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- 2) интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;
- 3) нарушения при различных формах инфантилизма;
- 4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефекта речи, чтения, письма;
- 5) функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм ЦНС.

3. К.С. Лебединская предложила клиническую систематику детей с ЗПР:

1. ЗПР конституционального происхождения.
2. ЗПР соматогенного происхождения.
3. ЗПР психогенного происхождения.
4. ЗПР цереброорганического происхождения.

Все варианты отличаются особенностью структуры и соотношения: типа инфантилизма и характера нейродинамических расстройств.

4. В.В. Ковалев разделил ЗПР на основе патогенетического принципа:

- 1) дизонтогенетические формы, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного развития;
- 2) энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;
- 3) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств и обусловленная действием механизмов сенсорной депривации;
- 4) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства («социокультурная умственная отсталость»).

Традиционно выделяют две основные формы ЗПР:

- 1) ЗПР, обусловленная недоразвитием эмоционально-волевой сферы (необходима психолого-коррекционная работа);
- 2) ЗПР, обусловленная длительными астеническими состояниями (нервно-психическая слабость, необходима еще и лечебная практика).

Наиболее часто встречающиеся варианты ЗПР (Ю.Г. Демьянов):

1. *ЗПР с цереброастеническим синдромом.*

Неврологическое обследование выявляет признаки дисфункции вегетативной нервной системы, отдельные негрубые локальные изменения в разных отделах коры головного мозга.

Дети отличаются:

- быстрой истощаемостью произвольного внимания;

- утомляемостью и неспособностью к длительному психическому напряжению.

2. *Дети с психофизическим инфантилизмом.*

Здесь выделяют три варианта ЗПР:

1) гармонический психофизический инфантилизм – дети по физическим показателям отстают от сверстников на 2–3 года;

2) психофизический инфантилизм при эндокринной недостаточности – отстают в темпе физического развития и отличаются диспластичностью телосложения;

3) дисгармонический психофизический инфантилизм – дети отстают в физическом развитии, замедленно личностное созревание.

3. *ЗПР с невропатоподобным синдромом.*

С грудного возраста в поведении малышей наблюдаются особенности: они крикливы, капризны, чрезмерно подвижны и впечатлительны. Для них характерны симптомы раздражительной слабости, повышенной истощаемости, эмоциональной неустойчивости.

4. *ЗПР с психопатоподобным синдромом.*

Психопатоподобное искажение формирования личности.

- ЗПР с синдромом гиперактивности;

- ЗПР с синдромом гипоактивности;

- ЗПР с аутистическим синдромом.

5. *ЗПР при ДЦП.*

У всех детей: черты церебрастенического синдрома, нарушение функций произвольного внимания, памяти, эмоциональная лабильность, обеднение мотивационной сферы. За счет недоразвития навыков анализа пространственных отношений и конструктивного мышления – ЗПР, неврозоподобные проявления, депрессии, связанные с переживаниями за свое будущее, страхи.

6. *ЗПР при общем недоразвитии речи у детей с моторной аномалией.*

7. *ЗПР при тяжелых дефектах слуха.* ЗПР касается словесно-логического мышления, невербальные функции интеллекта развиваются в норме.

8. *ЗПР при тяжелых дефектах зрения* — отставание формирования общей моторики, замедленное формирование пространственных представлений, конструктивного мышления, своеобразие речи и мышления.

9. *ЗПР при тяжелых соматических заболеваниях.* Часто болеющие в раннем детстве дети, развивается астенический синдром.

10. *ЗПР при тяжелой семейно-бытовой запущенности* – информационная и эмоциональная депривация ребенка в семье.

Эффективная динамика развития детей намечается, когда своевременно осуществляется клиническая, психологическая, педагогическая диагностика и реализуется необходимая психологическая коррекция, психотерапия, биологическая терапия, а педагогическая коррекция и обучение ведутся с учетом всей сложности, неравномерности и дисгармоничности развития интеллекта и личности детей.

Традиционно выделяют следующие подходы в работе с детьми с ЗПР:

- индивидуальный подход;
- предотвращение наступления утомляемости;
- активизация познавательной деятельности;
- проведение подготовительных занятий;
- обогащение знаниями об окружающем мире;
- коррекция всех видов деятельности;
- проявление педагогического такта.

Условия обучения детей с ЗПР

1. Соответствие темпа, объема и сложности учебной программы реальным познавательным возможностям ребенка, уровню развития его когнитивной сферы, уровню подготовленности, т. е. уже усвоенным знаниям и навыкам.
2. Целенаправленное развитие общеинтеллектуальной деятельности (умение осознавать учебные задачи, ориентироваться в условиях, осмысливать информацию).
3. Сотрудничество с взрослыми, оказание педагогом необходимой помощи ребенку с учетом его индивидуальных проблем.
4. Индивидуальная дозированная помощь ученику, решение диагностических задач.
5. Развитие у ребенка чувствительности к помощи, способности воспринимать и принимать помощь.
6. Малая наполняемость класса (10–12 человек).
7. Щадящий режим работы, соблюдение гигиенических и валеологических требований.
8. Организация классов коррекционно-развивающего обучения в стенах массовой школы.
9. Специально подготовленный в области коррекционной педагогики (специальной педагогики и коррекционной психологии) педагог – учитель, способный создать в классе особую доброжелательную, доверительную атмосферу.
10. Создание у неуспевающего ученика чувства защищенности и эмоционального комфорта.
11. Безусловная личная поддержка ученика учителями школы.
12. Взаимодействие и взаимопомощь детей в процессе учебной деятельности.
13. Уверенность в безусловном принятии себя как личности и позитивные взаимоотношения со сверстниками.

Коррекция индивидуальных недостатков развития осуществляется на следующих индивидуальных и групповых коррекционных занятиях:

- общеразвивающих занятиях (коррекция памяти, внимания, речи, словарного запаса и т. д.);
- занятиях предметной направленности (подготовка к восприятию трудных тем программ, восполнение пробелов в знаниях);
- занятиях по формированию содержательной учебной мотивации, развитию познавательных интересов, творческой активности ребенка, личностных качеств.

В коррекционной педагогике *школьная неуспеваемость* рассматривается как комплексная проблема.

Когда К.Д. Ушинский начинал свою деятельность в Гатчинском сиротском институте, на второй год оставалось 56 % воспитанников. В 1925 г. существовало постановление Мосгорона о допустимости 25 % неуспеваемости. В 1960 г. неуспеваемость составляла 4 %, в 1970 г. – 2,8 %. В современной статистике нет жесткого контроля за этими показателями, но выборочные проверки в ряде регионов приводят большому проценту функционально безграмотных учеников после начальной школы и в выпускных классах.

Кого считать неуспевающим учеником? Видимо, того ребенка, который «хочет, но не может и поэтому не знает и не умеет». В случае истинной неуспеваемости ликвидация ее возможна только на основе коррекционной педагогики.

Статистика свидетельствует, что в настоящее время 8–10 % школьников с трудом овладевают знаниями, предусмотренными программой общеобразовательной школы. Педагоги характеризуют их знания словами «3 пишем, 2 в уме».

В настоящее время продолжается поиск ответа на вопрос: «Где же истоки снижения уровня обучаемости школьников?»

8. Нарушения деятельности психической сферы

План лекции

1. Характерные особенности детей с отклонениями в психической сфере.
2. Основные группы изменений характера по В.П. Кащенко.
3. Классификация нервно-психических нарушений у детей.
4. Эпилепсия.
5. Шизофрения.
6. Детские невротические нарушения.
7. Детская невропатия.
8. Приемы работы родителей с проблемным ребенком.
9. Различия между невропатией и психопатией.
10. Основные различия неврозов и психопатий.
11. Стресс: признаки и способы снятия.

Характерные особенности детей с отклонениями в психической сфере:

- повышенная раздражительность;
- двигательная расторможенность в сочетании со сниженной работоспособностью;
- проявление отклонений в характере во всех жизненных ситуациях;
- социальная дезадаптация.

С расстройствами психической сферы в тесной связи находятся **недостатки характера**, которые являются начальной ступенью проявления отклонений в психики. Психолого-педагогические методы коррекции отклонений в характере позволяют приостановить дальнейшие изменения психики.

В.П. Кащенко выделил две основных группы изменений характера:

1. Недостатки характера, эмоционально обусловленные

1) Неустойчивость, противоречивость, порывистость, неровность эмоций: «от радости скачет, до смерти плачет». Беспричинная частая смена настроения.

2) Повышенная возбудимость (состояние сильного возбуждения и запальчивости) – раздражительность: «и плачет, и смеётся, и остановиться не может».

3) Сильная острота симпатий и антипатий к людям.

4) Импульсивность поступков.

5) Исступленный гнев.

6) Пугливость и болезненные страхи.

7) Пессимизм и чрезмерная веселость.

8) Равнодушие и безучастность.

9) Нечистоплотность, педантизм.

10) Страстное чтение.

2. Недостатки характера, обусловленные преимущественно активно-волевыми моментами

1) Болезненно выраженная активность.

2) Интенсивная болтливость.

3) Постоянная жажда наслаждений.

4) Отсутствие определенной цели.

5) Безудержность.

6) Рассеянность.

7) Бесцельная ложь.

8) Бессмысленное воровство.

9) Мучительство животных.

- 10) Злоба и издевательство над окружающими людьми.
- 11) Негативизм.
- 12) Деспотизм (мучительство других людей).
- 13) Чрезмерная нераскованность.
- 14) Замкнутость.
- 15) Бродяжничество.

По степени распространенности нервно-психические нарушения у детей можно разделить на следующие группы:

1. Минимальная мозговая дисфункция (недостаточность)

Признаки: повышенная утомляемость, рассеянное внимание, головокружение, тошнота, рвота, головные боли. Состояние ребенка меняется от хорошего самочувствия до болезненной слабости.

Причины: тяжелое течение беременности, преждевременные или переношенные роды, неправильное питание, перенесенные инфекционные заболевания, генетическая предрасположенность, следствие хронического алкоголизма родителей.

2. Невропатия

Вид нервно-психических нарушений детей, определяемый как болезненно повышенная нервная чувствительность.

Признаки: эмоциональная неустойчивость, нарушение сна, обмена веществ (диатез), нарушение психомоторного развития.

Причины: в большинстве случаев врожденные нарушения, как следствие тяжелой беременности, длительных стрессовых состояний; неблагоприятного социального окружения.

3. Неврозы

Группа заболеваний нервной системы, характеризующихся слабо выраженными функциональными нарушениями со стороны высшей нервной деятельности. Выделяют *невротические реакции* – кратковременные аффективные переживания в ответ на действие психотравмирующих факторов.

Признаки: повышенная возбудимость, страхи, подавленность, депрессии.

Школьный невроз – психогенное, вызванное неверным педагогическим подходом, отклонение личности. Некоторые ученые определяют школьный невроз как болезнь воспитания. 10 % всех детских неврозов – школьные.

4. Органические нарушения нервной системы

Причины: тяжелая патология родов, вирусные поражения плода, возможны как наследственные, так и приобретенные (вследствие травм, органических нарушений мозга) отклонения.

5. Психическое недоразвитие

Олигофрения и деменция в любой степени.

6. Психопатия

Патологический склад характера, выражающийся в неуравновешенности поведения, плохой приспособляемости к изменяющимся условиям внешней среды, неумение подчиняться просьбам и требованиям других (на уровне непонимания происходящего).

7. Психические заболевания

Психоз – расстройства психической деятельности, проявляющиеся в нарушении отражения реального мира и в изменении поведения.

Причины: инфекции, травмы головного мозга, интоксикации, опухоли, психические потрясения, наследственные факторы.

Признаки: бредовые идеи, расстройства мыслительных операций, галлюцинации, изменение сознания, нарушение настроения, поведения.

Эпилепсия – (от *греч.* «схватываю», «внезапно падать») хроническое, прогрессирующее заболевание головного мозга, проявляющееся периодическими приступами судорог, нарушением сознания, изменением эмоционально-психической сферы.

На тысячу человек – 3–5 случаев эпилепсии.

Причины: большую роль играет наследственная предрасположенность мышц к судорогам: наследуется не само заболевание, а судорожная готовность мозга. Значительную роль играют и экзогенные факторы (травмы головы, инфекции, интоксикация).

Эпилепсия как особая болезнь определена Гиппократом в V–VI вв. до н. э.

Выделяют два основных вида эпилепсии:

1) Симптоматическая – эпилептиформные припадки являются симптомами какого-либо основного заболевания: сифилис мозга, опухоль головного мозга, травма и др.

2) Генуинная – в основе заболевания нарушение обмена веществ.

Проявления эпилепсии:

1) припадки;

2) расстройства сознания, настроения;

3) эпилептические изменения личности со своеобразным снижением интеллекта.

Эпилептический припадок (может длиться от 4–5 минут до нескольких часов). Приведем последовательность проявления припадка:

- может начаться без видимой причины
- внезапное падение
- потеря сознания
- своеобразный крик
- тонические судороги (резкое длительное мышечное напряжение)
- клонические судороги (ритмические короткие сокращения мышц)
- бледность, синюшность
- отсутствие реакции на свет
- пена изо рта
- мышечное расслабление
- помрачение сознания
- сонливое состояние
- резкое чувство голода

Эпилептические расстройства сознания:

- сумеречное состояние (длительное);
- состояние транса (до нескольких недель);
- дисфория – расстройство настроения;
- изменения личности (развивается медленно).

Шизофрения («расщепление души») – психическое заболевание, характеризующееся глубокими изменениями личности в целом.

Признаки: изменения в эмоционально-волевой сфере, снижение потребности в общении, аутизм, потеря интереса к окружающей действительности, психомоторные расстройства, иногда – бред, галлюцинации. Выделяют людей с шизоидной формой личности. Главные черты этой формы – снижение потребности в общении и недостаточная эмоциональная откликаемость. В характере наиболее значимы такие черты, как замкнутость, отгороженность, отсутствие чувства сопереживания, слабость привязанностей – до душевной холодности и черствости. Мышление оторвано от реальности, формализовано и схематизировано. Некоторые больные склонны к бесплодным рассуждениям, схоластике. Вместе с тем мир внутренних переживаний может быть достаточно богат и разнообразен, но они не испытывают потребности раскрывать его окружающим. Некоторым представителям этой группы свойственны чужаковатость поведения, странность облика и манер, угловатость движений.

Детские невротические нарушения

К функциональным, то есть обратимым, невротическим нарушениям, которые поддаются полной коррекции и излечению, относятся **неврозы**. Под неврозами понимается группа заболеваний, возникающих вследствие психической травмы и сопровождающихся нарушением общего самочувствия, неустойчивостью настроения и соматовегетативными проявлениями. От невротического срыва в принципе не гарантирован никто, однако его характер и форма определяются рядом факторов. В возникновении неврозов значимы не только психотравмирующие ситуации, но и отношение человека к этим обстоятельствам. Чаще всего неврозы возникают у людей, которые в детстве перенесли психотравмирующую ситуацию (психическую травму), воспитывались в неблагоприятных семейных условиях, часто болели соматическими болезнями. Среди неврозов выделяют следующие формы: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний, ипохондрический невроз, детский невроз, профессиональный невроз, системные неврозы. Для нас особый интерес представляют такие понятия, как **детский невроз и школьный невроз**.

Под детским неврозом понимают группу заболеваний, вызванных воздействием психотравмирующих факторов в детском возрасте. Среди них выделяют следующие:

1) **невроз страха** – ребенок «заражен» всевозможными страхами (боится чего-либо или кого-либо), невротические страхи возникают нередко благодаря неожиданным, пугающим ребенка обстоятельствам либо из-за того, что взрослые сознательно запугивают малыша с целью достижения «воспитательной» цели;

2) **неврастения** – болезненное перенапряжение психофизических возможностей ребенка, когда он не в силах соответствовать завышенным требованиям окружающих и заранее считает себя неспособным справиться с любыми предстоящими трудностями. Другими словами, неврастения – это состояние раздражительной слабости, сочетание повышенной возбудимости и раздражительности с быстрой утомляемостью и истощаемостью;

3) **истерический невроз** – ребенок не хочет быть таким (чрезмерно капризным, истеричным), он не только устраивает «сцены», но и сам страдает от этого. Он ничего с собой не может сделать, это происходит с ним помимо его воли (надо отличать истерический невроз от патологии характера);

4) **невроз навязчивых состояний** – обычно проявляется в более старшем школьном возрасте, когда ребенок подвластен различным навязчивым состояниям: навязчивый счет (номеров машин), выполнение «ритуалов» (прежде чем встать, произнести определенные слова и т. д.), навязчивые тики, мысли (о возможной неудаче).

Нарушения нервно-психической сферы подобного характера могут развиваться у детей по самым разным причинам.

1. У большинства в основе лежат остаточные явления раннего органического поражения центральной нервной системы (это всевозможные нарушения в течение беременности, родов, частые заболевания, ушибы головы и прочие неблагоприятные воздействия в первые 2 года жизни и более позднем периоде, происходящие в еще слишком незрелом организме, с его лишь формирующейся центральной нервной системой).

2. Другую группу составляют дети, у которых причиной развития невротических расстройств являются «психогенные факторы». К ним относятся психические травмы, вызванные испугом, страхом, психотравмирующие ситуации, возникшие в результате нарушения межличностных отношений (ссоры, разводы, алкоголизм родителей, болезни, смерть близких, жестокое, несправедливое обращение с детьми, нарушение школьной адаптации). На одном из первых мест здесь проблемы эмоционального контакта с родителями и привязанности к ним (прежде всего к матери).

3. Большое значение имеет «семейный климат». Причиной развития невроза у ребенка может стать вражда между родителями, которую он легко чувствует и тяжело переносит. Если вражда замаскированная, то последствия еще более тяжелы.

Но для того чтобы все перечисленные психотравмирующие факторы привели к невротическим расстройствам и к неврозам, необходимы еще и определенные условия. Когда дети сталкиваются с подобными ситуациями, для одних они проходят без последствий, а для других оказываются весьма значимы. Чаще дают срывы ослабленные, часто болеющие, инфантильные, тревожные, мнительные дети. Отметим еще раз, что особенно повышенная ранимость отмечается у детей 6—7-летнего возраста, так как в этот период дети еще очень эмоциональны, и в то же время у них наблюдается интенсивное развитие мышления. В этом возрасте они тонко понимают и глубоко переживают травмирующие жизненные обстоятельства, будучи еще неспособными разрешить их наиболее доступным для себя способом. В 6—7 лет невротизирующий фактор заключается в нервно-психической перегрузке в связи с обучением в школе, повышенными требованиями к оценкам и чрезмерным контролем за приготовлением уроков со стороны родителей, а также проблема психологической адаптации к школе. У очень впечатлительных, эмоционально чувствительных и ранимых детей, которые обостренно реагируют на отношение окружающих, наивны, бесхитростны, доверчивы, склонны к внутреннему накоплению отрицательных чувств (переживаний), как правило, риск заболевания неврозом выражен в большей степени.

Одним из проявлений общей нервной ослабленности у детей является **невропатия**. Понятие «детская невропатия» используется применительно к детям и, как правило, школьного возраста, так как с началом обучения у детей часто возникают различные проблемы. Среди школьников, испытывающих трудности в обучении, часто встречаются дети, имеющие невротические нарушения. В быту таких детей называют нервными.

Детская невропатия имеет многообразные проявления, в частности:

1. Повышенная нервная чувствительность в виде склонности к проявлениям аффекта, эмоциональным расстройствам и беспокойствам.
2. Нервная ослабленность в виде общей невыносливости, быстрой утомляемости при повышенной нервно-психической нагрузке, а также при шуме, духоте, ярком свете.
3. Нарушения сна: поверхностный, чуткий, беспокойный или чрезмерно глубокий, затрудненное засыпание, уменьшенная потребность в дневном сне.
4. Вегетососудистые дистонии, проявляющиеся в низких показателях артериального давления, плохом самочувствии при колебаниях барометрического давления, сосудистых спазмах (головные боли), спазмах слизистых (ложный круп, бронхиальная астма), повышенной потливости, ознобах, сердцебиениях.
5. Соматическая ослабленность – частые ОРЗ, хронические тонзиллиты, бронхиты, трахеиты, снижение иммунитета.
6. Диатезы.
7. Психомоторные, конституционально обусловленные нарушения типа энуреза, тиков и заикания, которые часто сменяют друг друга.

Выделяют ряд невротических проявлений, которые часто вызывают тревогу родителей, считающих, что у ребенка «дурная» привычка, и ухудшают состояние ребенка. Наиболее часто встречаются из них следующие:

- ребенок грызет ногти – как правило, это следствие нервного перенапряжения;
- непроизвольные тики, подергивания у ребенка (постоянно подмигивает, пожимает плечами, покашливает); такие дети очень раздражительны, плаксивы, не уверены в себе, тревожны;

- расстройство сна (невротического характера) – ребенок плохо спит, долго не может заснуть, часто просыпается, вскрикивает, у ребенка возникают ночные страхи, кошмарные сновидения, он боится спать один;

- ночное недержание мочи (энурез) – причины различны: и неблагоприятная обстановка в семье, конфликты и испуг, и резкое нарушение режима (обильное питье вечером, перевозбуждение ребенка после рассказанной страшной истории или фильма) или недоразвитие сфинктеров мочевого пузыря;

- расстройства аппетита (невротического характера) – отказ от еды как следствие каких-либо психотравмирующих переживаний во время приема пищи (особенно когда родители ругают, угрожают и наказывают детей во время еды). Возможен отказ от еды в связи с полнотой;

- расстройства речи (невротического характера) – страх перед речевой деятельностью в присутствии большого количества людей или определенных лиц, может резко развиваться заикание, замкнутость.

Возможная помощь ребенку с невротическими расстройствами должна оказываться через все окружение малыша.

Ведущее место при коррекции «нервного» ребенка занимают родители.

Возможные приемы работы родителей с ребенком:

- проанализировать ситуацию и попытаться найти причину, которая могла привести к расстройству нервной системы у ребенка;

- быть спокойными, терпеливыми, ласковыми, выдержанными, не кричать на ребенка, даже если что-то не так;

- исключить из методов воспитания наказания, угрозы и свои нервные срывы;

- помните, что ребенка надо не лечить, а любить;

- проанализировать свое поведение и отношение к ребенку;

- создать дома теплую обстановку: проверьте, достаточно ли ребенок отдыхает, не слишком ли много у него обязанностей;

- усиленные ли требования вы предъявляете к нему, не очень ли часто ребенок страдает из-за вас.

Приведем описание качеств, которыми должны обладать родители, чтобы помочь ребенку преодолеть невроз (по А.И. Захарову):

1. Понимание серьезности создавшегося положения, адекватное и серьезное восприятие родителями «беды» своего ребенка, они любят его и ценят его здоровье.

2. Доброта и искреннее желание помочь своему ребенку.

3. Способность во имя ребенка идти на уступки и жертвы.

4. Способность встать на сторону ребенка, посмотреть на себя его глазами.

5. Готовность к переменам.

6. Контроль за своими чувствами и поступками.

7. Терпение и последовательность.

8. Согласие в семье и участие обоих родителей в воспитании и лечении ребенка.

9. Вера в положительные результаты лечения.

10. Любовь между всеми членами семьи и безусловная любовь к «больному» ребенку.

По исследованиям ученых, проблемы с нервной системой, то или иное неблагополучие в нервно-психической сфере свойственны в большей степени мальчикам (каждый третий), чем девочкам (каждая четвертая).

Нервность мальчиков более выражена в неполной семье. У них чаще проявляются или агрессивность в общении со сверстниками, или несамостоятельность, зависимость, инфантилизм, страхи. Как у мальчиков, так и у девочек из неполной семьи чаще проявляются повышенная возбудимость и неустойчивость настроения, конфликтность, упрямство, негативизм.

К тому же они испытывают большие проблемы в адаптации и общении со сверстниками. Во всех случаях дети из неполной семьи требуют особого внимания со стороны воспитателя, так как при неудачах в общении легко становятся еще более нервными и негативными по отношению к помощи из вне.

Детскую невропатию, так же как и взрослую, следует отграничивать от психопатии. Некоторые критерии отграничения невропатии и психопатии, неврозов и психопатий приведены в табл. 2 и 3.

Таблица 2

Различия между невропатией и психопатией

№ п/п	Сфера отграничения	Невропатия	Психопатия
1	Роль неблагоприятной наследственности	Относительно небольшая	Предопределяющая
2	Время проявления нервности	Непосредственно после рождения	На втором году жизни и, особенно в подростковом возрасте
3	Ведущая область поражения	Нервно-вегетативная и соматическая сфера организма	Психическая сфера
4	Стойкость проявлений	Неустойчивость и обратимость с возрастом	Устойчивость и относительная необратимость
5	Изменение с возрастом	Уменьшается	Увеличивается
6	Склонность к беспокойству и чувство вины	Выражена	Отсутствует
7	Агрессивность	Нехарактерна	Одно из главных проявлений

Рассматривая детские невротические нарушения, еще раз отметим, что взрослые также подвержены невротическим расстройствам и проблемам, связанными с психической деятельностью. Наиболее распространены среди них **стрессы**. Термин «стресс» используется для обозначения обширного круга состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия. Причины возникновения стрессовых ситуаций разнообразны, это – боли, дефицит внимания, конфликты, опасная работа, длительные нервно-психические перегрузки. Эпикур в свое время сказал, что людей расстраивают не вещи, а то, как люди смотрят на них. Выделяют следующие **стрессогенные факторы**, связанные с ведущими видами деятельности взрослого человека, но которые имеют место и в детской жизни:

- ответственность;
- необходимость быть в центре внимания;
- необходимость постоянно подтверждать свою компетентность;
- временное непостоянство деятельности.

Таблица 3

Основные различия неврозов и психопатий

№ п/п	Сфера ограничения	Невропатия	Психопатия
1	Наследственность Патологические изменения характера	Незначима Парциальные (отдельные черты) или отсутствует	Предопределяющая Тотальные (патологический склад характера в целом)
2	Расторможенность	Отсутствует	Выражена
3	Конфликтность в сочетании с агрессивностью и жестокостью	Отсутствует	Выражена
4	Чувство вины, стыда, сочувствие, переживание случившегося	Выражены	Отсутствуют
5	Устойчивость проявлений	Обратимость в результате благоприятного	Относительная необратимость и устойчивость

		изменения обстоятельств или лечения	
6	Отношение к оказанию помощи и лечения	Положительное, поиск помощи	Отрицательное, отказ и негативизм

Признаки стрессового напряжения:

1. Невозможность сосредоточиться на чем-либо.
2. Частые ошибки в работе.
3. Ухудшение памяти.
4. Частое чувство усталости.
5. Быстрая речь.
6. Состояние, при котором «мысли улечиваются».
7. Частые беспричинные боли.
8. Повышенная возбудимость.
9. Резкое увеличение числа выкуренных сигарет (или начало курения).
10. Состояние «Идти на работу (в школу) не хочется».

Существуют «бытовые» **способы снятия стресса** (которые применимы к взрослым, но (Природа) и частично к детям):

- **Природа** (систематический выезд на природу, смена окружающего пространства, уход в свою «природную индивидуальность», общение с лесом, водной стихией, камнями, животными, землей, растениями, терапевтическое влияние оказывают запах, тактильные ощущения, природные цвета, звуки природы и т. п.).

- **Алкоголь** (незначительное употребление алкогольных напитков снимает стресс, усталость, напряжение). Очень опасный способ снятия стресса, который зачастую приводит к трагическим последствиям, алкогольной зависимости, заболеваниям психики и т. д.

- **Баня** (систематическое посещение бани благоприятно воздействует на тело, что, в свою очередь, приводит к психическому расслаблению, успокоению, «очищению» и т. п.).

- **Секс** (сексуальное общение, расслабление после напряжения, как и баня, способствует физическому расслаблению, а следовательно, и психическому расслаблению, сексуальная близость позволяет «выйти» накопившемуся психическому напряжению, снять стресс и т. д.).

Помимо стрессов в обыденной жизни часто встречается **синдром эмоционального сгорания и синдром отсутствия любви**, которые характеризуются истощением нервной системы, усталостью, психосоматическими осложнениями (ОРЗ), бессонницей, отрицательной установкой к работе, увеличением числа приемов психостимуляторов, снижением или повышением аппетита, повышением или снижением агрессивности, пассивности, апатией, безнадежностью, усилением чувства вины и др.

9. Детский аутизм

План лекции

1. Понятие раннего детского аутизма (РДА).
2. Педагогическая коррекция РДА.
3. Сравнительная характеристика развития детей раннего возраста в норме и при аутизме.
4. Отличие аутизма от умственной отсталости, шизофрении и других состояний.

В системе негативных изменений психики особое место занимает **синдром раннего детского аутизма (РДА)**, отличающийся от других аномалий развития своей сложностью.

Клинико-психологическая структура аутизма была описана Каннером и характеризуется следующими признаками:

1. Аутизм как предельное одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития независимо от уровня интеллектуального развития.
2. Стремление к постоянству, проявляемое как стереотипные занятия сверхпристрастие к различным объектам, сопротивление изменениям в окружающем мире.
3. Особая характерная задержка и нарушение развития речи (независимо от уровня интеллекта).
4. Раннее проявление (до 2,5 года) патологии психического развития.

Аутизм – болезненное состояние психики, характеризующееся сосредоточенностью человека на своих переживаниях, уходом от реального внешнего мира.

Установлено, что РДА встречается примерно в 3–6 случаях на 10 тыс. детей, чаще он бывает у мальчиков, чем у девочек, – 4: 1.

В настоящее время большинство исследователей полагают, что ранний аутизм – следствие особой патологии, в основе которой лежит недостаточность ЦНС. Эта недостаточность может быть вызвана следующими причинами: врожденной аномальной конституцией, врожденными обменными нарушениями, органическим поражением ЦНС в результате патологии беременности и родов.

Аутизм может быть осложнен различной степенью умственной отсталости, недоразвитием речи.

Аутизм проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов, «уходе» в свой внутренний мир. Отсутствие контактов наблюдается как по отношению к близким, так и по отношению к сверстникам. Аутичный ребенок, где бы он ни находился, ведет себя так, как будто он находится один. Ребенок тщательно скрывает свой внутренний мир от окружающих. Обращают на себя внимание эмоциональная холодность и безразличие к близким, избегание взгляда, прямого зрительного контакта.

Страхи занимают ведущее место в формировании поведения аутичных детей.

Начав ходить, ребенок долго сохраняет *неуклюжесть* движений, возникает трудность в овладении бегом, прыжками.

Основной признак РДА – своеобразие речи, часто при большом запасе слов дети *не пользуются речью для общения*.

Дети реже жалуются, на конфликтную ситуацию реагируют криком, агрессией; проявляют готовность к неожиданным ситуациям, любят перечитывать одни и те же книги, коллекционировать.

Вопрос о возможностях и формах обучения сложен, индивидуальное обучение может быть рекомендовано в исключительных случаях.

Психологические особенности аутичного ребенка требуют специальной программы коррекционной работы.

Педагогическая коррекция РДА заключается в следующем:

1. Формирование активного взаимодействия с педагогом.
 2. Коррекция специфичного недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи, мышления.
 3. Работа с семьей:
 - психотерапия членов семьи;
 - ознакомление родителей с рядом психических особенностей аутичного ребенка;
- Сравнительная характеристика развития детей раннего возраста в норме и при аутизме
- составление индивидуальных программ воспитания, обучения, развития в домашних условиях.

*Таблица 4***Сравнительная характеристика развития детей раннего возраста в норме и при аутизме**

Возраст, мес.	Нормальное развитие	Развитие при аутизме
Развитие речи		
2	Произношение гласных звуков, гуление	—
6	«Диалоги» в виде издавания гласных звуков, поворачивания головы в сторону родителей. Появление согласных	Плач тяжело интерпретировать
8	Различные интонации в гулении, включая интонации вопроса, повторы слогов: ба-ба-ба, ма-ма-ма. Появляются указывающие жесты	Ограниченное или необычное гуление (визги, крики). Не имитирует жесты, выражения
12 (1 год)	Появление первых слов. Использование лексики с интонацией похожей на предложение, игра с использованием гласных звуков. Использует жесты и вокализацию (пропевание) для привлечения внимания, указания объектов и просьб	Могут появиться первые слова, но часто не используются со значением, часты громкие крики, остающиеся трудными для интерпретации
18 (1,5 года)	Словарный запас 3—50 слов. Начинает составлять словосочетания из двух слов, перенесения значения слов (например, папа — обращение ко всем мужчинам). Использование языка для комментариев, просьб и при совершении действий. Стараются привлечь внимание людей. Возможны частые эхолалия и имитация	
24 (2 года)	Сочетание от 3 до 5 слов («телеграфная речь»). Задает простые вопросы, например: «Где папа?» Использование слова «это» сопровождается указывающими жестами. Называет себя по имени, но не как «Я». Может многократно повторить	Обычно словарные запасы менее 15 слов. Слова появляются, затем исчезают. Жесты не развиваются; присутствует несколько указывающих на объект жестов

	высказывание. Не может поддержать тему разговора. Речь сфокусирована на настоящее время и место	
36 (3 год)	Словарный запас около 100 слов. Многие грамматические морфемы (множественное число, прошлое время и др.) используются должным образом. Эхολалическое повторения редко. Возрастает использование речи для обозначения «там» и «тогда». Задаёт много вопросов, главным образом для продолжения разговора, а не для получения информации	Комбинации слов встречаются редко. Может повторять фразы, эхολалия, но использование языка не творческое. Плохой ритм, интонация, бедная артикуляция примерно у половины говорящих детей. У половины или более детей речь не осмысленна (без осознания значений.) Берёт родителей за руку и ведёт к объекту, подходит к месту его привычного расположения и ждёт, пока ему дадут предмет
48 (4 года)	Использует комплексные структуры предложения. Может поддерживать тему разговора и добавлять новую информация, спрашивает объяснения высказываний. Приспосабливает уровень речи в зависимости от слушателя (упрощает для двухлетнего слушателя)	Может творчески создать несколько комбинаций из 2—3 слов. Эхολалия остаётся: может использоваться при коммуникации. Копирует ведущих ТВ передач
60 (5 лет)	Использует большой комплекс речевых структур. В основном владеет грамматическими структурами. Способен оценивать предложения как грамматические / неграмматические	Нет понимания или выражений абстрактных концепций (времени). Не может поддерживать разговор. Неправильно использует высказыва-

	структуры и делать исправления. Развивает (домысливает) понимание шуток и сарказма, узнает вербальные двусмысленности. Рост способности приспособления речи в зависимости от слушателя	ния, присутствует эхо-лалия, редко задает вопросы: если они появляются, то носят повторяющийся характер. Нарушены тон и ритм речи
Развитие общения и игры		
2	Поворачивает голову и глаза на звук, улыбается при общении	—
6	Протягивает руки в ожидании, когда его возьмут на руки, повторяет действия, имитируя взрослого	Менее активен, требователен, чем ребенок с нормальным развитием. Некоторые дети очень возбудимы. Слабый зрительный контакт. Нет ответных социальных проявлений.
8	Отличает родителей от незнакомых людей. Игры типа «Дай и возьми» с обменом предметами со взрослыми. Игры в прятки («Ку-ку» и др., сходные по сценарию). Показывает объекты взрослым, машет рукой на прощание, плачет или ползет за мамой, после того как она уходит из комнаты	Ребенка трудно успокоить, если он огорчен. Около 1/3 детей чрезмерно замкнуты и могут активно отвергать взаимодействие. Около 1/3 детей любят внимание, но мало выражают интерес к другим.
12 (1 год)	Ребенок чаще инициирует игры, активно взаимодействует, возрастает зрительный контакт со взрослыми во время игр с игрушками	Контакты обычно уменьшаются, как только ребенок начинает ходить ползать. Не волнуется при разлуке с матерью
18 (1,5 год)	Появляется что-то похожее на игру: показывает, предлагает,	

	берет игрушки. Игра с самим собой или параллельная, более типичная	
24 (2 год)	Появляются эпизоды, похожие на игру. При активной деятельности проявляется деятельность, похожая на игровую (например, игры типа «Догони и дотронься» в большей степени, чем общая игра с игрушками)	Обычно отличает родителей от других, но большой привязанности не выражает. Может обнять, поцеловать, но делает это автоматически, если его кто-то попросит. Не различает взрослых (кроме родителей). Могут иметь место сильные фобии. Предпочитают быть в одиночестве
36 (3 год)	Обучается взаимодействию со сверстниками. Эпизоды поддержания взаимоотношений со сверстниками. Часто ссорится со сверстниками, любит помогать родителям в ведении домашнего хозяйства. Любит смешить других. Хочет сделать что-то хорошее родителям	Не допускает к себе других детей. Чрезмерно возбудим. Не понимает значения наказания
48 (4 год)	Распределяют роли со сверстниками в социодраматической игре. Предпочитает друзей по игре. Взаимодействует со сверстниками вербально, иногда физически. Исключает нежелательных детей из игры	Не способен понять правила игры
Развитие воображения		
6	Недифференцированные действия с одним объектом	—

8	Действия дифференцированные в соответствии с характеристикой объектов, использование двух объектов в комбинации	Повторяющиеся движения доминируют в деятельности во время бодрствования
12 (1 год)	Социально приемлемые действия с объектами (функциональное использование объектов) используют 2 и более объектов	
18 (1,5 год)	Частые символические действия (воображает разговор по телефону, процесс питья). Игра связана с ежедневным распорядком дня ребенка	Активная роль в деятельности, похожая на игру
24 (2 год)	Часто использует правила игры применительно к куклам, игрушечным животным, взрослым (например, кормит куклу). Выполняет действия, похожие на неограниченную собственную деятельность (воображает, что гладит белье). Развивается несколько последовательных воображаемых действий (накормить куклу, укачать ее и уложить в постель). Воображаемая игра приводится в движение с помощью игровых предметов	Небольшая любознательность / исследование окружающей среды. Необычное использование игрушек и расположение объектов по линии
36 (3 год)	Перепланировка символической игры, объявление о попытке и поиске нужных предметов. Замена одного объекта другим	Часто произносит название объектов. Не владеет символической игрой. Продолжительные пов-

	(например: кубиком заменяется машина). Объекты воспринимаются как имеющие независимую деятельность (например, куклы поднимают собственную кружку)	торяющиеся движения: покачивания, походка на носках и т.п. Долгий взгляд на свет и т.д. Многие обладают хорошими способностями в зрительных / моторных манипуляциях, как в головоломке «Собери картинку из частей».
48 (4 год)	Социодраматическая игра — творческая игра с двумя или более детьми. Использование пантомимы для представления предметов, в которых нуждается (воображает наливание из несуществующего чайника), темы реальной жизни и фантазии могут играть важное значение в течение продолжительного времени	Функциональное использование объектов. Некоторые действия направлены на кукол и др. В основном ребенок выступает в качестве ведущего лица. Символическая игра, если такая есть в наличии, ограниченная до простейшей, повторяющейся схемы. По мере того как развиваются навыки творческой игры, продолжает проводить значительное количество времени, не занимаясь игровой деятельностью. Многие не комбинируют игрушки в игре
60 (5 лет)	Речь очень важна при представлении темы, распределении ролей и разыгрывании драмы	Нет способностей к пантомиме, нет социодраматической игры

Таблица 5

Отличие аутизма от умственной отсталости, шизофрении и других состояний

Аутизм и шизофрения	Аутизм и умственная отсталость	Аутизм и депривация и депрессия
В отличие от аутизма, шизофрения характеризуется галлюцинациями и странными иллюзиями. Такие расстройства чрезвычайно редкие при аутизме и не являются частью критериев диагностики аутизма. Не существует доказательств, что аутизм увеличивает риск развития шизофрении и генетически не имеет отношения к этому расстройству. Однако некоторые дети, которым ранее ставился диагноз шизофрении, очень часто имели характерные черты аутистического типа, хотя обычно более мягкие и недостаточные для того, чтобы сделать предположение, что ребенок когда-либо имел «чистый» аутизм. Трудно отличать от глубокой и тяжелой степени умственной отсталости	Наряду с тяжелым интеллектуальным отставанием должны присутствовать в некоторой степени недоразвития социально-коммуникативных навыков и воображения (поскольку предположительно будут нарушены все сферы деятельности)	Дети с тяжелой степенью депривации, а также находящиеся в тяжелой депрессии обнаруживают многие симптомы (особенно социальные и коммуникативные нарушения), типичные для аутизма. Основное отличие в том, что аутизм незначительно или абсолютно не поддается влиянию со стороны окружающей среды или фармакологическому вмешательству, а синдромы депривации и депрессии проявляют значительную чувствительность

Аутизм редко проявляется в «чистом» виде, как правило, он сопровождается и другими нарушениями, например:

- 80 % людей с классическим аутизмом имеют коэффициент интеллекта менее 70;
- приблизительно у одного из пяти детей развиваются эпилептические припадки в течение первых лет жизни;
- у одного из пяти аутичных значительно снижено зрение, два из пяти имеют косоглазие в дошкольном возрасте, у некоторых групп детей с врожденной слепотой наблюдается высокий уровень аутизма;
- один из четырех больных аутизмом имеет значительные нарушения слуха, а несколько % совершенно глухие;
- у одного из пяти речь сама по себе нарушена, часто нарушено понимание речи и значения коммуникации как обмена информацией. Большинство детей обладают способностью говорить, но не могут уяснить цель речи.

10. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата

План лекции

1. Группы нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА).
2. Категории детей с нарушениями ОДА.
3. Причины врожденных деформаций костно-суставного аппарата.
4. Формы нарушений ОДА.
5. Детский церебральный паралич (ДЦП).
6. Образование детей с нарушениями ОДА.

Все нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) объединены в **4 группы** и могут носить как врожденный, так и приобретенный характер:

1. Заболевания нервной системы:

- ДЦП;
- полиомиелит.

2. Врожденная патология ОДА:

- врожденный вывих бедра;
- кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалия развития позвоночника (сколиоз);
- недоразвитие и дефекты конечностей;
- аномалии развития пальцев кисти;
- артрогрипоз (врожденное уродство).

3. Прогрессирующие мышечные дистрофии:

- миопатия (атрофический процесс в скелетной мускулатуре);
- миотония (врожденная генерализованная гипотония или атония мышц);
- атаксия (дискоординация движений) при наследственных заболеваниях;

4. Приобретенные заболевания и повреждения ОДА:

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- полиартрит;
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (рахит).

У детей с нарушениями ОДА ведущим является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Основную массу среди них составляют дети с церебральным параличом (89 %). У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Все дети с нарушениями ОДА нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.

Категории детей с нарушениями ОДА

Дети, у которых нарушения ОДА обусловлены органическими поражениями ЦНС:

- дети с поражением зон головного мозга, ДЦП, опухолями, травматическими повреждениями;
- дети, с поражением проводящих нервных путей (параличи, кривошеи);
- дети, с поражением спинного мозга (последствия полиомиелита, травмы);
- дети, имеющие сочетания поражения нервной системы и ОДА, вследствие родовых травм;

- дети, имеющие нарушения ОДА при сохранном интеллекте (сколиоз, миопатия, энцефалит).

Причины врожденных деформаций костно-суставного аппарата:

1. Экзогенные факторы:

- физические (термические воздействия);
- радиоактивные облучения;
- химическое воздействие (яд, алкоголь);
- инфекционные заболевания (грипп, корь);
- факторы питания (недостаток белков, солей, витаминов).

2. Эндогенные факторы:

- заболевания матери во время беременности;
- гормональные расстройства;
- иммунобиологические несоотношения.

3. Генетические нарушения, следствиями которых являются:

- эктромелия – полное отсутствие одной или нескольких конечностей;
- врожденная частичная ампутация (отсутствие части конечности);
- врожденный ложный сустав;
- амниотические перетяжки – врожденные нитевидные вдавления на протяжении сегментов конечностей или пальцев, циркулярно охватывающие мягкие ткани.

Задачи медиков при работе с детьми с нарушениями ОДА:

1. Возможная медицинская реабилитация (рациональное протезирование и оперативное вмешательство).
2. Профилактика последствий и послеоперационное ЛФК.
3. Раскалечивание (оперативное лечение: разрезы пальцев, отрезание сухожилий).
4. Индивидуальное возрастное протезирование (тутора, костыли, аппарат Елизарова, протезы).

Задачи педагогов при работе с детьми с нарушениями ОДА:

1. Коррекционная направленность всего процесса обучения.
2. Возможная психолого-педагогическая социализация.
3. Посильная трудовая реабилитация.
4. Полноценное, разноплановое воспитание и развитие личности ребенка.

Рассмотрим более подробно некоторые формы нарушений ОДА.

Паралич Эрба – паралич руки ребенка, вызванный повреждением плечевых нервов во время родов (один ребенок на 400 человек).

Признаки: одна рука повернута кзади и не двигается так, как другая рука.

Это заболевание чаще встречается у детей, которые родились ягодичками вперед.

Юношеский артрит

Юношеский артрит – воспаление суставов у детей 5 – 10 лет. Состояние ребенка постоянно ухудшается в течение нескольких лет.

Точные причины установить невозможно, но иногда это имеет отношение к способности иммунной системы противостоять возбудителям заболеваний. Это заболевание не передается по наследству, не зависит от климата, питания или образа жизни, не влияет на умственные способности ребенка. Возможно медикаментозное лечение.

Дефекты тазобедренного сустава

К таким дефектам относятся: вывих бедра и разрушение или смещение головки бедренной кости.

Костные инфекции

Костные инфекции (*остеомиелит*) – осложнения после травм, ожогов, пролежней, чаще всего встречаются у лиц с отсутствием чувствительности в руках и ногах (незаращение

позвоночника, травмы спинного мозга, проказа). *Возбудители*: грибки, бактерии (брюшного тифа, туберкулеза, стафилококки).

Заболевания длются годами, вызывая разрушения кости, тяжелые физические недостатки. Рекомендуются медикаментозное лечение.

Туберкулез позвоночника (болезнь Потта)

Это форма туберкулеза костей и суставов. Причина: внешние неблагоприятные бытовые факторы (неполноценное питание, инфекционные заболевания, плохие бытовые условия).

По возможности раннее лечение приводит к более эффективному восстановлению.

Рахит

Общее заболевание с нарушением обмена веществ и значительным расстройством костеобразования (слабость и деформация костей), недостаток в организме витамина D. Развивается при недостаточном употреблении содержащих витамин D продуктов (молоко, масло, животные жиры, печень, рыбий жир), а также при нарушении в организме его естественного образования под влиянием недостаточного ультрафиолетового (солнечного) облучения.

Несовершенный осеогенез

Редко встречающийся врожденный порок развития костной ткани, проявляющийся ломкостью костей, иногда обусловлен наследственными факторами. Ребенок рождается либо с согнутыми, вывернутыми конечностями или сломанными костями, либо переломы проявляются позже. Вследствие многочисленных переломов и изгибов костей такие дети остаются небольшого роста, начинают ходить позже, из-за переломов ходьба иногда становится невозможной.

Лечение заболевания полностью невозможно. Дети имеют хорошо развитые умственные способности, успешно обучаются в школе.

Карликовость (дети с заторможенным ростом)

Заболевание, препятствующее нормальному росту тела, в одном случае из пяти – наследственное.

Замедленный рост обуславливается такими факторами, как:

- 1) нормально медленный рост – для некоторых детей естественен медленный рост и более позднее достижение половой зрелости;
- 2) нормально маленький рост – если один или оба родителя имеют рост ниже среднего;
- 3) неполноценное питание – продолжительная болезнь или лекарственная терапия.

Три вида карликовости:

1. Слишком короткие конечности по сравнению с туловищем. Это самый распространенный тип, характеризующийся слишком короткими руками и ногами, большой головой, выпуклым лбом и плоскими крыльями носа. Наблюдается искривление позвоночника кпереди, большой круглый живот, кривые ноги, могут быть дефекты тазобедренных суставов, косоплоскость, слабое зрение, глухота.

2. Слишком короткое туловище по сравнению с конечностями.

3. Нормальные пропорции тела при очень маленьком росте. Карликовость практически не лечится.

Детский церебральный паралич (ДЦП)

Это поражение двигательных систем головного мозга (двигательные нарушения, обусловленные спазмом мускулатуры), повреждение мозга, которое влияет на контроль за мускулами и суставами.

Среди детей с ДЦП наблюдаются дети с сохранным интеллектом (примерно 40–50 %), дети с ЗПР (40–50 %), а также умственно отсталые дети (7 – 10 %).

Причины ДЦП:

1) Факторы, неблагоприятно воздействующие на плод внутриутробно:

• внутриутробные инфекции и инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности;

- интоксикации плода и токсикозы беременности;
- физические травмы, ушибы плода;
- несовместимость крови матери и плода по резус-фактору;
- психические травмы, в том числе отрицательные эмоции;
- физические факторы (перегревание, облучение и т. д.);
- некоторые лекарственные препараты;
- родовые травмы;
- кислородное голодание;
- экологическое неблагополучие.

2) Факторы, неблагоприятно воздействующие на ребенка:

- внутричерепные кровоизлияния;
- длительные лихорадки;
- ушибы, головы, травмы, паралич;
- перенесенные в детстве тяжелые болезни (менингит, энцефалит).

Особенности развития детей с ДЦП. У всех детей с ДЦП отмечаются нарушения:

1) развития речи;

2) мышечного тонуса (по типу ригидности, спастичности, дистонии, гипотонии);

3) ограничение или невозможность произвольных движений (парезы, параличи);

4) наличие насильственных движений;

5) нарушение равновесия и координации движений;

6) нарушение ощущений движений;

7) наличие патологических тонических рефлексов;

8) снижения слуха;

9) нарушения психического развития;

10) недоразвития предметных действий (игровой деятельности, школьных навыков);

11) задержка интеллектуального развития;

12) эмоциональные нарушения: повышенная возбудимость, появление страхов, колебание настроения;

13) нарушение формирования взаимодействий и взаимоотношений со сверстниками и взрослыми, что приводит к эгоцентрическим установкам, пассивности.

Возможные отклонения при ДЦП:

1) несформированность целенаправленных действий;

2) недоразвитие абстрактного мышления;

3) особенности развития речи (речевые расстройства);

4) слабость лицевой мускулатуры, мышц языка;

5) затруднение акта глотания;

6) медленное усвоение отдельных понятий;

7) личностные особенности (инфантилизм, аутизм);

8) особенности эмоционально-волевой сферы;

9) пограничные нервно-психические нарушения.

Формы ДЦП по характеру двигательных нарушений

1. Спастическая диплегия (параплегия – двойное поражение) – (40–50 %) – парез (паралич) верхних и нижних конечностей с преимущественным поражением ног, руки поражены меньше, чем ноги. Обнаруживается в первые месяцы жизни, ребенок может передвигаться самостоятельно или при помощи специальных приспособлений. Такие дети овладевают письмом, трудовыми навыками.

2. Двойная (двусторонняя) гемиплегия (самая тяжелая форма) (гемиплегия – правосторонняя или левосторонняя) – (20–25 %) – двигательные нарушения в одной из сторон тела, преимущественно в руках. Не сидят, не ходят. Выявляется при рождении. Возможна умственная отсталость всех степеней.

3. Атонически-астеническая форма (10–15 %) – парезы, мышечная недостаточность, несформированность реакций равновесия, координации движений при поражениях мозжечка. Дети долго не могут сидеть, стоять, ходить. При лечении к 3–5 годам дети овладевают возможностью произвольных движений. У 50 % из них возможна умственная отсталость, ЗПР.

4. Гиперкинетическая форма (самая легкая) (15–20 %) – объединяет все формы насильственных движений:

- **атетоз** – червеобразные произвольные движения;
- **тремор** – быстрые, ритмически повторяющиеся произвольные движения мышц;
- **ригидность** – сопротивление пассивному движению, при попытке врача поднять руку, эта рука становится «деревянной», напряженной, сопротивляется движению.

Это нарушение двигательной функции из-за насильственных, произвольных, чрезмерных движений (может сочетаться с параличами и парезами), возможны дрожание, тики, спазмы. Психическое развитие приближенно к нормальному.

В интеллектуальном отношении прогностически неблагоприятна двусторонняя гемиплегия. При всех остальных формах ДЦП возможен сохраненный интеллект. Однако возможно и снижение интеллекта в разной степени, не обусловленного ДЦП, так как одни и те же причины могут вызвать и ДЦП, и умственную отсталость.

Формы ДЦП по степени выраженности нарушений движений и несформированности двигательных навыков

1. Тяжелая степень поражения конечностей – 10–15 % – такие дети с трудом передвигаются и навыки самообслуживания развиты частично.

2. Средняя степень поражения конечностей – 50–60 % – дети передвигаются самостоятельно, но ограниченно, нуждаются в ортопедических приспособлениях.

3. Легкая степень поражения – 25–40 % – у детей наблюдаются порочные установки конечностей, двигательные навыки недостаточно автоматизированы.

Коррекционная работа при ДЦП

Основные *цели* коррекционной работы при ДЦП: оказание детям медицинской, педагогической, психологической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения.

Основные принципы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом:

- 1) Комплексный характер коррекционно-педагогической работы.
- 2) Раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохраненные функции.
- 3) Организация работы в рамках ведущей деятельности.
- 4) Наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психоречевого развития.
- 5) Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка.

Образование детей с нарушениями ОДА

Обучение и воспитание детей с нарушениями ОДА протекает в двух направлениях:

1. Лечебная педагогика осуществляет подбор методов лечения больного ребенка. Действия врача и педагога должны быть направлены на использование естественных лечебных факторов и физиологических защитных свойств и механизмов организма человека и могучего целебного воздействия на его психику общего спокойного состояния и радостного настроения.

***Без доброты нет и не может быть радости, без радости нет
лечебной педагогики...***

2. Реабилитационная педагогика осуществляет педагогическое воздействие на больного или труднообучаемого ребенка или подростка с целью коррекции его поведения, оптимизации его эмоционального состояния интеллектуальной деятельности, ликвидации педагогической запущенности.

Основные принципы обучения и воспитания детей с нарушениями ОДА

- 1) Компетентность (профессиональная грамотная работа с ребенком).
- 2) Взаимосвязь в работе специалистов.
- 3) Сочетание индивидуального подхода с групповым.
- 4) Ежедневный учет психофизического состояния ребенка при определении объема и характера проводимых с ним занятий.
- 5) Приоритетное формирование качеств личности, необходимых для дальнейшей социальной адаптации.
- 6) Сочетание в коррекционном процессе работы по развитию нарушенных функций и формирования приемов их компенсации. Чем тяжелее патология, тем больше акценты смещаются в сторону создания компенсаторных средств.

11. Дети с нарушениями зрения

План лекции

1. Исторический аспект развития тифлопедагогики.
2. Классификация нарушений зрения.
3. Характерные особенности развития детей с нарушением зрения.
4. Тифлотехника.

Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать.

Пословица

Слепота – одно из древнейших заболеваний, известных человечеству.

...У них, слепых, развиваются такие особенности, которых мы не можем заметить у зрячих, и надо полагать, что в случае исключительного общения слепых со слепыми, без всякого сношения со зрячими, могла бы возникнуть особая порода людей...

К. Бюрклен (Л.С. Выготский)

Анализируя исторический аспект развития тифлопедагогики, отметим, что в **древности** слепота являлась несчастьем, беспомощностью, считалось, что у слепого развиваются «мистические силы души». Хранители народной мудрости, певцы, часто были слепыми. «Соломон нашел у слепых мудрость, потому что они не делают ни шага, не исследовав почвы, по которой ступают».

Христианство: «...в немощном теле – высокий Дух..., последние здесь, первые там (у Бога)...», возносили сверхчувствительные силы души слепых.

Эпоха Просвещения: на место мистики приходит наука, образование слепых, доступ к общественной жизни. Дефект зрения вызывает развитие слуха, осязания, других чувств – «Мудрая природа одной рукой отбирает, а другой рукой отдает назад». «Слепой музыкант» плюс особое шестое чувство у слепых.

Новое время: образованный слепой, тифлопедагог **А.В. Бирилев** писал: «**Слепой так же не видит света, как зрячий не видит его своей рукой...**». А.М. Щербинин (слепой), писал, что слепой только в социальных условиях и следствиях ощущает свой дефект: «**Слепота переживается человеком как ряд мелких неудобств...**»

Наибольшее количество информации о внешнем мире человек получает через зрение. Оно является определяющим в формировании представлений о реально существующих предметах и явлениях.

Структурно и функционально зрительный анализатор самый сложный и наиболее совершенный орган.

Значение зрения в психическом развитии ребенка уникально. Нарушение его деятельности вызывает у ребенка затруднения в познании окружающего мира, сужает социальные контакты, ограничивает ориентировку и возможности заниматься многими видами деятельности.

С точки зрения органической глухота – меньший дефект, чем слепота, – глухой имеет большую возможность развития.

С точки зрения социальной – глухота больший недостаток, чем слепота, так как вызывает немоту, лишает речи, слепой как личность – более социально полноценен, так как имеет речь!

Классификация нарушений зрения по причине их происхождения:

1. Врожденное нарушение зрения.

Причины: воздействие на плод патологических факторов (воспалительные процессы, нарушения обмена веществ). Генетические факторы – наследственная передача некоторых дефектов зрения.

2. Приобретенное нарушение зрения (распространено меньше).

Причины: внутричерепные, внутриглазные кровоизлияния, травмы головы вследствие осложненных родов, травматические повреждения мозга в послеродовой период. Заболевания ЦНС (менингит), осложнения после гриппа, травмы.

В школьной практике встречается прогрессирующее нарушение зрения: *близорукость, дальнозоркость*.

Классификация нарушения зрения по степени выраженности дефекта

1. Слабовидящие (90–96 % всех нарушений зрения):

- частичная потеря зрения – относительное снижение остроты зрения, цвет и форма воспринимаются, но более мелкие детали не различают;
- цветовая слепота – человек видит нормально, но не может различить некоторых или всех цветов;
- куриная слепота, дальтонизм.

Но у всех видов зрение остается *основным* средством восприятия и является ведущим в учебном процессе.

2. Слепые (4–10 %):

- абсолютная слепота – полное отсутствие зрительного восприятия и полная невосприимчивость к свету;
- практическая слепота – степень потери зрения, при котором человек не видит людей, предметы, утрачено восприятие цвета, света, формы. Способность видеть колеблется в диапазоне: светлое – темное, контуры, силуэты.

Виды слепоты в соответствии с анатомической структурой глаза

1. Нарушения, связанные с роговицей, хрусталиком и стекловидным телом, поэтому затруднено восприятие формы, цвета, света (!) – частичное снижение зрения «видит уголком глаза».

2. Нарушение сетчатки и зрительного нерва – ограничено поле зрения, частично – сохранное зрение.

3. Коровая (центральная) слепота – видит всё, но не в состоянии понять, что видит (особенно форму, цвет), нарушение обработки на уровне сознания.

Цветоразличение и контрастная чувствительность

Нормально видящий глаз воспринимает свет, характеризующийся длиной волны от 390 до 760 миллионов долей миллиметра (нм).

Свет с длиной волны примерно 665 нм соответствует красному цвету, 580 нм – желтому, 527 нм – зеленому, 475 нм – синему, 445 нм – фиолетовому. Наиболее чувствителен глаз к световым лучам с длиной волны 555 нм.

Типы нарушений цветового зрения:

- 1) полная цветовая слепота: все цвета кажутся серыми (ахромазия);
- 2) частичное нарушение цветоразличения – нарушение восприятия оттенков красных и зеленых цветов (все цвета воспринимаются в двух тонах – желтом и голубом, иногда красном и зеленом);
- 3) частичное нарушение цветоразличения к сине-фиолетовой части спектра, – спектр воспринимается в красном и голубовато-зеленом тонах.

Система компенсации слепоты формируется не автоматически, а требует специального коррекционного воздействия.

По степени зрительных нарушений и способам восприятия учебного материала различают следующие группы детей:

1. Слепые и практически слепые (частично видящие) – дети с остротой зрения в пределах от 0 до 0,04 с коррекцией стеклами на лучшем глазу. Во время занятий они пользуются в основном тактильно-слуховым способом восприятия учебного материала, читают и пишут по системе Брайля. Обучаются с помощью осязания и слуха. Часть из них опираются на остаточное зрение (пользуясь оптикой).

2. Слабовидящие дети с остротой зрения в пределах от 0,05 до 0,09 с коррекцией стеклами на лучшем глазу. У детей, как правило, сложные нарушения зрительных функций (возможно сужение поля зрения, нарушение пространственного зрения). Зрение неустойчивое, ухудшается при неблагоприятных условиях.

3. Слабовидящие дети с остротой зрения в пределах от 0,1 до 0,3–0,4 с коррекцией оптическими стеклами на лучшем глазу. Учащиеся свободно читают и пишут с помощью зрения, зрительно воспринимают предметы, действия, ориентируются в пространстве. При необходимых условиях могут обучаться в массовой школе.

4. Дети с остротой зрения 0,4–0,5 и выше с коррекцией оптическими стеклами. Если у учащихся нет выраженных отклонений в психическом развитии, то они могут обучаться в массовой школе.

Выделяют два основных типа слепых людей:

1 тип стремится по возможности уменьшить и свести на нет пропасть, отделяющую слепого от зрячего;

2 тип подчеркивает различия и требует признания особой формы личности, отвечающей переживаниям слепого.

Характерные особенности развития детей с нарушением зрения:

1. Основное средство познания окружающего мира – осязание, слух, обоняние, другие чувства (переживает свой мир в виде звуков, тонов, ритмов, интервалов).

2. Развитие психики имеет свои специфические особенности.

3. Процесс формирования движений задержан.

4. Затруднена оценка пространственных признаков (местоположение, направление, расстояние, поэтому трудности ориентировки в пространстве).

5. Тенденция к повышенному развитию памяти (проявляется субъективно и объективно).

6. Своеобразие внимания (слуховое внимание) – сосредоточиваются на последовательно вступающие в поле сознания раздражения слуха и осязания (внимание концентрированное).

7. Обостренное осязание – следствие иного, чем у зрячих, использования руки (палец никогда не научит слепого видеть, но видеть слепой может своей рукой).

8. Особенности эмоционально-волевой сферы (как следствие затрудненной социальной позиции) – чувство малоценности, неуверенности и слабости, поэтому противоречивость эмоций, неадекватность воли (конфликт между тем, что может, и как реализуется), что приводит к социальному вывиху.

9. Индивидуальные особенности работоспособности, утомляемости, скорости усвоения информации (зависит от характера поражения зрения, личных особенностей, степени дефекта), отсюда ограничение возможности заниматься некоторыми видами деятельности.

10. Обедненность опыта детей и отсутствие за словом конкретных представлений, так как знакомство с объектами внешнего мира лишь формально-словесное.

11. Особенности общения: многие дети не умеют общаться в диалоге, так как они не слушают собеседника.

12. Низкий темп чтения и письма.

13. Быстрый счет, знание больших стихов, умение петь, находчивы в викторинах.

14. Страх, вызванный неизвестным и непознанным в мире зрячих (нуждаются в специальной ориентировке и знакомстве).

Современная наука о слепом человеке строится на трех практических основах:

1. Общественная профилактика.
2. Социальное воспитание.
3. Общественный труд слепых.

Воспитание слепого ребенка должно быть организовано как воспитание ребенка, способного к нормальному развитию

Важно вовремя обнаружить степень нарушения зрения и направить ребенка в специальное учреждение для образования слепых

Слепой ребенок должен быть грамотным для эффективной социальной адаптации и самореализации

Тифлотехника (с греч. «тифло» – слепой) – специализированная отрасль приборостроения, занимающаяся разработкой общих и специальных принципов конструирования и производства различных тифлотехнических средств, предназначенных для лиц с нарушением зрения. В тифлотехнике различают три направления:

- 1) учебное;
- 2) производственное;
- 3) культурно-бытовое.

Неграмотному человеку обыкновенная страница книги покажется таким же беспорядочным нагромождением непонятных знаков, как нашему пальцу брайлевская страница.

Шрифт Брайля – рельефно-точечный шрифт для письма и чтения слепых, разработанный в 1829 г. французским слепым тифлопедагогом Л. Брайлем; адаптирован к различным языкам, получил всемирное распространение, вытеснив менее совершенные виды рельефного шрифта. Состоит из комбинаций выпуклых точек (от 1 до 6) с помощью которых изображаются различные знаки – буквы, цифры, знаки препинания, математические и химические формулы, нотные знаки. Трудоустройство слепых людей:

- сборщики деталей,
- массажисты,
- автомойщики,
- вязальщицы,
- учителя,
- косметологи,
- дизайнеры (лепка),
- наборщики.

12. Дети с нарушениями слуха

План лекции

1. Дети с различными выраженными нарушениями слуха.
2. Классификация нарушений слуха.
3. Характерные особенности развития детей с нарушениями слуха.
4. Слепоглухие дети.

Среди детей с проблемами развития значительную категорию составляют дети с различными выраженными нарушениями слуха. Ежегодно по стране выявляются около 1000 детей с патологией слуха. Ухудшение функции слуха, возникшее в детском возрасте, в большей степени отражается на психосоматическом развитии ребенка. Более 85 % нарушений слуха наступают на первом-втором годах жизни, т. е. до развития речи и в период ее формирования.

Слух – отражение действительности в форме звуковых явлений, способность человека (живого организма) воспринимать и различать звуки.

Эта способность реализуется посредством слуховой системы, или звукового анализатора, человека, которая представляет собой совокупность нервных структур, воспринимающих и дифференцирующих звуковые раздражения и определяющих направление и степень удаленности источника звука, т. е. осуществляющих слуховую структуру в пространстве. Основные параметры слуха:

- частота звука (высота) человеческое ухо способно воспринимать звуки в диапазоне от 16–20 Гц до 16 000–20 000 Гц (зона максимальной чувствительности), 1000–3000 Гц – диапазон речевого общения;

- интенсивность звука – громкость;
- длительность звука;
- звуковой спектр – тембр звука.

Главный показатель диагностики слуха – отсутствие реакции на звуковое раздражение.

Диагностика:

- отсутствие реакции на звуки в первый год жизни;
- речь ребенка не развивается или ее развитие задерживается;
- звучание речи часто отличается от речи слышащих;
- ребенок «не понимает» обращенную к нему речь;
- мимика – естественный язык глухих.

Слуховая система в отличие от других анализаторных систем имеет одну существенную характеристику: на базе слуховой системы формируется человеческая речь.

Ребенок, имеющий серьезные дефекты слуха, не может самостоятельно научиться говорить, так как он нечетко воспринимает звуковую речь, не слышит слуховых образцов. Он не может контролировать собственное произношение, следствием чего является нарушение устной речи.

Это отрицательно сказывается на овладении всей сложной системой языка, что не только ограничивает возможности обучения и познания окружающего мира, но и негативно влияет на всё психическое развитие ребенка.

Классификация нарушений слуха по времени возникновения дефекта

1. Врожденные нарушения слуха. Встречаются реже, это наследственная аномалия слухового органа (недоразвитие внутреннего уха, отсутствие барабанной полости, заращение наружного слухового прохода).

Причины: воздействие на развивающийся плод вредных факторов со стороны организма матери: вирусные инфекции (корь, грипп), особенно в первые три месяца беременности.

сти, внутричерепные интоксикации химическими лекарственными веществами, алкоголем. Слуховой анализатор может быть поврежден вследствие травмы плода.

2. Приобретенные нарушения. Встречаются чаще. Причины: инфекционные заболевания: менингит, корь, свинка, скарлатина, пневмония, воспалительные процессы (отит), последствия заболевания носа и носоглотки, травмы головы.

В зависимости от времени, степени и периода развития нарушения все дети с недостатками слуха делятся на:

- глухих;
- слабослышащих;
- позднооглохших (тугоухих).

Глухие – дети с полным выпадением слуха; у 4 % – абсолютная глухота, у остальных сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать отдельные резкие и громкие звуки (транспорт, метро, шум самолета, поезда), но разборчивое восприятие речи невозможно.

Среди глухих людей различают:

- глухие без речи (ранооглохшие) – поражение слуха возникает у ребенка в доречевой период или в начале формирования речи;
- глухие, сохранившие в той или иной мере речь (позднооглохшие), – это дети с потерей слуха, но относительно сохранной речью ввиду сравнительно позднего возникновения глухоты.

Врожденная или ранняя потеря слуха приводит к отсутствию речи (немота) или к ее грубому недоразвитию.

Недостаточность вестибулярного аппарата связана с задержкой прямостояния, недоразвитием пространственной ориентации.

При поражении в школьном возрасте речь ребенка сформирована, имеются лишь недостатки произношения.

Слабослышащие дети имеют частичную слуховую недостаточность, затрудняющую речевое развитие.

Характерные особенности развития детей с нарушениями слуха:

1. Нарушение звукопроизношения (или отсутствие речи).
2. Ребенок не может самостоятельно учиться говорить.
3. Ребенок старается уйти от речевых контактов или «не понимает» обращенную к нему речь.
4. Ребенок воспринимает слова собеседника на слухо-зрительной основе (следит глазами за движениями губ говорящего и «считывает» его речь).
5. Возможны отклонения в психической сфере: осознание, что он не такой, как все, и как следствие – нарушение поведения, общения, психического развития.
6. Пассивный и активный словарный запас по объему совпадает (ребенок хорошо понимает лишь то, о чем он может сказать).
7. Характерны нарушения звукобуквенного состава слов.
8. Трудности в освоении учебной программой.
9. Ребенок нуждается в дополнительной коррекционной помощи, подборке индивидуального слухового аппарата.
10. Нарушения в эмоционально-волевой сфере (из-за недостаточной возможности самовыражения).

При обучении глухих детей используют специальные методы и приемы, среди которых особое место занимают:

- **дактильная речь** – условный язык глухих, составляющий ручную азбуку грамотных глухих людей (дактильных знаков столько же, сколько и букв);
- **жестовая речь** – выразительные движения рук.

Слепоглухие дети

Проблемой слепоглухоты занимались представители очень многих специальностей (физиологи, психологи, философы, историки, литераторы, общественные деятели), несмотря на то что тифло-сурдопедагогика является в значительной степени узким и специальным вопросом, даже в самой дефектологии.

Уже сама возможность существования человека без таких органов чувств, как слух и зрение, поражает всех. Если такой человек слеп и глух от рождения или потерял слух и зрение в раннем детстве, он не только никогда не слышал человеческой речи, но и не знает, что существует речь, слова, обозначающие предметы и мысли. Он не знает даже, что существуют предметы и внешний мир. Внимание всех привлекает своеобразие психического развития человека, отделенного от неисчислимо многообразного мира вещей и от общества стеной молчания и темноты.

Развитие слепоглухого зримо связано с педагогическим процессом, с искусственно и легко учитываемым воздействием на ребенка. В этом факте зримого становления человека, каждый из тех, кто занимался слепоглухонемой, хотел найти подтверждение идей о сущности человека и его разума, решить «загадки» человеческой психики.

Существуют *два противоречивых взгляда на слепоглухоту*:

- 1) невозможно развить слепоглухого до уровня нормального человека;
 - 2) развитие слепоглухого считается спонтанным, имманентным саморазвитием.
- Успехи обучения отдельных слепоглухих объявляли особыми, выдающимися случаями, объясняемыми сверхгениальностью учеников.

Основной принцип формирования психики слепоглухонемого – *саморазвитие изначально заложенных способностей*.

Индивидуальное обучение слепоглухонемых, проводившееся под руководством И.А. Соколянского в Харьковской школе-клинике, в экспериментальной группе при институте АПН СССР, и массовое обучение в Загорском детском доме слепоглухонемых, который был открыт в 1963 г., показывают полную возможность высокого развития слепоглухонемых, которое не было спонтанным и имманентным.

Особенность слепоглухонемого ребенка в том, что, обладая потенциальной возможностью, сам он своими средствами, собственными усилиями никогда не достигает даже самого незначительного умственного развития. Без специально корригирующего педагогического вмешательства такой ребенок останется полным инвалидом на всю жизнь.

Без специального обучения слепоглухонемые дети могут проводить десятки лет в отгороженном углу комнаты, в кровати и т. д., за всю жизнь не научившись ни одному знаку, не научившись ходить, есть и пить по человечески. Слепоглухой ребенок до обучения может не иметь даже человеческой позы, не уметь ни стоять, ни сидеть по-человечески. Все это ему надо специально обучать. Первый этап – это «период первоначального очеловечивания» (до речи). **Обучают: мимическим движениям, словесной речи, трудовым навыкам, самообслуживанию, бытовому поведению, ориентировочно-исследовательской деятельности.**

В деятельности по удовлетворению своих естественных потребностей ребенок пользуется большим количеством предметов, овладевая ими, он их познает, ощупывает. Первые жесты и есть изображение действий с этими предметами или повторение действий в отсутствие самих предметов, т. е. жесты – это непосредственное изображение предметов и действий, это первое, наглядное и на первых порах единственно доступное пониманию ребенка *обозначение*, на основе которого можно формировать следующую ступень уже понятийного обозначения – *слово*. Жесты – это первый язык слепоглухонемого ребенка, совершенно необходимый ему в общении с окружающими людьми. В этот период огромное значение имеет лепка: ребенок обучается лепить все показанные ему предметы окружающего мира. В лепке

он может широко и подробно «рассказать» о своем внутреннем мире, об образах предметов и об их назначениях и функциях, что позволяет оценить адекватность образов, имеющих у ребенка, окружающим его предметам.

Словесная речь формируется в дактильной (пальцевой) форме. Дактильная словесная речь складывается как надстройка над жестовой формой общения, возникает внутри жестового общения как вариант жестовой речи и лишь в дальнейшем развивается в самостоятельно доминирующую форму речи, вытесняя жесты. Жесты, обозначающие хорошо знакомые и часто встречаемые в быту предметы, заменяются дактильными словами. Для ребенка новые обозначения все те же жесты, только их новая конфигурация. Таким образом, обучение словесному языку начинается не с отдельных букв или слов, а со слов, включенных в систему связанного смыслового «текста».

В процессе усвоения дактильного алфавита учащийся обучается воспроизводить каждую пальцевую конфигурацию и свободно считывать ее с руки учителя.

После усвоения дактильного алфавита ребенку дается рельефно-точечное (брайлевское) обозначение букв.

Письменная речь дает возможность слепоглухонемому ребенку приобщаться к чтению и усвоению знаний из книг.

Пример. Ольга Ивановна Скороходова – человек необычной судьбы. В детстве она заболела менингитом и полностью потеряла зрение, а потом и слух (5–8 лет). Потеря зрения в детские годы изолирует ребенка от окружающей среды, делает его беспомощным. Вынужденное одиночество может привести ребенка к психической деградации. Со слепоглухой девочкой этого не произошло. Примерно в 10 лет она попадает в школу-клинику для слепоглухих детей, организованную в 1923 г. профессором И.А. Соколянским в Харькове. У девочки была восстановлена речь. При помощи специальной методики с использованием дактильного (пальцевого) алфавита и рельефно-точечного (брайлевского) шрифта было организовано систематическое обучение ее по всем предметам школьного курса. Она получила среднее образование, вступила в комсомол.

Она стала старшим научным сотрудником Института дефектологии АПН СССР, автором многочисленных статей и трех книг. В 1961 г. защитила диссертацию и получила ученую степень кандидата педагогических наук по психологии. Книги написаны Скороходовой самостоятельно и не подвергались редакторской правке. Все книги – документ, имеющий научную ценность как подлинное описание наблюдений и самонаблюдений человека, полностью лишенного зрения и слуха.

Книга «Как я воспринимаю окружающий мир» (1947) была переведена на многие иностранные языки и издана за рубежом, всюду она расценивалась как одно из ярких свидетельств успехов советской дефектологии. В 1954 г. вышла книга «Как я воспринимаю и представляю окружающий мир», в 1990 г. – «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир».

13. Дети с нарушениями речи

План лекции

1. Речь как система.
2. Логопедия как наука.
3. Виды речевых нарушений.
4. Психолого-педагогическая классификация нарушений речи.

Речь является сложной функциональной системой, в основе которой лежит использование знаковой системы языка в процессе общения. Сложнейшая система языка представляет продукт длительного общественно-исторического развития и усваивается ребенком в сравнительно короткое время. При нормальном речевом развитии дети к пяти годам свободно пользуются развернутой фразовой речью, разными конструкциями сложных предложений. Они имеют достаточный словарный запас, владеют навыками словообразования и словоизменения. К этому времени окончательно формируются правильное звукопроизношение, готовность к звуковому анализу и синтезу, а в процессе речевого развития – высшие формы познавательной деятельности, способности к понятийному мышлению. Значение слова уже само по себе является обобщением и в связи с этим представляет собой не только единицу речи, но и является единицей мышления.

В процессе психического развития ребенка возникает сложное, качественно новое единство речевого мышления и речемыслительной деятельности. Овладение способностью к речевому общению создает предпосылки для специфических социальных контактов, благодаря которым формируются, уточняются представления ребенка об окружающей действительности, совершенствуются формы ее отражения. Овладение ребенком речью способствует осознанию, планированию и регуляции его поведения. Речевое общение создает необходимые условия для развития различных форм деятельности, участия в коллективном труде.

Нарушения речи в той или иной степени отрицательно влияют на психическое развитие ребенка, отражаются на его деятельности, поведении. Тяжелые нарушения речи могут влиять на умственное развитие, особенно на формирование высших уровней познавательной деятельности, что обусловлено тесной взаимосвязью речи и мышления и ограниченностью социальных, в частности речевых, контактов, в процессе которых осуществляется познание ребенком окружающей действительности.

Нарушения речи изучаются физиологами, невропатологами, психологами, лингвистами и др. Логопедия рассматривает расстройства речи с позиций предупреждения и преодоления нарушений средствами специально организованного обучения и воспитания.

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

Логопедия изучает причины, механизмы, симптоматику, течение, структуру нарушений речевой деятельности, систему коррекционного воздействия.

Цель логопедии – разработка научно обоснованной системы обучения, воспитания и перевоспитания лиц с нарушениями речи, а также предупреждение речевых расстройств.

Под нормой речи понимают общепризнанные варианты употребления языка в процессе речевой деятельности. При нормальной речевой деятельности сохраняются психофизиологические механизмы речи.

Нарушение речи определяется как отклонение в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленное расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности.

Расстройство речи есть нарушение вербальной коммуникации. Расстроеными оказываются взаимоотношения, объективно существующие между индивидуумом и обществом и проявляющиеся в речевом общении.

Особенности речевых нарушений:

- 1) Не соответствуют возрасту говорящего.
- 2) Не являются диалектизмами, безграмотностью речи и выражением незнания языка.
- 3) Связаны с отклонениями в функционировании психофизиологических механизмов речи.
- 4) Носят устойчивый характер, не исчезают самостоятельно, а закрепляются.
- 5) Требуют определённого логопедического воздействия в зависимости от их характера.
- 6) Часто оказывают отрицательное влияние на дальнейшее психическое развитие ребёнка.

Виды речевых нарушений

I. Нарушения устной речи:

- а) фонационного (внешнего) оформления высказывания, которое называют нарушением произносительной стороны речи.
- б) структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания, которое в логопедии называют системным или полиморфным нарушением речи.

Расстройства фонационного оформления высказывания могут быть дифференцированы в зависимости от нарушенного звена:

- 1) голосообразование;
- 2) темпоритмическая организация высказывания;
- 3) интонационно-мелодическая организация;
- 4) звукопроизносительная организация.

Эти расстройства могут встречаться изолированно и в различных комбинациях, в зависимости от чего выделяют следующие виды нарушений:

- 1) **Дисфония** (афония) – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Происходит нарушение силы, высоты, тембра голоса (афония – отсутствие фонации).
- 2) **Брадилалия** – нарушение темпа речи, патологически замедленный темп.
- 3) **Тахилалия** – патологически ускоренный темп речи.

Следствием нарушения темпа речи является нарушение плавности речи и интонационной выразительности.

- 4) **Заикание** (логоневроз) – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

- 5) **Дислалия** – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. При анатомических дефектах нарушения носят органический характер, а при их отсутствии – функциональный.

- 6) **Ринолалия** («носовая речь») – нарушение тембра голоса звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата – гнусавость.

- 7) **Дизартрия** – нарушение произношения, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

II. Нарушение структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания:

- 1) **Алалия** – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребёнка.

- 2) **Афазия** – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга, распад, утрата речи.

III. *Нарушение письменной речи:*

1) **Дислексия** – частичное специфическое нарушение процесса чтения (нарушена рецептивная письменная деятельность).

2) **Дисграфия** – частичное специфическое нарушение процесса письма (нарушение продуктивного вида) – смещение, пропуски букв, искажения звукослогового состава слова и структуры предложений.

3) **Аграфия** – несформированность процессов письма в ходе обучения.

Психолого-педагогическая классификация нарушений речи

I. *Нарушение средств общения:*

1. **Фонетико-фонематическое недоразвитие речи** – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

2. **Общее недоразвитие речи** – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

II. *Нарушения в применении средств общения:*

Заикание – комбинированный дефект, сочетается с общим недоразвитием речи. Нарушения речи могут сочетаться с нарушением познавательной деятельности, с сенсорными и двигательными дефектами (слух, зрение, умственно отсталые дети, ДЦП).

14. Нарушения сексуальной сферы у детей и взрослых

План лекции

1. Сексопатология как наука.
2. Классификация нарушений сексуальной сферы.
3. Лечение и коррекция сексуальных отношений.

Сексопатология – раздел медицины, изучающий нарушения и отклонения сексуальных функций у человека.

Сексология – синтетическая, междисциплинарная отрасль знания, изучающая поведение человека, связанное с вопросами пола. К сексологии имеют отношение более 40 областей человекознания – от биологии и медицины до педагогики, социологии, криминологии, истории культуры и т. д.

Секс в переводе с латинского означает «пол».

Пол – биологический – совокупность признаков особей одного вида, связан с размножением; **социальный** – совокупность свойств, отличающих мужчину от женщины.

В области сексуальной сферы так называемой абсолютной нормы, не существует. Идеальной женщины или идеального мужчины по показателям – рост, распределение жировых складок, ширина плеч, таза, половое самосознание, половая роль, выбор полового партнера – практически в природе нет.

Явная патология – это **двуполость**, т. е. наличие одновременно яичников и семенников, мужских и женских половых органов. Если женщина имеет элементы мужеподобия: широкие плечи, узкий таз, низкий голос, но способна к деторождению и ее поведение феминистично, то говорим о женской многомерности, т. е. об отклонении от нормы без признаков патологии. Мужская многомерность – женоподобная походка, лицо, руки, но нормальная половая функция, здоровые сперматозоиды, маскулинное поведение.

Таблица 6

Детерминанты пола



Трансвестизм – навязчивое стремление носить одежду противоположного пола. Половое возбуждение может наступать при переодевании в одежду лиц противоположного пола. Чаще это встречается у мужчин, они получают сексуальное удовольствие от ношения женской одежды, что может сочетаться с использованием косметики и париков.

Транссексуальность – стремление к перемене своего пола операционным путем.

Гомосексуальность – стремление к лицам своего пола с либидозным компонентом (половым чувством). Женский гомосексуализм называется лесбиянством (лесбийской любовью), или сафизмом по имени древнегреческой поэтессы Сафо, жившей на острове Лесбос и одержимой этим влечением. Различают гомосексуализм как патологическое явление и как приобретенное в определенный период жизни поведение. Причины окончательно невыяснены. Одни считают, что формирование гомосексуального влечения обусловлено генетическими факторами (наследственными), другие связывают с патологией ЦНС, эндокринными нарушениями.

Бисексуальность – одинаковое сексуальное влечение к лицам того и другого пола.

Фетишизм – возникновения сексуального возбуждения при созерцании неодушевленных предметов или определенных частей тела (ног, половых органов). Объектом сексуального влечения могут быть предметы туалета (белье, одежда, туфли), статуи (пигмалионизм). Фетишисты обычно коллекционируют такие вещи (вплоть до воровства), но тщательно их скрывают от окружающих.

Гиперсексуальность – постоянное чрезвычайно высокое половое влечение, которое редко удовлетворяется, несмотря на многочисленные половые акты и большое число партнеров. У мужчин такое явление называется сатириазисом или донжуанизмом, у женщин – нимфоманией. Гиперсексуальность проявляется в ненасытной сексуальной потребности, часто мешающей в жизни. При этом влечение к определенному лицу обычно отсутствует, удовлетворяется лишь физиологическая потребность без участия эмоций и психологических моментов (нередко при частых оргазмах). Гиперсексуальность бывает конституциональным

свойством личности либо возникает вследствие болезни, например при маниакальном состоянии у больных маниакально-депрессивным психозом или шизофренией.

Половые извращения – состояния, при которых развивается патологическая направленность полового влечения и искажаются формы его реализации. Сексуальное возбуждение и удовлетворение зависят от фантазий на тему нестандартных сексуальных переживаний и могут быть вызвано необычным сексуальным объектом (животные, дети, трупы). Такой человек всецело поглощен мыслями о достижении своей цели, забывая при этом о нравственных нормах поведения и возможной ответственности перед законом. Чаще встречается у мужчин. Половые извращения могут быть проявлением психических заболеваний (олигофрения, шизофрения, старческое слабоумие) или формируются у психопатических личностей под влиянием психогенных и средовых факторов. В их возникновении большая роль отводится психическим травмам, полученным в детстве, неправильному воспитанию, ранним половым контактам.

Скопофилия – получение сексуального удовлетворения при виде полового акта или созерцании обнаженных и раздевающихся людей. Подсматривания или фантазии на эту тему становятся единственным способом сексуального возбуждения. Мужчины обычно избегают сексуальных контактов с женщинами.

Экстибиционизм – получение полового удовлетворения путем демонстрации обнаженных половых органов прохожим. Чаще наблюдается у молодых мужчин (импотентов). Испытывают удовлетворение при испуге жертвы, приведении ее в шоковое состояние. При отсутствии реакции у жертвы сексуального удовлетворения нет.

Садизм – достижение полового удовлетворения путем причинения боли и страдания сексуальному партнеру. Термин происходит от имени французского писателя маркиза де Сада, описывающего жестокость как средство достижения полового удовлетворения. Формы садизма различны: от легких оскорблений и беспрекословного подчинения жертвы до избиений, изнасилования, убийства.

Мазохизм – получение сексуального удовлетворения при унижении, болевых ощущениях и страданиях, причиняемых сексуальным партнером. Проявления мазохизма: от достижения возбуждения в связанном состоянии, при получении легких ударов, укусов до причинения боли самому себе, иногда в чудовищной форме (с использованием ножей, веревок, поджогов себя). Встречается в основном у мужчин.

Непристойные телефонные звонки – телефонные разговоры на эротические темы с целью получения сексуального удовлетворения. Относительная безопасность и анонимность – хорошие условия для полового возбуждения и мастурбации. Звонящий может не знать, кому он звонит, или набирает случайный номер. Удовольствие получают от разных тем разговоров.

Зоофилия – получение полового удовлетворения при контакте с животными. Чаще наблюдается у мужчин с домашними животными (коровы, ослицы, козы, овцы, кобылицы).

Педофилия – сексуальное влечение к детям. Чаще наблюдается у мужчин. Жертвы в основном девочки. Одни получают удовлетворение от прикосновения к половым органам, другие от демонстрации порнографических открыток и собственных половых органов с последующим принуждением к половому акту. Акты насилия могут сопровождаться садизмом, вплоть до убийства.

Апотемнофилия – сексуальное влечение к инвалидам с разного рода ампутациями. Явление редкое.

Фроттаж – сексуальное удовлетворение, получаемое при трении половых органов о тела одетых людей, как правило, в переполненном транспорте, очередях, в метро.

Некрофилия – получение полового удовлетворения при виде трупа или в результате контакта с ним. Встречается редко, преимущественно у психически больных людей, может сочетаться с садизмом.

Лечение и коррекция

Сексуальные нарушения, связанные с патологией половой сферы, лечат соответствующие специалисты – гинекологи, урологи. При отсутствии органических причин сексуальных расстройств необходимо обратиться к сексопатологу. Обследование и лечение проводится обоим партнерам. Методы лечения подбираются индивидуально в зависимости от характера расстройств. Если сексуальное нарушение является следствием психического заболевания, то следует обратиться к психиатру. В основу современного лечения половых извращений, за исключением психических проблем (олигофрении, шизофрении, старческого слабоумия), положены методы психотерапии. Их целью является вскрытие сексуальных комплексов и выработка нормального полового влечения и поведения. Иногда используют лекарственные препараты.

15. Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК)

План лекции

1. Цель, задачи и состав ПМПК.

2. План психолого-педагогической характеристики ребенка.

ПМПК – юридический орган.

1. Цель ПМПК:

Выявление, учет и диагностика детей с отклонениями в развитии.

Отбор учащихся в специальные учреждения. Консультирование родителей или лиц их заменяющих (опекуны, попечители), – ПМП-консультирование.

2. Задачи ПМПК:

Медико-психолого-педагогическое обследование детей для установления диагноза и способа обучения.

Учет и отбор детей с отклонениями в развитии для определения их в специальные учебно-воспитательные учреждения.

Уточнение и изменение ранее установленного диагноза для определения целесообразности пребывания ребенка в специальном учреждении.

Консультативная помощь родителям, педагогам, врачам. Разъяснительная работа среди населения о необходимости помощи людям с отклонением в развитии, гуманного к ним отношения.

Создание банка данных о количестве детей с отклонением в развитии.

Направление детей в научно-исследовательские центры для их изучения.

3. Состав ПМПК:

- консультанты-специалисты: психологи, дефектологи, логопеды, олигофренопедагоги, сурдо/тифлопедагоги;

- консультанты-врачи: психиатры, невропатологи, отоларингологи и др. по необходимости.

4. Направить ребенка на ПМПК могут:

- родители / опекуны;
- школа / учитель;
- детдом;
- центр социальной реабилитации.

5. Необходимые документы:

- свидетельство о рождении ребенка;
- подробная выписка из истории развития ребенка / из медицинской карты;
- подробная психолого-педагогическая характеристика ребенка из детского, учебного учреждения;

- тетради с работами по родному языку, математике, рисунки ребенка.

Обследование ребенка осуществляется только в присутствии родителей или лиц их заменяющих.

6. На основании обследования ребенка ПМПК дает заключение о характере отклонения и рекомендует тип специального учреждения, трудоустройство.

План психолого-педагогической характеристики ребенка

1. Общее впечатление, внешний вид ребенка (физическое развитие, осанка).

2. Выражение лица: осмысленное, тупое, хмурое, веселое; взгляд: живой, исподлобья; мимика: бедная, живая, маскообразная.

3. Общий двигательный облик: ловкий, неуклюжий, угловатый...

4. Моторика (совокупность двигательных реакций): общая моторика, мелкая моторика кистей и пальцев рук, артикуляторная моторика.
5. Патологические явления: стереотипные, навязчивые, автоматические, двигательные беспокойства.
6. Ограничение движений: леворукость, параличи, парезы, нарушения ОДА.
7. Преобладающее настроение, его устойчивость. Причины и адекватность перемен, эйфории (ощущение легкости, хорошего самочувствия, повышенное радостное настроение, не оправданное ни объективным состоянием человека, ни окружающей обстановкой), дисфории.
8. Эмоциональная сфера: возбудимость, склонность к аффектам (бурно протекающее эмоциональное переживание), бедность эмоций.
9. Преобладающие влечения: обжора, лакомка, умерен в еде, пониженный аппетит, влечение к несъедобным предметам, проявление сексуальности, склонность к цинизму, онанизму, половое любопытство.
10. Реакция на хвалу, порицание.
11. Способность к волевому усилию: осмысленность поступков, их последовательность, систематичность или взрывчатость. Как протекает борьба мотивов или отсутствует вообще.
12. Развитие руководящих принципов поведения. Способность подавлять неуместные желания, умение скрывать проявления отдельных чувств, молчать при болях (болевого порог).
13. Степень сопротивления внешним явлениям. Подражательность, внушаемость, легко заражается общим настроением. Негативизм, нелепые шалости, плутовство, резонерство (склонность к длинным рассуждениям отвлеченного и поучительного характера).
14. Навязчивые состояния, мысли, страх (боязнь площади, толпы). Навязчивые влечения (крикнуть что-нибудь неприличное, причинить вред себе и окружающим).
15. Работоспособность. Сила внимания, его переключаемость: включаемость в работу: быстро, медленно, с трудом, охотно, требует помощи, самостоятелен.
16. В чем проявляется утомление: в качественном ухудшении или замедленном темпе работы.
17. Отношение к работе: неряшливость, аккуратность.
18. Память: быстрота, точность запоминания, воспроизведения. Преобладающий тип памяти: зрительный, слуховой, моторный, тактильный, логический.
19. Мышление: конкретное, абстрактное (способен к отвлечению), гибкое, разорванное.
20. Воображение: живое, бедное.
21. Круг имеющихся представлений: хозяйственно-бытовых, пространственно-временных, общественно-политических.
22. Общий уровень развития: соответствует возрасту, занижен, завышен.
23. Учебные и трудовые навыки. Чтение: послоговое, целыми словами, беглое, осмысленное. Письмо: самостоятельное, списывание, письмо под диктовку. Счет: письменный, устный, в каких пределах, на конкретном материале, отвлеченный, решение задач, счетные операции. В работе на уроках ручного труда отношение к работе.
24. Общая успеваемость.
25. Был ли ребенок подготовлен к школе.
26. Способности эстетического порядка: склонность к рисованию, музыкальный слух.
27. Антисоциальные наклонности: воровство – как использует краденное, реакция на улики, бродяжничество.

28. Расстройство влечений: kleптомания – влечение к воровству, пиромания – влечение к поджигательству, влечение к порче вещей.

29. Отношение к окружающим, сверстникам, взрослым.

30. Роль ребенка в коллективе: лидер, отстраненный, изгнанник, сколько человек его выбирают.

31. Характеристика речи: звукопроизношение, словарь – активный, пассивный, фразовая речь.

16. Система социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями

План лекции

1. Понятия «социальная реабилитация» и «профессиональная реабилитация».
2. Типы специальных учреждений.
3. Направления социальной реабилитации.

Под **социальной реабилитацией** в психолого-педагогической литературе понимается система медико-педагогических технологий, направленных на включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Процесс реабилитации осуществляется не только медицинскими средствами, но и с помощью специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки. Задачи реабилитации решаются в системе специальных учебно-воспитательных учреждений для разных категорий аномальных детей. Особенности организации процесса реабилитации определяются спецификой развития ребенка с проблемами в развитии.

Как правило, детям с проблемами в развитии свойственна **социальная непри приспособленность**, т. е. неспособность их в той или иной степени принимать нормы и критерии общества, в котором он живет, и вести себя в соответствии с ними.

В рамках общей реабилитации выделяют процесс **профессиональной реабилитации**, понимая под ним часть непрерывного и согласованного процесса реабилитации. Профессиональная реабилитация предполагает предоставление таких услуг, как помощь в приобретении профессии, профессиональное обучение и селективное определение на работу, с тем чтобы человек с физическими и умственными недостатками был обеспечен подходящей работой.

С позиции социальной реабилитации людей с нарушениями в развитии выделяют четыре типа специальных учреждений.

1-й тип – дошкольные учреждения:

1. Дом ребенка – до 3–4 лет (общего типа и специализированные детские дома).
2. Детский дом – для дошкольников (для детей-сирот и для детей-инвалидов).
3. Специальные детские сады.
4. Специальные группы при массовых детских садах.

2-й тип – школьные учреждения:

1. Вспомогательные школы (для умственно отсталых детей):
 - обычные школы;
 - школы полного дня;
 - школы-интернаты для детей, родители которых лишены родительских прав;
 - школы-интернаты для детей-сирот.
2. Специальные школы и школы-интернаты:
 - для глухих и слабослышащих детей;
 - для слепых и слабовидящих;
 - для детей с нарушениями ОДА;
 - для детей с ОНР.
3. Детские дома с 4—18 лет:
 - для детей-сирот;
 - для детей-инвалидов (дома-интернаты).
4. Центры социальной реабилитации:
 - детские приюты;

- дневные стационары;
- спецкабинеты при поликлиниках;
- детские отделения в психиатрических больницах;
- лечебно-оздоровительные центры;
- санатории, профилактории.

5. Спецклассы при общеобразовательных школах:

- классы коррекции;
- классы выравнивания;
- классы компенсирующего обучения;
- классы для детей с ОНР.

3-й тип – учреждения для взрослых:

1. Производственно-технические училища (отделения для глухих, слепых, с нарушениями ОДА).
2. Психоневрологические диспансеры.
3. Дома инвалидов.
4. Дома старости.
5. Отделения при психиатрических больницах.
6. Специальные организации: ВОС (Всероссийское общество слепых), ВОГ (Всероссийское общество глухих).
7. Дневные мастерские для умственно отсталых людей.

4-й тип:

1. Министерства социальной защиты.
2. Министерство образования.
3. Ассоциации родителей детей с нарушениями развития.
4. Журналы:
 - «Синдром Дауна» – Италия
 - «Голос родителей» – Англия
 - «Вопросы дефектологии» – Россия
 - «Дефектология» – Россия
 - «Пробудитесь» – на 78 языках, религиозный журнал.

Процесс социальной реабилитации детей с нарушениями в развитии имеет следующие направления:

1. Обучение ребенка самообслуживанию и хозяйственно-бытовому труду. Привить ребенку навыки самообслуживания – значит научить его есть, умываться, одеваться, раздеваться, по возможности пользоваться расческой, мылом, зубной щеткой, туалетной бумагой. Выбатывать у ребенка какие бы то ни было трудовые навыки путем многократного показывания всех операций, используя их склонность к подражанию.

2. Развитие речи (речь формируется с большим запозданием, чаще всего уровень психического недоразвития ребенка отражается на развитии его речи, поэтому развитие и коррекция речи – один из важных этапов социальной реабилитации).

3. Обучение ребенка игре – в процессе игровой деятельности происходит коррекция психических функций ребенка (внимания, памяти, мышления), развивается эмоционально-волевая сфера. В игровой форме ребенка проще познакомить с цветом, формой, величиной предметов, привить навыки пространственной ориентировки.

4. Воспитание дисциплины, обучение правилам поведения и формирование нравственных качеств (данные качества очень важны для безопасности, для контактов с семьей и обществом). Ребенка как можно раньше необходимо приучать к дисциплине, самоорганизации, умению воздерживаться от одних действий и обязательно выполнять другие. Любое

из этих умений приобретается с помощью взрослых в результате регулярных упражнений. Важно научить ребенка выполнять различные поручения.

5. Обучение рисованию. Данные занятия будут развивать моторику, подвижность кисти и совершенствовать движения пальцев. Собственные рисунки вызывают у ребенка положительные эмоции.

6. Формирование и совершенствование навыков ручного труда (занятия вызывают живой интерес у ребенка, способствуют развитию практических умений и навыков).

7. Социальная и трудовая адаптация (познавательное и обучающее значение для ребенка с проблемами в развитии должно иметь все: прогулки, общение с взрослыми, поход в гости, посещение театров и детских праздников, поездки в общественном транспорте, услуги почты, посещение предприятий бытового обслуживания, покупки в магазинах и т. д.). Опыт свидетельствует, что дети, окончившие специальные образовательные коррекционные учреждения (1–8 типов), могут трудоустроиться и социально адаптироваться, но это зависит от ряда условий, в частности, от глубины дефекта, от наличия в данном городе трудовых площадок для людей с нарушениями в развитии и т. д.

Можно выделить три фактора социальной реабилитации, при реализации которых человека можно считать «нормальным» членом общества:

1) наличие *работы*, т. е. способность человека «заработать себе на жизнь» (физическая возможность, социальные условия);

2) наличие у человека *семьи*, где он является полноправным членом, где его любят и поддерживают;

3) наличие у человека *друзей* – людей, которые его понимают и принимают таким, какой он есть, могут поддержать его в разные моменты жизни.

17. О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений 1-8-го видов

План лекции

1. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 1-го вида.
2. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 2-го вида.
3. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения 3-го и 4-го вида.
4. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 5-го вида.
5. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 6-го вида.
6. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 7-го вида.
7. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 8-го вида.

В соответствии с Типовым положением о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 12 марта 1997 г. № 228, направлены для использования в работе методические разъяснения специфики образовательного процесса, направления деятельности по реабилитации обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, а также уровней реализуемых образовательных программ в каждом виде специального (коррекционного) образовательного учреждения.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 1-го вида

1. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 1-го вида создается для обучения и воспитания неслышащих детей, их всестороннего развития в тесной связи с формированием словесной речи как средства общения и мышления на слухо-зрительной основе коррекции и компенсации отклонений в их психофизическом развитии, для получения общеобразовательной, трудовой и социальной подготовки к самостоятельной жизни.

2. Коррекционное учреждение 1-го вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнем общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- первая ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 5–6 лет (в зависимости от учебных предметов) или 6–7 лет (с учетом подготовительного класса);
- вторая ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 5–6 лет);
- третья ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок – 2 года).

3. На первой ступени общего образования в начальных классах (1–3 кл.) проводится работа по становлению личности ребенка, выявлению и целостному развитию его способностей, формированию у школьников умения и желания учиться. В начальных классах у учащихся формируется речевая деятельность (умение вступать в общение с окружающими, воспринимать речь окружающих на слухо-зрительной основе и обмениваться информацией). В средних классах (4–6) продолжается работа по формированию личности неслышащего ребенка, его учебной деятельности, развитию устной и письменной речи, совершенствованию умения пользоваться языком как средством общения, развитию познавательных способностей и навыков самостоятельной умственной деятельности.

На второй ступени общего образования (7 – 10 кл.) продолжается работа по формированию личности неслышащего воспитанника, закладывается фундамент общеобразовательной и трудовой подготовки, необходимой для продолжения образования, полноценного включения обучающегося воспитанника в жизнь общества. Продолжается систематическая

работа по развитию устной и письменной речи обучающихся, коррекции их произношения и развитию слухового восприятия.

На третий ступени общего образования у обучающихся совершенствуется устная и письменная речь, продолжается коррекционная работа по формированию произношения и развитию остаточного слуха. Проводится специальная работа по социально-трудовой адаптации.

4. В 1-й класс коррекционного учреждения 1-го вида принимаются, как правило, дети с 7-летнего возраста.

5. Для детей, не получивших полной дошкольной подготовки, организуется подготовительный класс.

6. Специфика образовательного процесса в коррекционном учреждении 1-го вида состоит в преодолении недостатков психического и речевого развития воспитанников, затрудняющих усвоение основ наук, с использованием специальных средств обучения (звукоусиливающей аппаратуры), методов обучения, определенным образом структурированного содержания обучения.

Проводят фронтальные и индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и совершенствованию навыков произношения в ходе всего образовательного процесса. На занятиях по ознакомлению с окружающим миром, музыкально-ритмических, а также по всем общеобразовательным предметам обеспечиваются активная речевая практика, развитие нарушенной звуковой функции, создание слухоречевой среды на основе использования звукоусиливающей аппаратуры, формированию на слуховой основе речи воспитанников, по своему звучанию приближенной к естественной. Широко используется предметно-практическое обучение как основа общего речевого развития, формирования познавательной активности, осознанности в приобретении знаний. Коррекционную работу проводят с широким использованием специализированных технических средств (электроакустическая аппаратура, компьютерная техника и другие технические средства).

7. По желанию воспитанников, их родителей (законных представителей) возможно введение в учебный план факультативного курса обучения жестовой речи. Сроки введения курса и его продолжительность определяются коррекционным учреждением.

8. В составе образовательного учреждения 1-го вида организуются классы для глухих детей со сложной структурой дефекта (умственной отсталостью, ЗПР и др.), работа которых организуется по специальным учебным планам и программам.

9. Наполняемость класса-группы – до 6 человек, в классах для детей со сложной структурой дефекта – до 5 человек.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 2-го вида

1. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 2-го вида создается для обучения и воспитания слабослышащих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших детей (оглохших в дошкольном или школьном возрасте, но сохранивших самостоятельную речь), всестороннего их развития на основе формирования словесной речи, подготовки к свободному речевому общению на слуховой и слухозрительной основе.

2. Обучение слабослышащих детей имеет коррекционную направленность, способствующую преодолению отклонений в развитии. При этом в ходе всего образовательного процесса особое внимание уделяется развитию слухового восприятия и работе над формированием устной речи. Воспитанникам обеспечивается активная речевая практика путем создания слухоречевой среды (с использованием звукоусиливающей аппаратуры), позволяющей формировать на слуховой основе речь, приближенную к естественному звучанию.

3. Для обеспечения дифференцированного подхода в обучении слабослышащих и позднооглохших детей создаются два отделения:

- 1-е отделение – для воспитанников с легким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха;

- 2-е отделение – для воспитанников с глубоким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха.

4. Коррекционное учреждение 2-го вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- первая ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения в 1-м отделении – 4–5 лет, во 2-м отделении – 5–6 или 6–7 лет);

- вторая ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения в 1-м и во 2-м отделениях – 6 лет);

- третья ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения в 1-м отделении – 2 года).

5. На первой ступени общего образования осуществляется коррекция словесной речи на основе использования развивающейся слуховой функции и навыков слухо-зрительного восприятия, накопления словарного запаса, практическое овладение грамматическими закономерностями языка, навыками связной речи, развитие внятной речи, приближённой к естественному звучанию.

На второй ступени общего образования проводится коррекционная работа по дальнейшему развитию речи, слухового восприятия и навыков произношения.

На третьей ступени общего образования обеспечивается овладение воспитанниками устной и письменной речью до уровня, необходимого для интеграции их в общество.

6. В соответствии с уровнем общего и речевого развития воспитанников достигнутым в процессе обучения, с согласия родителей (законных представителей) по заключению психолого-медико-педагогической комиссии воспитанники могут переводиться из одного отделения в другое.

7. В 1-й класс (группу) 1-го и 2-го отделений зачисляются дети с 7-летнего возраста, посещавшие дошкольные образовательные учреждения.

Для детей 6–7-летнего возраста, не посещавших дошкольные образовательные учреждения, во 2-м отделении может быть организован подготовительный класс.

8. Наполняемость класса (группы), группы продлённого дня в 1-м отделении – до 10 человек. Наполняемость класса (группы), группы продлённого дня во 2-м отделении – до 8 человек.

9. Для позднооглохших (независимо от возраста) с целью восстановления их устной коммуникации со слышащими организуется специальная индивидуальная помощь по обучению восприятию устной речи на зрительной основе (чтение с губ), слухо-зрительной и зрительно-вибрационной основе.

10. Для развития слухового восприятия и формирования произношения проводятся индивидуальные и групповые занятия с использованием звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования и индивидуальных слуховых аппаратов.

11. Работа по развитию слухового восприятия и автоматизации навыков произношения с использованием фонетической ритмики и различных видов деятельности, связанных с музыкой, осуществляется на музыкально-ритмических занятиях.

12. По желанию воспитанников 2-го отделения и их родителей (законных представителей) в учебный план возможно введение факультативных курсов обучения жестовой речи или иностранному языку. Сроки введения курса и его продолжительность определяются коррекционным учреждением.

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения 3-го и 4-го видов

1. Коррекционные учреждения 3-го и 4-го видов обеспечивают обучение, воспитание, коррекцию первичных и вторичных отклонений в развитии у воспитанников с нарушениями зрения, развитие сохранных анализаторов, формирование коррекционно-компенсаторных навыков, способствующих социальной адаптации воспитанников в обществе.

При необходимости может быть организовано совместное (в одном коррекционном учреждении) обучение незрячих и слабовидящих детей, детей с косоглазием и амблиопией.

Для формирования у воспитанников компенсаторных процессов проводятся групповые и индивидуальные коррекционные занятия по развитию осязательного (3-й вид) и зрительного восприятия, речи, социально-бытовой и пространственной ориентировке, ритмике, лечебной физкультуре, формированию навыков общения.

2. В коррекционное учреждение 3-го вида принимаются незрячие дети, а также дети с остаточным зрением (0,04 и ниже) и более высокой остротой зрения (0,08) при наличии сложных сочетаний нарушений зрительных функций, с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте.

3. В 1-й класс (группу) коррекционного учреждения 3-го вида принимаются дети 6–7 лет, допускается также прием детей свыше указанного возраста на 1–2 года.

4. Количество воспитанников в классе, группе продленного дня в коррекционном учреждении 3-го вида – до 8 человек.

5. Коррекционное учреждение 3-го вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- Первая ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения 4–5 лет);
- Вторая ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения 5–6 лет);
- Третья ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения – 2 года);
- Общий срок обучения – 12 лет.

6. В коррекционное учреждение 4-го вида принимаются слабовидящие дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу с переносимой коррекцией. При этом учитываются состояние других зрительных функций (поле зрения, острота зрения для близи), форма и течение патологического процесса. Также могут быть приняты дети с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях, при наличии астенических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии.

Кроме того, в коррекционное учреждение 4-го вида принимаются дети с косоглазием и амблиопией, имеющие более высокую остроту зрения (выше 0,04) для продолжения лечения зрения.

7. В 1-й класс (группу) коррекционное учреждение 4-го вида, как правило, принимаются дети 6–7-летнего возраста.

8. Количество воспитанников в классе, группе продленного дня в коррекционном учреждении 4-го вида – до 12 человек.

9. Коррекционное учреждение 4-го вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- Первая ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения 4 года);
- Вторая ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения 6 лет);
- Третья ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения 2 года).

10. На первой ступени общего образования появляются индивидуальные возможности воспитанников. Коррекционная направленность образовательного процесса осуще-

ствляется на уроках по общеобразовательным предметам, а также на занятиях по социально-бытовой ориентировке, развитию зрительного и осязательного восприятия речи, по пространственной ориентировке, ритмике, лечебной физкультуре, логопедии, по формированию навыков общения. Это способствует приобретению воспитанниками специфических умений и навыков, приемов самоконтроля и самопроверке, осуществляются занятия по элементарной социально-бытовой ориентировке. Выполняются пробелы дошкольного образования, расширяются знания об окружающем мире специфическими для данной категории воспитанников способами.

На второй ступени общего образования проводят работу по дальнейшему формированию коррекционно-компенсаторных навыков соответственно возрасту воспитанников, продолжают коррекционные занятия, увеличивается объем занятий по развитию навыков общения, социальнобытовой ориентировке и ориентировке в пространстве, способствующих их социальной реабилитации, адаптации и интеграции в среду зрячих.

На третьей ступени общего образования завершается обучение по общеобразовательным предметам (в соответствии с учебными программами), совершенствуются навыки воспитанников по ориентировке в пространстве и создаются условия для сознательного и активного включения их в жизнь общества.

11. Обучение воспитанников с нарушением зрения осуществляется с широким использованием тифлоприборов и специального оборудования с учетом структуры зрительного дефекта, степени и характера нарушения зрения. При этом обучение незрячих базируется на использовании зрительно-осязательного восприятия. Основа обучения – система Брайля.

Используются нестандартный дидактический материал и особые средства наглядности, позволяющие расширить рамки доступности учебной и другой информации.

12. Для детей 5–7 лет могут быть организованы дошкольные группы или подготовительные классы.

13. В штаты коррекционных учреждений 3-го и 4-го видов вводится должность логопеда из расчета не менее одной единицы на 20 воспитанников с нарушениями речи.

14. В штаты коррекционных учреждений 3-го и 4-го видов вводится должность сестры-ортоптистки из расчета не менее одной единицы на 20 воспитанников с глазными заболеваниями.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 5-го вида

1. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения 5-го вида создаются для обучения и воспитания детей с тяжелой речевой патологией, оказания им специализированной помощи, способствующей преодолению нарушений речи и связанных с ними особенностей психического развития.

2. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения 5-го вида имеют в своем составе два отделения. В зависимости от местных условий специальное (коррекционное) образовательное учреждение 5-го вида может иметь в своем составе одно отделение.

3. В 1-е отделение принимают детей, имеющих общее недоразвитие речи в тяжелой степени (алалия, дизартрия, ринолалия, афазия), а также детей, страдающих общим недоразвитием речи, сопровождающимся заиканием.

4. Во 2-е отделение принимаются дети с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи.

5. В составе 1-го и 2-го отделений могут комплектоваться классы (группы) из воспитанников, имеющих однородные дефекты речи, с обязательным учетом уровня их речевого развития.

6. В случае устранения речевого дефекта воспитанники коррекционного учреждения с согласия родителей (законных представителей) и на основании заключения ПМПК переводятся в образовательное учреждение общего типа.

7. Коррекционное учреждение 5-го вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух степеней общего образования:

В 1-м отделении:

- Первая ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 4–5 лет);

- Вторая ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 6 лет).

Во 2-м отделении:

- Первая ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 4 года);

- Вторая ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 6 лет).

8. На первой ступени общего образования обеспечиваются коррекция различных проявлений речевого дефекта (нарушения звукопроизношения, голоса, тембра речи, фонематического слуха, аграмматизмы, дисграфия, дислексия) и обусловленных ими отклонений в психическом развитии воспитанника, первоначальное становление его личности, выявление и целостное развитие его способностей, формирование у воспитанника умения и желания учиться. Воспитанники приобретают навыки фонематически правильной разговорной речи, расширяют лексический запас, учатся грамматически правильно оформлять высказывание.

На второй ступени общего образования развиваются полноценные навыки устной разговорной и письменной литературной речи, необходимые воспитанникам для их полноценного включения в жизнь общества.

9. Для воспитанников, имеющих общее недоразвитие речи (1–2-й уровень по классификации Р.Е. Левиной), может быть организован подготовительный класс. Прием детей в подготовительный класс осуществляется с 6–7-летнего возраста, в 1 класс – с 7–9-летнего возраста.

10. Наполняемость класса (группы), группы продленного дня до 12 человек.

11. Коррекция речевых нарушений и связанных с ними особенностей развития воспитанника осуществляется в процессе обучения и воспитания на всех уроках внеклассных и других мероприятиях, в условиях соблюдения речевого режима, и обеспечивает формирование и полноценное развитие речи воспитанников, устранения у них дефектов устной речи, письма, чтения.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 6-го вида

1. Коррекционное учреждение 6-го вида создается для обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (с двигательными нарушениями различной этиологии и степени выраженности, ДЦП, с врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата, с вялыми параличами верхних и нижних конечностей, парезами и паропарезами верхних и нижних конечностей), для восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально-организованного двигательного режима и предметно-практической деятельности.

2. Коррекционное учреждение 6-го вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех степеней общего образования:

- Первая ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения 4–5 лет);

- Вторая ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения 6 лет);

- Третья ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения 2 года).

3. На первой ступени общего образования решается задача комплексной коррекции, направленной на формирование всей двигательной сферы воспитанников, их познавательной деятельности и речи.

На второй ступени общего образования закладывается фундамент общеобразовательной трудовой подготовки, продолжается коррекционно-восстановительная работа по развитию двигательных, мыслительных, речевых навыков и умений, обеспечивающих социально-трудовую адаптацию воспитанников.

На третьей ступени общего образования завершается обучение воспитанников по общеобразовательным программам, создаются условия для сознательного и активного включения их в жизнь общества.

4. В 1-й класс (группу) принимают, как правило, детей с семилетнего возраста, допускается также прием детей свыше указанного возраста на один-два года.

5. Для детей, не посещавших дошкольные образовательные учреждения, открывается дополнительный подготовительный класс.

6. Количество воспитанников в классе (группе), группе продленного дня до 10 человек.

7. Трудовое обучение строится с учетом возможностей, интересов воспитанников, включает в себя систему трудотерапии, направленную на восстановление, компенсацию и развитие трудовых умений и навыков, является основой для профессиональной подготовки.

8. В штаты коррекционного учреждения вводится должность логопеда из расчета не менее одной единицы на 15–20 воспитанников с нарушениями речи.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 7-го вида

1. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 7-го вида создается для обучения и воспитания детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость, для обеспечения коррекции их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизации познавательной деятельности, формирования навыков и умений учебной деятельности.

2. Коррекционное учреждение 7-го вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух степеней общего образования:

- Первая ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения 3–5 лет);

- Вторая ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения 5 лет).

3. Прием детей в коррекционное учреждение 7-го вида осуществляется только в подготовительный, 1-й и 2-й классы (группы) (в 3-й класс – в порядке исключения).

Дети, начавшие обучение в общеобразовательном учреждении с семилетнего возраста, принимаются во 2-й класс (группу) коррекционного учреждения.

Дети, начавшие обучение в общеобразовательном учреждении с шестилетнего возраста, принимаются в 1-й класс (группу) коррекционного учреждения.

Дети, ранее не обучавшиеся в общеобразовательном учреждении и показавшие недостаточную готовность к освоению общеобразовательных программ, принимаются с семилетнего возраста в 1-й класс (группу) коррекционного учреждения (нормативный срок освоения – 4 года); с шестилетнего возраста – в подготовительный класс (нормативный срок освоения – 5 лет).

4. Наполняемость класса (группы), группы продленного дня – до 12 человек.

5. Перевод воспитанников в общеобразовательное учреждение осуществляется по мере коррекции отклонений в их развитии после полученного начального образования.

С целью уточнения диагноза воспитанник может находиться в коррекционном учреждении 7-го вида в течение одного года.

6. В целях коррекции отклонений в развитии воспитанников, ликвидации пробелов в знаниях проводятся индивидуальные и групповые занятия (не более трех воспитанников), коррекционные занятия.

7. Воспитанники, имеющие речевые нарушения, получают логопедическую помощь на специально организуемых логопедических занятиях (индивидуально или в группе из 3–4 человек).

8. В штаты коррекционного учреждения вводится должность логопеда из расчета не менее одной единицы на 15–20 воспитанников.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 8-го вида

1. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение 8-го вида создается для обучения и воспитания детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество.

2. Сроки обучения в специальное (коррекционное) образовательное учреждение 8-го вида могут быть 9 – 11 лет (с выдачей обучающимся свидетельств установленного образца).

В коррекционном учреждении 8-го вида с 10-, 11-летним образованием трудовое обучение в 10–11 классах, при наличии производственной базы, носит характер углубленной трудовой подготовки обучающихся.

3. Классы (группы) с углубленной трудовой подготовкой создаются в коррекционном учреждении 8-го вида, имеющем необходимую материальную базу для углубленной трудовой подготовки, проведения производственной практики. Продолжительность рабочего дня во время производственной практики определяется законодательством Российской Федерации о труде. Руководство производственной практикой осуществляет учитель трудового обучения.

4. Классы (группы) с углубленной трудовой подготовкой принимаются воспитанники, окончившие 9 (10) класс. Квалификационные разряды хорошо усвоившим профессию выпускникам присваиваются только администрацией заинтересованного предприятия или учреждения начального профессионального образования. Обучающимся, не получившим квалификационного разряда, выдаётся документ об окончании и характеристика с перечнем работ, которые выпускники способны выполнять самостоятельно.

5. В коррекционном учреждении 8-го вида организуется обучение разным по уровню сложности видам труда с учетом интересов воспитанников и в соответствии с их психофизическими возможностями, с учетом местных условий, потребности в рабочих кадрах, возможностей трудоустройства выпускников, продолжения их обучения в специальных группах учреждений начального профессионального образования.

6. Обучение в коррекционном учреждении 8-го вида завершается аттестацией (экзаменом) по трудовому обучению, состоящему из двух этапов: практической работы и собеседования по вопросам материаловедения и технологии изготовления изделия. Воспитанники коррекционного учреждения 8-го вида могут быть освобождены от аттестации по состоянию здоровья в порядке, определенном Министерством общего и профессионального образования Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Указанные сроки обучения могут быть увеличены на один год за счет открытия подготовительного класса.

7. В подготовительный класс, 1-й класс (группу) принимаются дети, как правило, в возрасте с 7–8 лет.

8. В подготовительный класс принимаются дети с недостаточным уровнем подготовленности к обучению. Целью подготовительного класса является также уточнение диа-

гноза ребенка в процессе образовательной и учебной работы, определение адекватности форм организации его обучения и воспитания. Наполняемость подготовительного класса не должна превышать 6–8 человек.

9. Первые 4 года осуществляется всестороннее психолого-медико-педагогическое изучение личности умственно отсталого воспитанника, выявление его возможностей и индивидуальных особенностей с целью выработки форм и методов организации образовательного процесса. Воспитанникам прививается интерес к получению знаний, формируются навыки учебной деятельности, самостоятельности. Проводится работа по общему и речевому развитию воспитанников, коррекции нарушений моторики, отклонений в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, поведении.

10. В старших классах (группах) воспитанники получают знания по общеобразовательным предметам, имеющие практическую направленность и соответствующие их психофизическим возможностям, навыки по различным профилям труда.

Воспитанникам прививаются навыки самостоятельной работы, с этой целью они включаются в трудовую деятельность в учебных мастерских, подсобных хозяйствах, на предприятиях, в учреждениях и организациях.

11. Количество воспитанников в 1–9, 10 классах (группах), группах продленного дня – до 12 человек.

В коррекционном учреждении 8-го вида организуется обучение разным по уровню сложности видам труда с учетом интересов воспитанников и в соответствии с их психофизическими возможностями, с учетом местных условий, потребности в рабочих кадрах, возможности трудоустройства выпускников, продолжения их обучения в специальных группах учреждений начального профессионального образования.

12. Для воспитанников, имеющих специфические нарушения, организуются групповые (24 человека) и индивидуальные логопедические занятия.

В штаты коррекционного учреждения вводится должность логопеда из расчета одной единицы на 15–20 воспитанников.

13. В коррекционном учреждении 8-го вида могут создаваться и функционировать классы для детей с глубокой умственной отсталостью, наполняемость которых не должна превышать 8 человек.

18. Теоретические аспекты коррекционно-развивающего обучения

План лекции

1. Концепция коррекционно-развивающего обучения (КРО).
2. Сравнительная таблица традиционной системы обучения и системы КРО.
3. Основные требования к организации воспитательного процесса в условиях КРО.

Концепция коррекционно-развивающего обучения (КРО)

Направления работы:

- 1) диагностико-консультативное;
- 2) учебно-воспитательное;
- 3) лечебно-профилактическое;
- 4) социально-трудовое.

Положения КРО

1. Комплексность в диагностико-консультативной и коррекционно-развивающей работе, обеспечивающая своевременное выявление и квалификацию трудностей в обучении, а также определение комплекса мер (лечебных, профилактических, коррекционных и развивающих), способствующих компенсации дефекта.
 2. Вариативность учебных планов, образовательных и коррекционных программ (в том числе разноуровневых по содержанию и срокам обучения).
 3. Своевременное выявление и квалификация тех или иных неблагоприятных вариантов развития (организация КРО и воспитания в дошкольных учреждениях).
 4. Активная интеграция учащихся в образовательные классы массового типа.
- Сравнительная таблица традиционной системы обучения и системы КРО
5. Максимальная социально-трудовая адаптация учащихся классов КРО в подростковом возрасте к современным условиям.

Таблица 7

Сравнительная таблица традиционной системы обучения и системы КРО

Параметры сравнения	Традиционная система обучения	КРО
1. Цель обучения	«Вооружение» знаниями, реализация программы, развитие мыслительных процессов	Общее развитие ученика, развитие ума, чувств, воли, обучение умению учиться, умению жить среди людей, формирование творческой личности

2. Способ обучения	Передача ребенку способов действия через алгоритм схему, образец	Передача принципов действия через организованную учебную деятельность и социальную среду
3. Способы общения	Авторитарные: наставлять, обучать, разъяснять	Первоначально «авторитарная демократия», затем демократический стиль
4. Модель взаимодействия	Учитель — ученик	Учитель — ученик, ученик — ученик, ученик — учитель
5. Формы обучения	Фронтальные, индивидуальные	Фронтальные, индивидуальные, групповые, командные
6. Развитие эмоциональной сферы, мотивация обучения	Развитие познавательного интереса. 1-й класс — обучение с элементами внешней занимательности. Далее — узкие учебные интересы с ориентацией на балльную оценку	Учебные и широкие познавательные интересы. Далее интерес к познавательной деятельности, к получению, добычанию знаний
7. Интеллектуальное развитие	Отсутствие системы работы	Развитие общих интеллектуальных умений: сравнения, классификации, обобщения, критичности и пр. Развитие самостоятельности, глубины, широты мышления
8. Волевое развитие	Нулевой потенциал	Направленность обучения на умение преодолевать труд-

		ности, добиваться получения результата, развитие работоспособности
9. Методико-дидактический аспект обучения	Частные вопросы. Монолог. Предупреждение ошибок. Единственно верное решение. Отсутствие пауз. Безрадостный труд («надо»)	Проблемные вопросы. Диалог. Право на ошибку. Варианты правильных ответов. Паузы. Поэтизация процесса обучения
10. Формы воспитания	Через запрет «нельзя» (тренинг-дрессура)	Формирование благоприятного морально-психологического климата. Осознание истоков поступков и способов разрешения конфликтов. Воздействие коллектива на ребенка
11. Самовоспитание	Нулевой потенциал	Знание приемов самовоспитания: осознание своей индивидуальности, знание элементов самовоспитания, самоанализ, самоотчет, самовнушение, самоконтроль и т.д.
12. Нетрадиционные формы активизации психофизического здоровья	Нулевой потенциал	Точечный массаж; динамические релаксационные паузы; элементы арттерапии; функциональная музыка; подвижные, дидактические, социальные, коррекционные игры

КРО включает организацию таких типов классов, как:

- классы выравнивания;
- классы компенсирующего обучения;
- классы адаптации;
- классы здоровья;
- классы коррекции и др.

Основные требования к организации воспитательного процесса в условиях КРО

1. Основа воспитания – формирование у учащихся необходимой мотивации.
2. Важно настойчиво воспитывать у детей положительные привычки поведения и помогать им искоренять отрицательные.
3. Воспитание личности ученика возможно только в его собственной деятельности!
4. Воспитательные возможности учащихся должны быть адресованы не только к его уму, но и к его чувствам.
5. В процессе воспитания необходимо ориентироваться на положительные качества ученика и проявлять полное уважение к его личности.
6. Необходимо обязательно воспитывать у учащихся адекватную самооценку своей личности и уровней притязаний.

КРО рассматривается как многофакторный процесс с позиции содержательного, процессуального и коммуникативного компонентов. Рассмотрим их более подробно.

1. Содержательный компонент

- 1) Насыщенность урока, его познавательная значимость.

- 2) Композиция урока – структура, логика, цельность.
- 3) Проблемность содержания, мера трудности.
- 4) Работа над общеучебными умениями.
- 5) Использование наглядности как источника знаний.
- 6) Теоретическое осмысливание преподносимых знаний, изучаемых явлений.
- 7) Материал, рассчитанный на дифференцированность обучения.
- 8) Материал, рассчитанный на развитие творчества ребенка, использование его личного опыта.
- 9) Осознанность учения, целей, системы знаний.
- 10) Поэтизация (эстетизация) процесса учения.

2. Процессуальный компонент

- 1) Энергетическая сила учителя (голос, мимика, речь, внушение).
- 2) Владение умением самопрезентации (подачи себя).
- 3) Поддержание активности восприятия учебного материала (смена видов деятельности, динамические и релаксационные паузы).
- 4) Учитель умеет выдержать паузу после формулировки вопроса, задания, чтобы не мешать детям думать, принять решение.
- 5) Учитель умеет находить позитивные моменты в неточных ответах детей.
- 6) Учитель спокойно реагирует на ошибки детей, рассматривая их как новые проблемы, вопросы.
- 7) Учитель не повторяет ответов детей, а «литературно» обрабатывает их мысль.
- 8) Учитель умеет использовать пространство класса как сценическую площадку.
- 9) Учитель умеет подводить детей к самостоятельному открытию, поиску решения задачи.
- 10) Учитель умеет вести направленную беседу.

3. Коммуникативный компонент

- 1) Учитель испытывает интерес к детям, их индивидуальности, мыслям, чувствам.
- 2) Умеет создать настрой, вызвать состояние познавательной солидарности.
- 3) Умеет встать на сторону ребенка, видеть обстоятельства его глазами.
- 4) Умеет организовать и вести диалог, отдавать инициативу детям.
- 5) Умеет устанавливать продуктивные отношения.
- 6) Умеет регулировать внутриколлективные отношения, поднимать самооценку ребенка.
- 7) Учитель владеет невербальными средствами общения: зрительными и физическими контактами.
- 8) Дети испытывают уважение, интерес к учителю, поведение детей на уроке спокойное и естественное.
- 9) Учитель и ученики умеют эмоционально объединяться; первый – создавать у ученика чувство, что его принимают и понимают. У ученика есть стремление оправдать надежды учителя.
- 10) Умение планировать и гибко регулировать ритм педагогического общения.

4. Межличностное общение

- 1) Дети общаются без побуждения и вмешательства взрослых.
- 2) Испытывают интерес к мыслям, суждениям, знаниям одноклассников.
- 3) Умеют слушать другого. Владеют диалогической формой общения.
- 4) Умеют видеть состояние товарища, приходят на помощь.
- 5) Испытывают интерес к групповой работе, она вызывает подъем активности.
- 6) В групповой работе класса реализуются симпатии детей к друг другу.
- 7) Коллектив класса мобилизует познавательную деятельность ребенка.

8) В заданиях на коллективное творчество ребята умеют распределить роли, работают слаженно, результативно.

9) Школьники в процессе работы совещаются друг с другом.

10) Дети владеют мимикой, могут открыто передавать свои чувства, умеют устанавливать зрительный контакт.

В основе воспитательного аспекта КРО лежат ведущие потребности человека: биологические (генетически закрепленные потребности, обеспечивающие физическое существование человека – еда, питье, сон, воздух, отдых, движение); социальные (любить и быть любимым, уважение, проявление заботы, чувство авторитета, социальная защищенность, чувство собственного достоинства, принадлежность к роду, нации, расе) и идеальные (познавательные, в их основе лежат – окружающий мир, научные знания, искусство, культура, обучение).

5. Воспитательный аспект КРО

Этот аспект, заключается в следующих положениях:

1) Эстетическое оформление классной комнаты.

2) Соблюдение режима дня, гигиена учебной деятельности.

3) Авторитарно-демократическая модель общения учителя и учащихся (воспитателя и воспитанников).

4) Стимулирование всех душевных способностей ребенка (средствами рефлексии, самоанализа, самоконтроля).

5) Благоприятный климат обучения (выразительность лица, речи учителя, артистизм, четкость мимики, жестов учителя, «лучеиспускание глаз», пожатие руки, поглаживание...).

6) Широта и проблемность содержание образования.

7) Ориентация на максимальное использование личного опыта ребенка.

8) Развитие творчества детей.

9) Концентрация внимания детей на внутреннем мире другого человека – его мыслях, знаниях, формах деятельности.

10) Добрый психологический климат в коллективе – эффективное средство формирования личности ребенка.

11) Воспитание дружбы, товарищества, братства, состояния «быть и работать вместе».

12) Формирование адекватного самовосприятия (учить любить себя, свою неповторимость).

19. Сущность и содержание коррекционной работы

План лекции

1. Понятие «психолого-педагогическая коррекция».
2. Схема «Взаимодействие компонентов коррекционного процесса».
3. Принципы и направления коррекционной работы.
4. Коррекционные задачи обучения и воспитания.

Л.С. Выготский, определяя цели и задачи коррекционной работы, подчеркивал первоочередное значение профилактических задач как задач предупреждения развития вторичных дефектов, по сравнению с задачами исправления уже обозначившихся первичных дефектов.

Психолого-педагогическая коррекция как вид психологической практики имеет долгую и значительную историю развития, начиная от попыток врача и педагога Ж. Итара перевоспитать и обучить «авейронского дикаря» с использованием тренинга еще в конце XVIII в.

В психологическом словаре, под коррекцией понимается:

- 1) определенная форма психолого-педагогической деятельности, то есть совокупность педагогических воздействий, направленных на исправление недостатков в развитии;
- 2) совокупность педагогических и лечебных мер, направленных на исправление недостатков в развитии и поведении ребенка.

Необходимо различать такие понятия, как «коррекция», «психологическая коррекция», «коррекционно-воспитательная работа» и «психокоррекция». На рис. 2 мы приводим схему взаимодействия компонентов коррекционного процесса, на которой показываем взаимосвязь данных понятий. Психологическая коррекция – это:

- 1) определенная форма психолого-педагогической деятельности по исправлению таких особенностей психического развития, которые по принятой в возрастной психологии системе критериев не соответствуют гипотетической (оптимальной) модели этого развития, средней норме (или скорее возрастному ориентиру развития ребенка на той или иной ступени онтогенеза);
- 2) направление реабилитационной и коррекционно-воспитательной работы с проблемными детьми, целью которой является предупреждение и преодоление отклонений в психическом развитии личности.

Коррекционно-воспитательная работа – это система специальных приемов, направленных на преодоление недостатков развития аномальных детей (термин появился в конце XIX – начале XX в., в связи с деятельностью М. Монтессори).

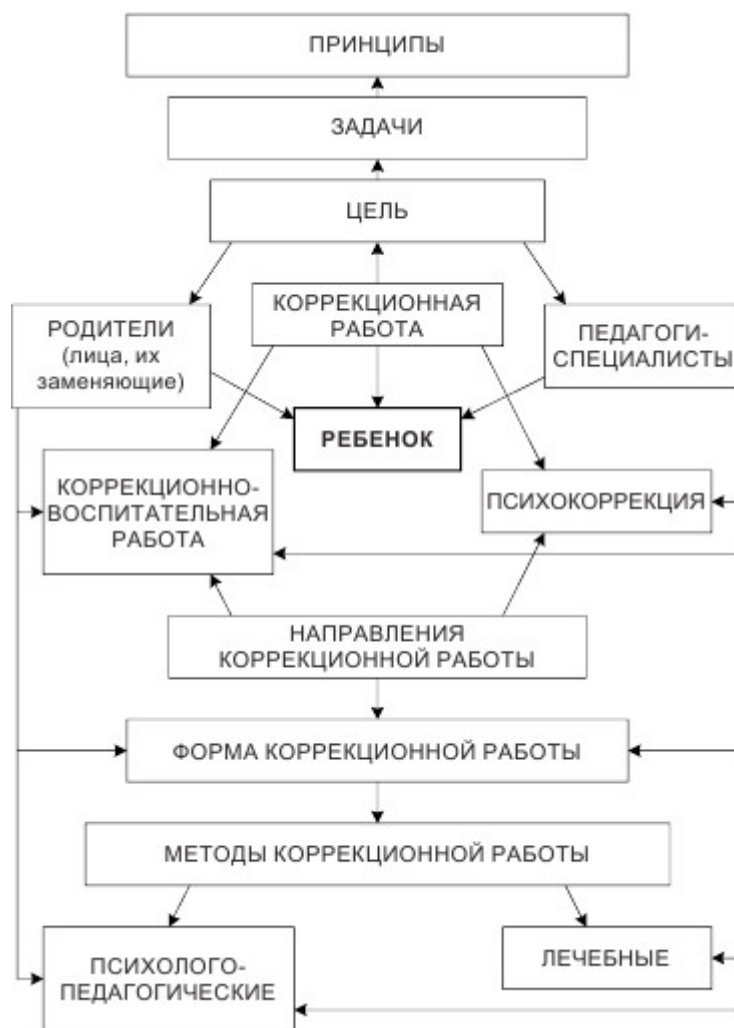


Рис. 2. Схема взаимодействия компонентов коррекционного процесса

Цель коррекционной работы – психолого-педагогическая коррекция отклонений в психофизическом развитии ребенка (интеллектуальном, эмоциональном, психическом, волевом, поведенческом, двигательном) на основе создания оптимальных психолого-педагогических условий для развития творческого потенциала личности каждого ребенка. В пространстве нормального детства способствовать полноценному психическому и личностному развитию ребенка.

Коррекция психического развития включает:

1. Коррекцию отклонений в психическом развитии ребенка на основе создания оптимальных возможностей и условий для развития личностного и интеллектуального развития ребенка.
2. Профилактику негативных тенденций личностного и интеллектуального развития (Д.Э. Эльконин, 1989, И.В. Дубровский, 1991).

Основная задача коррекции психического развития – формирование у детей с нарушениями в развитии адекватных взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями, другими людьми.

Задачи коррекционной работы:

- развитие личности ребенка;
- закаливание (физическое и психологическое) организма;
- развитие двигательной сферы;
- развитие чувственного опыта, мышления;
- включение ребенка в посильный труд.

Основные принципы психолого-педагогической коррекции

1. Единство коррекции и развития (решение о необходимости коррекции принимается на основе психолого-педагогического анализа внутренних и внешних условий развития ребенка).
2. Единство возрастного и индивидуального в развитии.
3. Единство диагностики и коррекции развития (задачи КР ставятся только на основе полной диагностики и оценки зоны ближайшего развития ребенка).
4. Деятельностный принцип осуществления коррекции (определяет выбор путей и способов достижения поставленной цели). Движущая сила развития – активная деятельность самого ребенка.
5. Подход в коррекционной работе к каждому ребенку как к одаренному (дети не должны восприниматься второсортными).

Принципиальная психолого-педагогическая позиция по отношению к детям при осуществлении коррекционной работы – не ребенка подгонять, корректировать под ту или иную образовательную систему, а саму эту образовательную систему корректировать в том направлении, чтобы она обеспечивала достаточно высокий уровень развития, обучения и воспитания всех детей!

Направления коррекционной работы:

- 1) Совершенствование движений и сенсомоторного развития (общей моторики, навыка каллиграфии, артикуляционной моторики).
- 2) Коррекция отдельных сторон психической деятельности (зрительного восприятия, зрительной памяти, обобщенных представлений о форме, цвете, величине предмета, слухового внимания и памяти, фонетико-фонематического представления).
- 3) Развитие основных мыслительных операций (анализа, синтеза, абстрагирования, конкретизации, группировки, классификации).
- 4) Развитие различных видов мышления (от наглядно-образного к словесно-логическому, абстрактному).
- 5) Коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы (адекватных реакций, поведения, эмоций, воли) различными средствами (мимика лица, чтение по ролям, драматизация).
- 6) Развитие речи, владение техникой речи.
- 7) Расширение представлений об окружающем мире и обогащение словаря.
- 8) Коррекция индивидуальных пробелов в знаниях.

Психокоррекционная работа возможна при соблюдении двух позиций:

- при наличии у педагога знания о том, как правильно, как эффективно должно быть выполнено мыслительное действие, т. е. представления о нормальном проявлении мыслительной функции;
- при наличии диагноза, констатации нарушения, дефекта, пробела в развитии, что возможно при использовании методов психодиагностики.

Коррекционная работа должна строиться как целостная осмысленная деятельность ребенка, органически вписывающаяся в систему его повседневных жизненных отношений.

Закономерности коррекционной работы:

- 1) Взаимодействие дошкольных и школьных образовательных учреждений общего и специального типов, консультативно-диагностических служб и семьи, в основе которого лежит комплексный подход к решению задач предупреждения и преодоления трудностей в обучении у детей дошкольного и школьного возраста.
- 2) Единство диагностики и коррекции психического и физического развития ребенка.
- 3) Единство коррекции и развития ребенка.

4) Непрерывность и систематичность реабилитационного процесса на основе разработки разноуровневого содержания обучения детей.

5) Сотрудничество триады «педагог – ребенок с трудностями в обучении – семья», направленного на формирование адекватной позиции родителей по отношению к своим детям и их недостаткам.

6) Интеграция детей в общество путем усиления трудовой и профессионально-трудовой подготовки.

7) Профессионализм – подготовка специалистов для коррекционно-развивающей работы с детьми в дифференцированных условиях обучения (повышение квалификации учителей и педагогов).

8) Введение в содержание обучения детей разделов, которые предусматривают восполнение пробелов предшествующего развития, формирование готовности к восприятию наиболее сложного программного материала.

9) Определение оптимального содержания учебного материала и его отбор в соответствии с поставленными задачами.

10) Использование методов и приемов обучения с ориентацией на «зону ближайшего развития» ребенка, создание оптимальных условий для реализации его потенциальных возможностей.

11) Коррекционная направленность учебно-воспитательного процесса (коррекция познавательной деятельности, речи, индивидуальных недостатков в развитии).

Коррекционная работа, с одной стороны, должна «пронизывать» все сферы деятельности ребенка, а с другой – непосредственно реализовываться в учебно-воспитательном процессе, в частности на коррекционных занятиях.

Цель коррекционных занятий: повышение уровня общего развития учащихся, восполнение пробелов предшествующего развития и обучения, индивидуальная работа по формированию недостаточно освоенных учебных умений и навыков, коррекция отклонений в развитии познавательной сферы и речи, направленная подготовка к восприятию нового учебного материала.

Главный принцип коррекционной работы – коррекционная направленность обучения и активное воздействие на сенсорное, умственное и речевое развитие детей.

Формы коррекционной работы:

- индивидуальная;
- групповая;
- коррекционные занятия общеразвивающей и предметной направленности (от 3 до 5 часов в неделю за счет школьного компонента).

Главное, создать условия, в максимальной степени способствующие развитию ребенка.

Формы коррекционного воздействия:

- симптоматическая – на основе выделенных симптомов отклонений в развитии;
- коррекционная – направленная на источник и причины отклонений в развитии.

В ходе коррекционной работы необходимо учитывать следующие показатели:

- физическое состояние и развитие ребенка;
- особенности и уровень познавательной сферы ребенка;
- отношение к учебной деятельности, особенности мотивации;
- особенности эмоционально-личностной сферы;
- особенности усвоения ЗУН (программных).

Ключевой компонент коррекционно-развивающей воспитательной системы – **учитель** – человек, который нередко проводит с детьми больше времени, чем родители. Поэтому прежде всего должен измениться он сам. Учителю необходимо увидеть и исправить в себе

то, что препятствует установлению эффективного контакта с ребенком, лишает терпения и веры в его возможности. Каждый учитель, и особенно тот, кто работает с детьми риска, должен обладать целостным психологопедагогическим мышлением: знать и учитывать возрастные и индивидуально-типологические особенности личностного развития детей; знать и использовать современные методы диагностики, профилактики и коррекции недостатков поведения; уметь создавать коррекционно-развивающую образовательновоспитательную среду, чтобы выявить сильные стороны ребенка, реализовать его творческий потенциал.

Как считает Г.Ф. Кумарина, преодоление недостатков поведения младших школьников обусловлено тремя основными факторами:

1. Профилактическая работа, предполагающая как можно более раннее выявление и коррекцию негативных явлений в поведении.
2. Проникновение педагогического анализа за пределы поверхностного объяснения поступков, выявление подлинных причин, дифференцированный подход к их устранению.
3. Не использование отдельной изолированной коррекционной методики, технологии, а изменение всей организации жизни ребенка.

Г.Ф. Кумарина утверждает, что коррекции подлежат не только недостатки развития личности ребенка, отклонения в его поведении, но и социальная ситуация развития в целом, вся система взаимоотношений между ребенком и его социальным окружением. Эффективное построение такой системы возможно в результате совместных усилий как самого ребенка, так и родителей, воспитателей, учителей.

Таким образом, коррекционная деятельность – составная часть единого педагогического процесса. Она обладает определенной сферой воздействия, имеет специфическую структуру и направления воздействия. Все вышеперечисленные принципы и методы коррекции девиантного поведения младших школьников являются важным инструментом в решении главной задачи коррекционной деятельности по преодолению существующего недостатка у ребенка, по реабилитации его личности и осуществлению успешной адаптации и интеграции ребенка в социум.

Коррекционные задачи обучения и воспитания

1. Развитие познавательной активности детей.
2. Развитие общеинтеллектуальных умений: анализ, сравнение, синтез, конкретизация, обобщение, классификация, группировка, абстрагирование и т. п.
3. Осуществление нормализации учебной деятельности, формирование умения ориентироваться в задании, воспитывать навыки самоконтроля, самооценки.
4. Развивать словарь, устную монологическую речь в единстве с обогащением ребенка знаниями и представлениями об окружающем мире.
5. Осуществлять логопедическую коррекцию нарушений речи.
6. Осуществлять психокоррекцию поведения ребенка.
7. Проводить социальную профилактику, формировать навыки общения, правильного поведения.

Задачи лечебно-оздоровительной работы

1. Укрепление физического и психического здоровья детей, организация ЛФК, массажа, оптимизация учебной и физической нагрузки.
2. Создание в учреждении благоприятного лечебно-оздоровительного режима, в частности, строгое соблюдение норм предельно допустимой нагрузки на ученика, введение дополнительных каникул в феврале и индивидуально – «разгрузочного» дня.
3. Соблюдение санитарно-гигиенических норм и режима рационального питания.
4. Осуществление психокоррекции детей с такими нарушениями, как гиперактивность, двигательная расторможенность, проявления психопатоподобного поведения.

Задачи социально-трудовой подготовки

1. Раннее выявление и коррекция особенностей, препятствующих успешному освоению доступных профессий (тремор руки, недостаточность мелкой моторики, нарушения пространственного восприятия, зрительно-моторных координаций).
2. Формирование в процессе учебно-трудовой деятельности навыков ориентировки в задании, планирования работы, оценки результатов деятельности.
3. Выбор оптимальных средств для общетрудовой подготовки учащихся.
4. Организация профессиональной группы, классов.
5. Организация мастерских, цехов для приобретения детьми профессий с присвоением разряда.

20. Технологии арттерапии

План лекции

1. Понятие о методе арттерапии.
2. Виды арттерапии и содержание технологии.
3. Танцотерапия.
4. Оздоровительная аэробика.
5. Музыкаотерапия.
6. Изотерапия.
7. Сказкотерапия.
8. Библиотерапия.
9. Педагогическая игра «Здравствуйте».
10. Рефлексия.
11. Технология развивающейся кооперации.

В настоящее время в коррекционной практике все более широкое распространение получает метод, основанный на использовании искусства в лечебной (терапевтической и психотерапевтической) практике, – **арттерапия**.

Арттерапевтический метод психокоррекционного воздействия построен на использовании искусства как символической деятельности и основан на стимулировании креативных творческих процессов. Арттерапия представляет собой совокупность психокоррекционных методик, имеющих различия и особенности, определяющиеся как жанровой принадлежностью к определенному виду искусства, так и направленностью, технологией психокоррекционного лечебного применения.

О.А. Карабанова выделяет два основных механизма психологического коррекционного воздействия для метода арттерапии:

1. Искусство позволяет в особой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение через переконструирование этой ситуации на основе креативных способностей человека.
2. Природа эстетической реакции позволяет изменить действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение».

Цель арттерапии – гармонизация развития личности через развитие способностей самовыражения и самопознания в искусстве (через создание эстетических продуктов, объективирующих в себе чувства, переживания и способности ребенка).

Показания для проведения арттерапии

- Трудности эмоционального развития, актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, лабильность, импульсивность эмоциональных реакций.
- Эмоциональная депривация детей, переживание ребенком эмоционального отвержения и чувства одиночества.
- Наличие конфликтных межличностных отношений, неудовлетворенность внутрисемейной ситуацией, ревность.
- Повышенная тревожность, страхи, фобические реакции.
- Негативная Я-концепция, низкая, дисгармоничная, искаженная самооценка, низкая степень самопринятия.

Применение арттерапевтического метода незаменимо в случаях тяжелых эмоциональных нарушений, несформированности у ребенка коммуникативной компетентности, а также при низком уровне развития игровой деятельности и отсутствии игровых мотивов и интереса к игре. Арттерапия предоставляет ребенку широкие возможности для эмоционального реагирования социально приемлемым способом.

В случае трудностей общения – замкнутости ребенка, низкой заинтересованности в сверстнике или излишней стеснительности – арттерапия позволяет объединить детей в группу при сохранении индивидуального характера их деятельности, облегчить процесс их коммуникации, опосредовать его общим творческим процессом и его продуктом.

Арттерапевтический метод позволяет педагогу как нельзя лучше совместить индивидуальный подход к ребенку с групповой формой работы. Как правило, арттерапевтические методы работы присутствуют в любой программе игровой коррекции, дополняя и обогащая развивающие возможности игры (табл. 8).

Таблица 8

Виды арттерапии	Содержание технологии
1. Изотерапия (рисунок, лепка, изотворчество)	Лечебное воздействие, коррекция посредством изобразительной деятельности. По форме организации может быть индивидуальной и групповой. Рисуночная терапия выполняет психотерапевтическую функцию, помогая ребенку справиться со своими психологическими проблемами и рассматривается как проекция личности ребенка, как символическое выражение его отношения к миру. Изобразительно-игровое пространство, материал, образ в рисунке являются
	для проблемных детей средством психологической защиты, которое помогает в трудных обстоятельствах
2. Танцетерапия (танцетворчество)	Творческая двигательная деятельность, основанная на выражении пластикой тела определенных чувств, состояний, эмоций и переживаний. В качестве главного средства выражения этих состояний в танце является пантомимика, жесты, которые составляют выразительный язык, передающий внутреннее состояние человека. Благодаря своеобразию языка танец способен из сферы бессознательного извлекать подавленные влечения, желания и конфликты человека, делать их доступными для осознания и катарсической разрядки
3. Аутотренинг	Обучение ребенка мышечной релаксации, самовнушению, развитию концентрации внимания и силы представления, умению контролировать умственную активность с целью повышения значимости деятельности. Метод предполагает обучение и коррекцию средствами музыки, слова, создание благоприятной обстановки и т.п.
4. Музыкальная релаксация	Одна из форм музыкально-коррекционного лечебного восприятия, основанная на благотворном воздействии на психозмоциональное состояние ребенка слуховых образов, имеющих различную эмоциональную окраску. В этом случае ребенок переносит свои чувства и мысли на образ героя, воплощенного композитором, за которым можно видеть конкретного человека. При этом у ребенка возникает невербальное диалогическое общение
5. Музыкотерапия	Музыка используется в лечебных и коррекционных целях. В качестве проявлений ле-

	чебного и коррекционного воздействия выделяется следующее: регулирование психо-вегетативных процессов, физиологических функций организма; регуляция психоэмоционального состояния, повышение социальной активности; облегчение усвоения новых положительных установок и форм поведения; активизация творческих проявлений. Музыкаотерапия организуется в индивидуальной и групповой формах. Каждая из этих форм может быть представлена в трех видах: рецептивной (пассивной) — ребенок участвует пассивно в непосредственном действии; активной — активное включение ребенка в музыкотерапевтический процесс посредством пения, движения или игры на музыкальных инструментах; интегративной — сочетающей в себе подходы рецептивной и активной музыкотерапии
6. Библиотерапия	Использование специально подобранного для чтения литературного материала как терапевтического средства с целью решения личностных проблем через идентификацию с образом художественного произведения при помощи направленного чтения. Художественным материалом для чтения могут быть произведения различных литературных жанров: проза, поэзия. Формы применения — индивидуальные и групповые
7. Имаготерапия	Театрализация психотерапевтического процесса с использованием творческой активности личности. Формы: индивидуальная (пересказ произведения, переход рассказа в диалог, импровизационный диалог по ситуации) и групповая (драматизация сказки, театрализация рассказа, инсценирование пьесы).

	Подвиды имаготерапии: куклотерапия, образно-ролевая драмтерапия, психодрама
8. Психодрама	Вид театрализации психотерапевтического процесса, сущность которого состоит в том, что «актеры» — дети играют не готовые роли, а свободно под руководством ведущего разыгрывают импровизацию на тему травмирующей ситуации. При этом «актеры» и «зрители» меняются местами в процессе повторения и импровизации. Результатом психодрамы является катарсис, эмоциональное потрясение и внутреннее очищение, переработка травмирующей ситуации, при этом катарсис распространяется на всех участников психодрамы
9. Куклотерапия	Основана на идентификации с образом любимого героя (сказки, мультфильма, игрушки) и выражается в усилении эмоционального напряжения, которое постоянно испытывает ребенок, до такой степени, чтобы оно могло перейти в новую форму — расслабление. С дорогим для ребенка персонажем разыгрывается в лицах в «режиссерской игре» история, связанная с травмирующей его ситуацией. Необходимо в ходе игры добиться того, чтобы инсценирование рассказа захватило ребенка и он, сочувствуя герою, идентифицировался с ним. По мере разворачивания сюжета эмоциональное напряжение ребенка должно возрастать. Для этого сюжет строится по «нарастающей», с «разворачиванием» конфликта в конце, достигнув максимума, сменяется бурными эмоциональными реакциями, снятием напряжения. Конец должен быть всегда позитивным

10. Образно-ролевая драмтерапия	Разыгрывание по ролям и драматизация сюжета. Проигрывание ролей направлено на разрушение старых патологических коммуникативных поведенческих стереотипов. Правильный подбор образов обеспечивает предварительная психолого-педагогическая диагностика. Драмтерапия помогает решать различные проблемные ситуации
11. Психогимнастика	Одна из современных методик, относящаяся к кинезитерапии. Она включает в себя некоторые игровые варианты психотерапии, суггестивные (основанные на внушении), тренировочные, разъясняющие, активизирующие психомоторику, этюды, упражнения, игры, направленные на развитие различных сторон психики ребенка. Основная цель психогимнастики — научить ребенка справляться с жизненными трудностями. Ребенок должен осознать, что между мыслями, чувствами и поведением существует связь и что эмоциональные проблемы вызываются не только ситуациями, но и их неверным восприятием
12. Хоротерапия (вокалотерапия)	Лечебная и коррекционная работа с ребенком посредством пения. Механизм лечебно-оздоровительного воздействия пения основывается на использовании системы активного классического вокального тренинга, целью которого является повышение резервных возможностей организма человека, коррекции нарушенных функций. Вокальный тренинг, основанный на принципах классического пения, состоит из специальных упражнений, осуществляющих биоакустическую стимуляцию жизненно важных органов, а также из упражнений, повышающих адаптационные и интеллектуально-эстетические возможности человека

13. Коррекционная ритмика	Вид активной музыкальной терапии и кинезитерапии с целью музыкального ритмо-двигательного воздействия. Особенность коррекционно-ритмической терапии заключается в наличии музыки, которая рассматривается даже без связи с движением как лечебный фактор. Её действие эффективнее, если ритм как организующий элемент музыки положить в основу двигательных систем, регулирующих движения
14. Кинезитерапия	Направление терапии, основанное на единстве музыки и движения, на активной двигательной деятельности ребенка под музыку. Различные формы и средства движений изменяют общую реактивность организма, повышают его устойчивость, разрушают патологические динамические стереотипы, возникающие во время болезни, и создают новые, обеспечивающие необходимую адаптацию. Формы движений и музыка, применяемые в данном виде терапии, могут быть самые различные
15. Музыкацветотерапия	Вид интегративной музыкотерапии, который способствует восстановлению первоначального, свойственного человеческому организму энергетического равновесия, нарушенного болезненным состоянием, с помощью синтеза музыки и цвета
16. Сказкотерапия	Вид библиотерапии, в основе которого лежит психокоррекция средствами литературного произведения — сказки. Этот вид библиотерапии наиболее приемлем при работе с дошкольниками с проблемами в развитии. Сказкотерапия позволяет ребенку актуализировать и осознать свои проблемы, а также увидеть различные пути их решения. Посредством ненавязчивых сказочных
	образов ребенку предлагаются выходы из различных сложных ситуаций, пути решения возникших конфликтов, позитивная поддержка его возможностей и веры в себя. При этом ребенок отождествляет себя с положительным героем, что позволяет ему усваивать правильные моральные ценности и нормы, различать добро и зло

Как считает О.А. Карабанова, участвуя в арттерапии – изобразительной деятельности, литературном и музыкальном творчестве, драматизации, – ребенок получает практически неограниченные возможности для самовыражения и самопознания. В творческой продукции ребенка воплощены его чувства, ценности, идеалы, мотивы. Интерес к результатам творчества ребенка со стороны окружающих, принятие ими продуктов творчества (рисунки, спектакли, сказки, поделки и др.) повышают самооценку ребенка, степень его самопринятия и самооценности.

Г.Ф. Кумарина выводит **важный принцип арттерапии** – одобрение и принятие всех продуктов творческой деятельности ребенка независимо от их содержания, формы, качества. Наиболее важен сам процесс творчества – особенности поведения ребенка в творческом процессе, выбор темы, сюжета, материалов, принятие задачи, сохранение ее на протяжении творческой деятельности, спонтанные речевые высказывания ребенка, характер эмоциональных реакций, особенности взаимодействия с другими детьми. Наконец, в худо-

жественно-творческой деятельности более естественно возникают и развиваются важные качества ребенка (произвольность и саморегуляция), необходимые для достижения желаемой цели – создать рисунок, сочинить сказку, исполнить песню и заслужить внимание взрослых.

В арттерапии используются такие жанры искусства, как музыка, литература, живопись, театр.

Коррекционные технологии включают использование следующих универсальных технологий, которые можно применять

в разных возрастных группах: танцетерапия, изотерапия, музыкотерапия. Рассмотрим их более подробно.

Танцетерапия (танцетворчество)

Танцетворчество является универсальной технологией для всех возрастов – детей, подростков, юношества, их родителей и педагогов. Занятия по танцетворчеству предназначены для всех, кто хочет жить в согласии со своим организмом (телом), чувствами (душой) и мыслями (разумом); для всех, кто хочет принимать и понимать окружающий мир.

Цель танцетворчества – самоформирование и самосовершенствование с помощью заданных или произвольных танцевальных движений, сопровождающихся музыкальным оформлением. Данную цель раскрывают и конкретизируют следующие задачи: свободное выражение с помощью телесного языка; выплеск эмоций; выражение чувств; построение взаимоотношений между телом и разумом, сознанием и подсознанием; создание собственного телесного имиджа; обнаружение и снятие энергоблоков; физические разгрузки; искусство владения своим телом; преодоление смущения в движении; физическое и психическое раскрепощение, «снятие» комплексов; усиление жизненного потенциала; творение собственного танца; выражение и рисование внутреннего состояния телом; коррекция стрессов, невротических реакций; познание философии танца, языка мышц; доверие и любовь к себе, «жажда жизни»; познание души через танец; заряд для организма, отдых для разума; раскрытие творческих способностей; формирование физической культуры; управление своими состояниями; становление физического и духовного здоровья; исследование внутреннего мира у себя и у других.

Занятия по танцетворчеству выстраиваются в форме совместного игрового проживания танцетренингов, танцевальных движений, различных развивающих и диагностических упражнений, бесед, самоанализа, интегрированных занятий (тренинг личностного роста и танцетворчество, сеансы изотворчества), индивидуальной и групповой работы, технологии развивающейся кооперации (ТРК).

Всем участникам для эффективной работы по данному курсу необходимо иметь: удобную одежду и обувь, тетрадь для записей и наблюдений, а кроме того, желание и терпение.

Ведущему занятия по танцетворчеству необходимо владеть определенным диапазоном социально-психолого-педагогических и танцевальных технологий, которые позволят ему присоединиться к участникам, закрепить полученные положительные эмоции и повести за собой, корректируя личностные характеристики. Начиная цикл занятий с повторения простейших танцевальных движений (техника «зеркало»), далее осваивая технику совместного игрового проживания ситуаций (танцетренинги), каждый участник имеет «выход» на свободный творческий танец, что и становится центром исследования и познания себя и мира. Проживание необычных впечатлений, эмоций, состояний, ситуаций предоставляет человеку возможность апробировать новые способы поведения, утвердить или изменить отношение к происходящему.

Содержание занятий по танцетворчеству

- Разминка по кругу: сначала ведущий, а затем каждый участник показывают движения, направленные на работу мышц, – первый круг – головы (шеи), второй круг – плеч, третий круг – рук, четвертый – мышц спины, пятый – живота, шестой – ног.

- Разминка в быстром темпе: выбирается ведущий (он может периодически меняться), который предлагает танцевальные движения под быструю музыку – все участники повторяют за ним.

- Выражение своего состояния через движения: по очереди каждый человек, отследив свое состояние на данный момент, выражает его с помощью любых доступных ему движений; задача всех – точно повторить движения и понять состояние участника.

- Работа в парах по принципу «зеркала»: один человек в паре – ведущий – с закрытыми глазами показывает любые движения, которые вызывает в нем звучащая музыка, другой – его отражение (зеркало) – с открытыми глазами все повторяет. В процессе работы роли должны меняться.

- Рефлексия недели (дня) через движения: передача своего состояния от недели (дня), яркие моменты недели (дня), запомнившиеся мгновения.

- Театрализация движений. Данное упражнение, по решению ведущего, может выполняться индивидуально, в группе, коллективно.

Техника перевоплощения:

- придумать свое животное и изобразить его;
- изобразить животное, написанное на карточке;
- передать характерные движения группы животных: стадо коров, табун лошадей, повадки кошек, сон собак, стая птиц, бег оленей, прыжки кенгуру, лягушки на озере, плавающие уточки, косяк журавлей, полет чайки, прыжок змеи.

Изобразить процесс (работа по группам, задания на карточках): связку воздушных шариков, которые сдуваются; клумбу с распускающимися цветами; коробку тающих шоколадных конфет; отклеивающиеся от стены обои; тающий снег и капающие сосульки; аквариум с рыбками, растениями, камнями, улитками; падающие с яблони плоды; одуванчик на ветру; созревший мак, грядку с овощами после дождя; обед в зоопарке; теплицу с растениями; тающее мороженое.

Изобразить характер местности: лиственный лес осенью; хвойный лес зимой; багульник на болоте; фруктовый сад с плодами; выюнок на заборе; смешанный лес летом; степь; заливной луг; садовый участок; полевой луг; кукурузное поле.

Техника выражения своего состояния, эмоций, чувств: «Я-эмоция» – передать состояние, обозначенное на карточке: ожидание, ликование, грусть, страх, усталость, невесомость, любовь, волнение, отчаяние, смущение, радость, спокойствие, нежность, растерянность, лень, удивление, успех, сочувствие, восторг, умиротворение.

Техника круговых движений: «походка» – изобразить следующие характерные походки: солдата, страуса, балерины, мышки, бегуна, павлина, манекенщицы, обезьяны, маленького ребенка, индюка, атлета, кошки, лягушки, кузнечика, утки, ученика, идущего в школу, зайца, ученика, идущего из школы, кенгуру, мамы, идущей из магазина, медведя, папы, идущего на работу.

Создание творческой композиции (индивидуальной, групповой, коллективной) на заданную тему, с подбором музыки. Тематика может быть разнообразной: первые цветы, весенняя капля, перелетные птицы, ветер любви, ласточкино гнездо, краски осени, мартовские коты, зимний лес.

Рефлексия каждого занятия – письменная или устная – по следующим вопросам:

- Как изменилось мое состояние с начала занятия?
- Что мне помогало работать?
- Что мешало на занятии?

- Мои предложения и пожелания на будущее.
- Я очень рад(а), что...

Оздоровительная аэробика

Аэробика – это современное направление в совершенствовании двигательной деятельности. Она привлекает прежде всего тем, что человек в течение всей своей жизни может хорошо владеть своим телом, укреплять нервную систему, поддерживать тонус мышц на должном уровне с помощью довольно несложных и доступных упражнений. Благодаря естественным формам движений аэробика доступна детям дошкольного возраста.

Содержанием работы на занятиях по аэробике с детьми является синтез элементов физических упражнений, танца, музыки. Дети приобщаются к музыке, учатся воспринимать на слух ритм, различать и понимать динамику, темп, звуковысотность, метроритм.

Вместе с тем дети усваивают несложные музыкальные формы, у них развиваются: память, наблюдательность, творческое воображение, произвольное внимание, повышается скорость реакции, уровень развития физических качеств: сила, гибкость, выносливость.

Овладевая разнообразными движениями, дети совершенствуют двигательные навыки, у них развивается мышечное чувство, пространственная ориентировка и координация, повышается жизненный тонус.

Все это значимо для детей с трудностями в обучении, так как в большинстве случаев функциональная недостаточность головного мозга проявляется у таких детей в замедленном темпе психофизического развития, что, в свою очередь, отражается на процессе их обучения. Патология в психической сфере, как показывают результаты тестирования, прежде всего проявляется в отставании таких психических процессов, как восприятие, внимание, память и мышление. Таким детям свойственны неумение слушать, повышенная утомляемость, низкий уровень восприятия, нарушение функции активного и произвольного внимания, замедленное развитие всех видов памяти (речевой, зрительной, слуховой, моторной). Детям данной категории присуще своеобразное поведение, в некоторых случаях – повышенная возбудимость в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, негативизмом или раздражительностью. И наоборот, некоторым детям свойственны заторможенность, апатичность, чувство ущемленности. У большинства детей нарушается произвольная регуляция, многие из них не способны к длительным волевым усилиям.

На практике доказано, что систематические занятия по коррекционной оздоровительной аэробике повышают эффективность процесса физической и интеллектуальной подготовки детей с задержкой психического развития.

Основными средствами аэробики являются физические упражнения и танцевальные движения, выполняемые под музыкальное сопровождение.

Музыкотерапия

С давних пор музыка используется как лечебный фактор. С помощью музыкального ритма устанавливается равновесие в деятельности нервной системы, успокаиваются слишком возбужденные и растормаживаются заторможенные дети и взрослые.

Так, лирическая музыка дает организму общее настроение успокоения, тихой радости и грусти, ровное внешне поведение; драматическая музыка создает настроение возбуждения, повышенного жизненного тонуса подвижное и беспокойное поведение. Для релаксации желательна музыка медленная, спокойная, музыка исцеляющая. Такая музыка позовет человека тихо, надо только слушать, она должна быть не слишком громкой и не слишком долгой. Технология проведения достаточно доступная:

1) ведущий включает музыку, участники сидят в удобных положениях и расслабляются, контролируя свое дыхание, доводя его до спокойного;

2) ведущий предлагает участникам «войти» в музыку и представить (далее эхо, тишину, плывущую над звездами, запах цветов, лес, зверей, посмотреть вдаль, на синее небо, отдохнуть и т. п.).

Музыка как мощный фактор воздействия на эмоциональную сферу воздействия человека издавна использовалась для лечения различных заболеваний, и в особенности для терапии нервно-психических расстройств. В последние десятилетия выделилось отдельное направление в психотерапии – музыкотерапия.

Музыкотерапия используется с целью коррекции эмоциональных отклонений, страхов, двигательных и речевых расстройств, психосоматических заболеваний, отклонений в поведении. В настоящее время музыкотерапия является самостоятельным психокоррекционным направлением, имеющим в своей основе два аспекта воздействия:

– психосоматическое (в процессе которого осуществляется лечебное воздействие на функции организма);

– психотерапевтическое (в процессе которого с помощью музыки осуществляется коррекция отклонений в личностном развитии, психо-эмоционального состояния). Именно катарсическое (очищающее) воздействие музыки позволяет использовать ее в коррекционной работе с детьми, имеющими проблемы в развитии.

Музыкотерапия применяется как в индивидуальной, так и групповой формах работы. Каждая из этих форм может быть представлена в трех видах музыкотерапии:

- 1) рецептивной;
- 2) активной;
- 3) интегративной.

Рецептивная музыкотерапия используется в работе с дошкольниками с задержкой психического развития, которые имеют эмоционально-личностные проблемы, конфликтные межличностные внутрисемейные отношения, переживают состояние эмоциональной депривации, чувство одиночества, отличаются повышенной тревожностью, импульсивностью. Занятия средствами рецептивной музыкотерапии с дошкольниками с ЗПР направлены на моделирование у них положительного эмоционального состояния.

Процесс восприятия ребенком музыки происходит совместно с ребенком, который помогает ему «шагнуть» из реальной жизни в другой, воображаемый мир, мир причудливых образов, настроений. В небольшом предваряющем слушание рассказе психолог настраивает дошкольника на восприятие определенной образной музыкальной картинки, затем мелодия как бы уводит ребенка от отрицательных переживаний, раскрывает ему красоту природы и мира.

После прослушивания в беседе с ребенком психолог выясняет, что он «видел», чувствовал, «делал» в воображаемом путешествии, какую картинку словами он может нарисовать, описать. Такое восприятие музыки обеспечивает снятие напряжения, улучшает психоэмоциональное состояние дошкольников. В психокоррекционной работе с детьми с ЗПР применяется и интегративная музыкотерапия. Примером может быть синтез музыкального и наглядно-зрительного восприятия. Занятия строятся таким образом, что на них восприятие музыки сопровождается просмотром видеозаписей разнообразных картин природы. При этом ребенку предлагается как бы «шагнуть» вглубь изображения – к звенящему прохладному ручью или на солнечную лужайку, мысленно поймать бабочек или расслабиться, лежа на зеленой мягкой траве.

Органичное сочетание двух способов восприятия дает более сильный психо-коррекционный эффект. Активная музыкотерапия в работе с детьми с особыми образовательными потребностями используется в разных вариантах: вокалотерапия, танцетерапия, с целью коррекции психо-эмоциональных состояний у детей, имеющих невысокую самооценку, низ-

кую степень самопринятия, сниженный эмоциональный тонус, проблемы в развитии коммуникативной сферы.

Занятия по вокалотерапии направлены на формирование оптимистического настроения: исполнение жизнеутверждающих песен – формул, оптимистических детских песен, которые можно петь под фонограмму или аккомпанемент.

Коррекция нарушения эмоционально-личностной сферы и психомоторики дошкольников с отклонениями в развитии эффективна и при использовании кинезитерапии. Она основана на связи музыки и движения. В языке жеста, мимики, позах, движении всегда отражается внутреннее эмоциональное состояние ребенка. Ритмические движения выступают в роли средства невербального общения и разрядки эмоционального напряжения.

Музыкотерапия может использоваться как вспомогательное средство, тонизирующее и расслабляющее музыкальное сопровождение. В настоящее время существуют синтетические виды музыкотерапии. Традиционная форма работы основана на пассивном восприятии музыки, во-первых, как катализатора эмоциональных процессов, во-вторых, как музыкального фона во время рисования, а в третьих, как средства релаксации, усиливающего вовлеченность слушателя в процесс работы.

Активная работа с образами музыки включает:

1) упражнения на самоосознание через музыку (описание эмоционального и образного содержания музыки, сравнение ее со своим состоянием);

2) свободный танец под музыку, он решает задачи самовыражения, двигательного раскрепощения;

3) зарисовка музыкальных образов, в том числе и групповая в процессе которой отрабатываются модели оптимального взаимодействия со сверстниками;

4) музыкальные зарисовки – индивидуальная импровизация на какую-либо тему («мое состояние», «мой авторитет»). Это способствует раскрепощению ребенка, обогащает его невербальное самовыражение;

5) диалоги на инструментах, в процессе которых дети общаются друг с другом с помощью музыкальных инструментов, что способствует их взаимопониманию, улучшает модели поведения;

6) «живая музыка»: одну и ту же мелодию выполняют в разных манерах (например: колыбельную – решительно, испуганно, радостно и т. д.).

Цель музыкотерапии – гармонизация личности ребенка с проблемами в развитии, восстановление и коррекция его психоэмоционального состояния и психофизиологических процессов средствами музыкального искусства.

Задачи музыкотерапии:

- регуляция (повышение или понижение) эмоционального тонуса ребенка;
- снятие психоэмоционального возбуждения;
- приобретение новых средств эмоциональной экспрессии;
- формирование оптимистического жизнеутверждающего мироощущения;
- развитие общения со сверстниками;
- развитие умения передавать свое настроение через музыку, движение, цвет;
- выход из психотравмирующей ребенка ситуации посредством восприятия музыки;
- моделирование положительного состояния.

Изотерапия (изотворчество)

Изотворчество также является универсальной технологией, которую можно использовать как для отдельной работы с родителями и детьми, так и для совместного детско-родительского творчества. В основе изотворчества лежит особая «сигнальная цветовая система», когда с помощью цвета участник технологии сигнализирует о своем эмоциональном состоянии. Изотворчество, с одной стороны, метод художественной рефлексии; с другой – тех-

нология, позволяющая раскрыть художественные способности человека в любом возрасте, но чем раньше, тем лучше; а с третьей стороны – это метод психокоррекции, с помощью которого можно корректировать эмоциональное состояние человека и решать внутренние психологические проблемы.

Для выполнения данной технологии необходимо взять краски, подготовить музыку и листы бумаги. Сначала на каждого участника готовят один отдельный лист, а на последующих занятиях – один лист на двоих, на четверых, на восьмерых и на шестнадцать участников группы (каждый раз с увеличением группы увеличивается лист, на котором рисуют все вместе, без границ и без слов, общаясь только красками). Перед началом рисования ведущий создает определенный психологический настрой, и затем все участники начинают рисовать, ничего не планируя и ни о чем не думая, – никакого реализма! Это должна быть абстракция, участники рисуют то, что они увидели, почувствовали во время психологической настройки. Выбор красок ограничен лишь их наличием. Краски наносятся на бумагу, и участник старается рисовать ни о чем не думая, не спрашивая себя: «Что бы это значило, для чего это, что это означает» и т. п. Изотворчество выполняется в технологии развивающейся кооперации, группа, как правило, доводится до 16 человек, но объединение возможно и дальше.

После окончания рисования рисунок обязательно подписывается: пишется номер опыта (1-й опыт – это рисунок наедине с собой, 2-й опыт – в паре, 3-й опыт – в четверке, 4-й опыт – в восьмерке, 5-й опыт – шестнадцать человек и т. д.), название работы – картины (по усмотрению автора, если работал один человек, и авторов, когда работает группа), указывается количество человек, выполнивших работу, или ставится авторский знак (можно подписать работу, перечислив имена всех участников группы).

После окончания работы обязательно (!) проводится разбор рисунков:

- 1) как удалось передать свои чувства, состояние, цвет, форму, движение;
- 2) что чувствовал каждый из участников во время рисования;
- 3) какие ощущения испытал каждый от работы в группе;
- 4) что мешало рисовать, что помогало рисовать;
- 5) какая из работ особенно нравится, почему;
- 6) как изменилось внутреннее состояние после рисования и т. д.

Анализируют процесс и результат рисования по следующим параметрам: скорость заполнения листа, характер линий и форм, изображенных на рисунке, и преобладающие цветовые тона. Например, темные цвета могут быть отголоском внутренних проблем человека. Яркие краски – творческое начало, позитивное эмоциональное состояние; преобладание пастельных тонов – свидетельство чувствительности человека. Цвета, их расположение, игра красок – это свой особый индивидуальный язык, здесь нет никаких установленных правил, это больше рисунок души, ее состояния, поэтому чем светлее, ярче, «веселее» рисунок, тем светлее душа, тем чище «человеческое начало» в человеке, и наоборот. Чем быстрее заполняет участник изотворчества лист красками, тем больше его запас творческих духовных сил, и наоборот. Чем пластичнее, округлее, плавней на рисунке линии, тем пластичнее гибки психика человека, тем он более приспособляем к окружающим условиям, и наоборот.

При изотворчестве применяют различные технологии рисования.

• **Свободное рисование** – свободное рисование (каждый рисует, что хочет, на заданную тему). Рисунки выполняют индивидуально, а разговор после рисования происходит в группе. На рисование отводится примерно 30 мин, затем рисунки вывешивают и начинают разговор по работам. Сначала о рисунке высказываются члены группы, а потом автор. Коммуникативное рисование – группа объединяется в пары, у каждой пары свой лист бумаги, каждая пара совместно рисует на определенную тему, при этом, как правило, вербальные контакты исключаются, они общаются с помощью образов, красок, линий. После окончания рисования воспитатель выходит на разговор о работах. При этом анализируют не художе-

ственные достоинства произведений, а те мысли, чувства по поводу процесса рисования, которые возникли у детей, и их отношение друг к другу в процессе рисования.

- **Совместное рисование** – несколько человек (или вся группа) молча рисуют на одном листе. По окончании рисования анализируют участие каждого члена группы, характер его вклада и особенности взаимодействия с другими детьми в процессе рисования. (Воспитатель анализирует, наблюдая за процессом рисования, как каждый ребенок выстраивает отношения с другими детьми, как он начинает рисовать, сколько места на листе занимает и т. д. Затем возможна консультация психолога о стиле взаимоотношений ребенка в группе и о той позиции, которую он занимает по отношению к другим детям и к себе.)

- **Дополнительное рисование** – каждый ребенок, начав рисовать на своем листе, посылает затем свой рисунок по кругу, и его сосед продолжает этот рисунок и что-то дополняет на лежащем перед ним чужом рисунке. Таким образом, каждый участник дополняет каждый раз рисунок другого.

Затем автор рисунка говорит, что он хотел нарисовать и что в результате общей работы на его рисунке получилось. Особый интерес представляет расхождение в понимании и интерпретации рисунка детской группы и автора рисунка. Расхождения могут быть обусловлены как наличием в рисунке неосознаваемых автором элементов, так и проекцией проблем других детей.

Рисование, изотерапия участие ребенка в изобразительной деятельности в рамках коррекционной работы направлены не столько на то, чтобы научить его рисовать, сколько на то, чтобы помочь преодолеть недостатки, научиться управлять своим поведением, своими реакциями, сформировать ведущие личностные образования. Поэтому интересны не столько рисунок, его содержание и качество, сколько особенности поведения ребенка в процессе рисования: выбор темы, сюжета рисунка; принятие задачи, сохранение ее на протяжении рисования или трансформация; последовательность выполнения отдельных частей рисунка, собственная оценка рисунка; спонтанные речевые высказывания ребенка, характер эмоциональных реакций, наличие пауз в процессе рисования, особенности взаимодействия с другими – соавторами рисунка.

Гиперактивным детям ставят следующие задачи: продолжать рисовать начатое; не перескакивать на другой сюжет; сосредоточиться на определенной детали рисунка и дорисовать ее до конца; мысленно проследить и проговорить нарисованное; сосредоточить внимание на протяженных объектах (дороги, рельсы и т. п.); начатое обязательно закончить.

В рисунках детей с агрессивным поведением поначалу преобладает «кровожадная» тематика. Поэтому Г.Ф. Кумарина советует постепенно содержание агрессивных сюжетов переводить в «мирное русло».

Детям инертным, вялым, осторожным, болезненно аккуратным полезны задания на развитие фантазии, на смешивание красок, на использование больших поверхностей. Им ставятся задачи: освоить пространство листа, самому выбрать цвет, смешать краски, развивать сюжет, использовать больше новых тем, фантазировать.

Эффективна такая форма изотерапии, как совместное рисование, когда капризные, агрессивные, инертные, гиперактивные дети все вместе создают общий рисунок. Развивается общий сюжет, состоящий из отдельных историй; у каждого ребенка она своя.

Переживание совместного творчества, полноты эмоционального общения, дружеского участия и понимания может вызвать ряд изменений во внутренней жизни ребенка, в его поведении.

Сказкотерапия

Новой технологией психолого-педагогической коррекции детей с задержкой психического развития в последнее время стала сказкотерапия. Исследования ученых показывают, что сказочная метафора воздействует непосредственно на бессознательное человека, минуя

барьеры, которые ставит перед специалистом недостаточно развитый интеллект ребенка. Причем воздействие метафор оказывается глубинным и удивительно устойчивым. Метафорическое, сказочное воздействие активизирует ресурсы личности, выводит ребенка на путь самостоятельных открытий. Язык метафор, образов активизирует, «пробуждает» сознание ребенка, открывает новые возможности его взаимодействий с окружающим миром, делает более глубоким контакт специалиста и ребенка, специалиста и родителя. Это, в свою очередь, является залогом духовного развития в контексте тройственного союза «ребенок – родитель – психолог».

Почему мы в детстве так любили сказки? Воображению необходимо что-то не совсем от жизни, что-то таинственное, чудесное, страшное, но непременно со счастливым концом. Чувство справедливости, видимо, относится к врожденным: невыносимо, чтобы добро не вознаграждалось и торжествовало зло. Сказка дает детям на редкость яркий, широкий, многозначный образ мира. Не надо торопиться объяснять мир, надо показывать его в самых неожиданных и причудливых поворотах. Мир весь – тайна, за каждой запертой калиткой «скрывается дивное царство», и нет предела возможностям человека.

Сказка активизирует воображение ребенка, заставляет его сопереживать и внутренне содействовать персонажам, а в результате этого сопереживания у ребенка появляются новые знания и представления и, что самое главное, новое эмоциональное отношение к окружающим людям. Сказка может в увлекательной форме и достаточными понятиями показать окружающую жизнь, людей, их поступки и судьбы, в самое короткое время показать, к чему приводит тот или иной поступок героя, дает возможность примерить на себя и пережить чужую судьбу, чужие чувства, радости и горести.

Эта уникальная возможность проиграть жизненные ситуации без ущерба для собственной жизни и судьбы ставит сказку в один ряд с самыми эффективными способами развития и коррекции детей. На сказках апробируются психотерапевтические приемы, позволяющие смягчить поведенческий негативизм у ребенка. Сказка позволяет «проиграть» такие вымышленные ситуации, каких нет и не может быть в окружающем мире.

В науке существует концепция сказкотерапии. Интеграция личности, развитие творческих способностей и адаптивных навыков, совершенствование способов взаимодействия с окружающим миром, а также обучение, диагностика и коррекция – вот основные возможности сказкотерапии.

Принципы сказкотерапевтической диагностики, коррекции и развития близки к принципам гуманистической, позитивной терапии.

Под психодиагностикой с помощью «сказочных» приемов подразумевается проективная диагностика, описывающая как целостную картину личности, так и отдельные ее проблемные и потенциальные элементы.

Под сказкотерапевтической коррекцией подразумевается систематическое усиление творческих способностей человека, за счет которого происходит преодоление проблемных элементов.

Сказкотерапевтическая коррекция исключает директивное изменение негативных форм поведения. Вместо этого предлагается принцип «расширения спектра альтернативных реакций», т. е. в сказочной форме предлагается множество моделей поведения в различных ситуациях и предоставляется возможность проиграть, «прожить» как можно больше этих моделей. Опыт показывает, что чем больше у человека арсенал возможных реакций, моделей поведения, тем лучше он адаптирован к условиям окружающего мира.

Сказкотерапия относится к комплексным технологиям, так как включает в себя лучшие элементы различных психологических и педагогических технологий. Сказкотерапия тесно связана с арттерапией и игровой терапией. Более того, она связана с психосинтезом, телесноориентированной терапией, психоанализом и ТРИЗом.

Курс сказкотерапии – часть целостной системы арттерапевтических подходов при работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста с задержкой психического развития. Данную технологию можно использовать как при коллективной, так и при индивидуальной работе с детьми, имеющими трудности в развитии.

Цели сказкотерапии:

- активизация мышления, расширение сознания ребенка, совершенствование его взаимодействия с окружающим миром;
- восстановление адекватного поведения ребенка с помощью различных «сказочных» приемов.

Задачи сказкотерапии:

- снижение уровня тревожности и агрессивности у детей;
- развитие умения преодолевать трудности и страхи;
- выявление и поддержка творческих способностей;
- формирование навыков конструктивного выражения эмоций;
- развитие способностей к эмоциональной регуляции и естественной коммуникации;
- передача ребенку основных жизненных принципов и закономерностей.

Проводя занятия по сказкотерапии, педагог-психолог должен учитывать основные правила работы:

1. Места для занятий должно быть много. На полу необходим больших размеров ковер.
2. В процессе расслабления детям не рекомендуется двигаться, разговаривать, задавать вопросы.
3. В ходе занятия детям периодически дается возможность говорить о своих ощущениях, но иногда предлагается просто молча «послушать себя».
4. Вхождение в сказку является очень важным моментом. Это – момент волшебства, таинства, «наполнения собой».
5. Текст сказки образует связующее звено между упражнениями и создает определенную атмосферу.
6. Все атрибуты сказок, любую наглядность можно варьировать и заменять другими образами и предметами.
7. Необходимо помнить, что все выполняемое детьми, все их слова, движения являются успешными, удачными, наилучшими и прекрасными.

Сказкотерапия многопланова по содержанию. В настоящее время в ней выделено несколько направлений, в рамках которых решаются психодиагностические, коррекционные, развивающие и терапевтические задачи. Каждый педагог-психолог может выбрать свою форму работы со сказками. Это может быть анализ, рассказывание и сочинение сказок; куклотерапия; имиджтерапия; постановка сказок на сцене и в песочнице; рисование «волшебными красками»; психодинамические расслабления.

Библиотерапия

Библиотерапия имеет свои возможности для становления произвольного поведения, профилактики и коррекции уже закрепившихся недостатков в поведении.

При выборе литературных произведений для библиотерапии необходимо учитывать следующее: доступность языка изложения; понятность героя книги ребенку; максимальное сходство ситуации произведения с актуальной жизненной ситуацией ребенка.

Небольшие по объему произведения читаются на уроке или на специальном групповом коррекционном занятии. Затем дети высказывают свое отношение к персонажам, событиям, проблемам.

В процессе чтения, слушания литературного произведения, сопереживая литературным персонажам дети учатся понимать не только чувства, поведение, поступки героев, но и свои собственные, получают представление об иных возможных способах поведения, имеют

возможность не только проявить личные эмоции, но и сравнить их с эмоциями других людей. Таким образом усиливается способность ребенка анализировать и, следовательно, контролировать свои эмоциональные реакции, свое поведение.

Педагогическая игра «Здравствуйте»

В контексте нашей работы рассмотрим игру «Здравствуйте» как коррекционный прием и форму коррекционного воздействия.

Игра – это деятельность, в которой ребенок сначала эмоционально, а затем интеллектуально осваивает систему человеческих отношений, правила поведения, окружающую действительность.

При выполнении роли в игре образец поведения, содержащийся в ней, является одновременно эталоном, с которым ребенок сравнивает свои поступки, контролирует себя. Нормы человеческих отношений, усвоенные в игре, становятся одним из источников развития поведения ребенка.

Приветствие – один из самых важных моментов общения. С его помощью устанавливается контакт между людьми. Многообразие приемов приветствия содержит игра «Здравствуйте», участвуя в которой дети расширяют свои представления о начале общения, развивают воображение, учатся создавать свои, оригинальные и уникальные приемы приветствия.

Предлагается несколько приемов приветствия, но на одном примере мы рассмотрим, что необходимо помнить и делать, выполняя приветствие.

Например, в игре «Желаю тебе...» (участники объединяются в пары, здороваются друг с другом словом, выполняя при этом обязательное условие игры – смотреть друг другу в глаза, это позволяет ощутить своего напарника, принять его, понять то, что происходит с ним. Затем ведущий просит участников соприкоснуться ладонями рук, коснуться каждого пальца партнера и на каждое прикосновение сказать пожелание (желаю (встречаются большие пальцы) успеха (указательные) большого (средние) во всем (безымянные) и везде (мизинцы). Удачи тебе во всем! (удар ладонями). Благодаря действиям этого приема участники понимают, что ими интересуются. Это маленькое пожелание помогает снять барьер в общении, так как участники уже знакомы, принимаемы и понимаемы друг другом, более того, они поддерживают друг друга, желая другому удачи.

Варианты игры «Здравствуйте»

1) **Запевай!** Участники располагаются по кругу. Задача каждого – поприветствовать всех присутствующих, после этого исполнитель поет один куплет песни, которая соответствует его настроению, состоянию или которая очень нравится на данный момент. Все остальные участники подхватывают песню за исполнителем и двигаются по кругу, взявшись за руки. Как следует передвигаться участникам, предлагает исполнитель песни.

2) **Рада нашей встрече...** Участники располагаются по кругу. Ведущий начинает проносить стихотворение:

Здравствуйте, мои друзья! Нашей встрече рада я!
Разрешите вас обнять, всем удачи пожелать!

После этих слов по сигналу ведущего нужно обнять своего соседа справа и слева.

3) **«Здравствуйте»** можно проводить как в парах, так и в группе. Ведущий просит выполнить то, что он будет предлагать:

Скажем «Здравствуйте!» руками (придумать свой жест для приветствия в аудитории и поприветствовать всех).

Скажем «Здравствуйте!» глазами (можно встретиться взглядом с тем, с кем хочется).

Скажем «Здравствуйте!» мы ртом, станет радостным наш дом (хором произнести «здравствуйте»).

4) Закончи фразу.

Здравствуйте! Я...

Здравствуйте! Вопрос, который меня сейчас волнует...

Здравствуйте! Во мне сейчас живет...

Здравствуйте! Мне кажется, что я и мой ребенок...

Здравствуйте! В своем ребенке я заметила...

Здравствуйте! В нашей семье уже...

Здравствуйте! Я сейчас живу...

Здравствуйте! Сегодняшний день для меня...

Здравствуйте! Хотите верить, хотите нет, но я...

5) Давай, мой друг, обнимемся

И над землей поднимемся!

Тепло сердец соединим

И станем солнышком одним!

(К этим словам в парах придумываются движения и выполняются со словами.)

6) Здравствуй, друг! Как ты тут?

Улыбнись ты мне, а я тебе!

(Остальные 150 приемов «Здравствуйте» см. в пособии С.А. Циттель «Организация педагогического общения в учебно-воспитательном процессе». Магнитогорск, 1998.)

Рефлексия

Необходимо отметить, что рефлексия является средством коррекции личности в любом возрасте, но форма ее проведения непосредственно зависит от профессионализма педагога, от готовности детей к анализу, а также от тех задач, которые ставит перед собой педагог, организуя данную форму общения с детьми. Мы считаем, что любое коррекционное занятие должно начинаться и заканчиваться рефлексией.

Рефлексия – процесс познания и анализа человеком внутренних психических актов и состояний. Рефлексию желательно использовать в начале и в конце занятия, но в целом по усмотрению педагога.

Цель рефлексии – отследить изменения, происходящие у детей и взрослых во внутреннем мире, выявить отношение участников к занятию (к теме, к содержанию, к актуальности и личной заинтересованности и необходимости в данной теме участника группы), к членам группы, к ведущему педагогу, учить отслеживать изменения состояний, контролировать свои эмоции, поведение, чувства.

На основе рефлексии педагог обязан в дальнейшем проводить корректировку содержания занятий, учитывая мнения и пожелания детей, или начинать следующее занятие с анализа рефлексии предыдущего занятия. В течение цикла занятий можно использовать различные виды рефлексии и достаточно актуально и необходимо для педагога создавать собственное наполнение форм рефлексии (по необходимости тематики и по потребности педагога и группы).

Формы рефлексии

• **Устная.** Например:

1) словесное описание и анализ собственного состояния на конец занятия и сравнение с состоянием на начало занятия;

2) описание своего состояния (для более взрослого состояния) от третьего лица: «Она чувствовала в начале занятия...».

• **Ассоциативная.** Например: сравните свое состояние с прогнозом погоды, опишите его (показать пример) или, если вы маленький ребенок (бабушка, спортсмен и т. д.), то, как сейчас вы бы чувствовали себя?

• **Творческая.** Например:

- 1) изобразите в виде скульптуры (картины, песни), что мы делали сегодня на занятии;
- 2) театр одного актера: изобразите пантомимой ваше состояние на начало занятия и на конец занятия;
- 3) покажите мимикой (жестами), насколько полезная была сегодня для вас информация.

• **Письменная (для школьного возраста).** Например, участникам занятия предлагаются вопросы для ответа:

- 1) Что вы делали на занятии?
- 2) С какой целью вы это делали?
- 3) Что особенно вам понравилось и запомнилось?
- 4) Где вы можете применить полученную информацию?
- 5) Какие изменения произошли у вас, в вашей душе, вашем теле, вашем сознании?
- 6) Кого из членов группы (класса) вы хотите поблагодарить за занятие?
- 7) Какие пожелание, предложения на будущее у вас есть?

Другая серия вопросов:

- 1) Как изменилось мое состояние с начала занятия?
- 2) Что мне помогало работать?
- 3) Что мешало на занятии?
- 4) Мои предложения и пожелания на будущее.
- 5) Я очень рад(а), что...

• **Художественная.** Например: изобразите с помощью (цвета, рисунка, графики, формы, линии и т. п.) ваше состояние на начало занятия, сравните его с состоянием на конец занятия, почему вы выбрали именно этот цвет (форму)?

Темы для рисования могут охватывать как индивидуальные, так и общегрупповые проблемы. Например:

1) Собственное прошлое и настоящее (для взрослых): «Моя самая главная проблема в общении с детьми», «Ситуации в жизни, в которых я чувствую себя неуверенно», «Я и дети», «Мой обычный день» и т. д.

2) Будущее или абстрактные понятия: «Три желания», «Одиночество», «Страх», «Любовь», «Зависть», «Ненависть» и т. п.

3) Отношения в группе: «Что мне дала группа, а я ей», «Что мне не нравится или кто мне не нравится в группе» и т. п.

• **Тематическая.** Например: «Анализ года» (проводится в конце годовичного цикла занятий):

- 1) Какие из занятий, которые вы посетили в течение года, вам:
 - а) особенно запомнились;
 - б) были особенно полезны;
 - в) имели для вас практическую ценность;
 - г) очень не понравились?
- 2) Для родителей: Какие изменения произошли в вашем ребенке в течение года, что вы заметили:
 - а) изменения в физическом состоянии ребенка;
 - б) изменения в психо-эмоциональной сфере ребенка;
 - в) изменения во внутрисемейных отношениях;
 - г) изменения в вашем отношении к ребенку, к его особенностям, поведению и т. д.?

3) Кого бы из участников группы вы хотели поблагодарить за встречи в течение года?
4) Хотели бы вы продолжить работу в следующем году? Какие пожелания, предложения у вас есть?

5) Что бы вы хотели изменить, что сохранить, в какой информации, в каких знаниях у вас есть потребность?

Портрет группы (класса):

- 1) Что я больше всего ценю в группе (в нашем классе).
- 2) Что бы я хотел изменить в ней.
- 3) Каким я вижу будущее нашей группы (нашего класса).
- 4) К чему нам всем надо стремиться.
- 5) Как я отношусь к членам группы (одноклассникам) – можно слово для каждого.

Технология развивающейся кооперации (ТРК)

Технология развивающейся кооперации в нашем варианте также рассматривается как коррекционная технология. Опишем ее поэтапно для более точного использования с детьми и взрослыми.

Задачи ТРК:

- 1) развитие мыслительных процессов;
- 2) развитие умения работать в паре и в группе;
- 3) развитие творческих способностей;
- 4) развитие умения принимать, понимать мнение другого человека;
- 5) развитие нестандартных форм общения и обучения.

Технология работы складывается из пяти этапов:

Первый этап: индивидуальный продукт каждого (на листе бумаги нужно ответить на три вопроса словами и рисунком: например: 1) Кто Я? 2) Из чего Я? 3) Для чего Я нужен?). На этот этап отводится 15–20 мин. Вопросы подбираются на усмотрение педагога, но их должно быть не более четырех, и они могут быть из самых разных областей знаний – математика, русский язык, география, анатомия. «Научные» ответы на эти вопросы дети могут и не знать, но они должны ответить так, как на данный момент они представляют себе ответы на эти вопросы.

Второй этап: работа в парах или микрогруппах по два-три человека – 10–15 мин. Задача участников – объединить индивидуальные ответы на вопросы и записать один общий ответ на каждый из вопросов (т. е. дети объединяют свои мнения, результатом чего является более полный ответ на конкретный вопрос). На этом этапе вводятся нормы (или правила) общения:

- Разрешается дополнять, развивать, расширять высказывания партнеров.
- Запрещается отрицать, выбрасывать любую часть продукта партнера, нельзя говорить слов с отрицательным значением («Нет», «Не годится», «Не нравится» и т. п.).

Третий этап: работа вчетвером или в малых группах по пять-семь человек. Задача этапа идентична: участники продолжают объединять свои мнения и стараются дать как можно более полный ответ на каждый вопрос, работая по тем же правилам. Здесь появляется самопроизвольное распределение ролей в работе (с учетом норм общения: «секретарь», «контролер времени», «режиссер», «ведущий», «диктор» и т. п.).

Четвертый этап: работа в группах по 8 человек (или работа в средней группе от 7 до 12 человек). Задача и правила работы сохраняются.

Пятый этап: завершающий, работа с группой в 16 человек (но не более 20 в одной группе). Участники объединяют ответы на вопросы и готовятся к защите своего «группового» варианта ответа на вопросы.

Заключительный этап – публичное выступление групп. Каждая группа готовит «доклад» – обнародование своих результатов, при этом каждая группа должна:

- дать своей группе название и девиз;
- суметь так объяснить коллективный продукт, чтобы прозвучала уникальность каждого члена группы и результаты всех ступеней согласования (без потери даже одного мнения);
- представить рисунок или картину образов всех участников группы.

Желательно все результаты представить еще и в действии – пантомиме, сценке, персонажах и других видах.

21. Особенности семейного воспитания детей с проблемами в развитии

План лекции

1. Цели и задачи семейного воспитания.
2. Значение родительской любви в жизни человека.
3. Уровни сформированности «Образа Я Родителя».
4. Семейные и коллективные игры на развитие внимания, памяти, наблюдательности.
5. Примеры некоторых совместных игр и упражнений для эмоционального сближения ребенка и взрослых.

Цели и задачи семейного и общественного воспитания детей едины. И родители (социально сохраненные) желают, чтобы их дети выросли всесторонне развитыми, гармонически сочетающими в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство. Однако осуществить это желание весьма сложно. Здесь родителям необходима помощь со стороны общества: такая помощь предусмотрена Конституцией РФ и другими государственными документами, где указывается, что важную роль в улучшении семейного воспитания сыграет развертывание системы педагогического всеобуча родителей.

Особое значение в процессе семейного воспитания младшего школьника имеет связь семьи с образовательным учреждением. Чтобы сам уклад семьи был организован педагогически правильно, учителя и педагоги, если есть в этом необходимость, должны дать родителям в тактичной форме советы по оборудованию уголка ребенка, установлению определенного режима работы в домашнем хозяйстве, использованию средств культуры, по участию родителей в общественной работе, по организации досуга семьи и многим другим вопросам семейной жизни.

Эффективность всей работы по совершенствованию семейного воспитания повышается, если при этом выполняются следующие условия: образовательное учреждение (школа) систематически использует весь комплекс указанных выше путей позитивного воздействия на процесс семейного воспитания; коллектив педагогов глубоко осознает этико-педагогические требования к стилю взаимодействия с семьей; органы и общеобразовательные учреждения сами инициаторы широкого и постоянного привлечения к этой работе общественности, всячески поощряют ее деятельность.

Особое значение семейное воспитание приобретает при воспитании детей с отклонениями в развитии.

Грамотное воспитание ребенка с отклонениями в развитии возможно только в том случае, если родители и педагоги понимают его проблемы и при этом семья, и особенно родители, сохраняет душевное равновесие. Только спокойные, любящие своего ребенка родители становятся активными помощниками педагогу и прежде всего своему ребенку.

Для развития здорового и особенно больного ребенка большое значение имеет его общение с матерью, в ходе которого у ребенка формируется эмоционально-коммуникативное поведение, имеющее важное значение для всего дальнейшего психического развития.

Рождение ослабленного, больного ребенка, как правило, изменяет уклад и психологический климат в семье. Все члены семьи, и особенно мать, находятся в состоянии эмоционального стресса. Состояние длительного стресса приводит к повышенной раздражительности членов семьи, нарушению взаимоотношений между супругами, что крайне неблагоприятно отражается на психическом здоровье ребенка.

Длительный эмоциональный стресс, который испытывают родители ребенка с ограниченными возможностями, формирует определенные особенности их личности, такие как повышенная чувствительность и тревожность, неуверенность в себе, внутренняя противоре-

чивость. Родители скованны, напряжены, они редко улыбаются, крайне непоследовательны в общении с собственным ребенком. Все это мешает установлению нормальных внутрисемейных взаимоотношений. В результате в этой ситуации не только затруднено проведение лечебно-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию имеющихся нарушений и отклонений в развитии, но у ребенка еще и формируются вторичные невротические реакции, он может вырасти нервным, возбудимым, у него могут еще в большей степени проявляться отставание в развитии, особенно задерживается развитие речи и моторики.

Для того чтобы родители могли быть хорошими помощниками педагогу, важно, чтобы они не замыкались в своем горе, а оставались активными членами общества, постепенно вводили в него ребенка, расширяли его контакты с окружающим миром. Важно, чтобы особый ребенок не чувствовал своей исключительности или обделенности. Также необходимо, чтобы мать не чувствовала себя виноватой или неполноценной, оставалась привлекательной и общительной, сохраняла свои интересы и увлечения, знакомых и друзей.

В процессе воспитания детей с нарушениями в развитии важную роль играет правильное отношение родителей к проблемному ребенку. Опыт работы педагогов образовательных учреждений показывает, что одни родители чрезмерно опекают больного ребенка, предугадывают его малейшие желания, выполняют любые требования и даже капризы. Такое отношение родителей создает почву для возникновения у детей таких нежелательных черт характера, как капризность, упрямство, пассивность, безразличие и безучастность ко всему происходящему вокруг.

В этих случаях у детей резко снижается потребность в речевом общении, в овладении навыками самообслуживания, желании заниматься игровой, учебной и любой другой деятельностью.

Таким образом, родители, имея самые добрые побуждения, должны стараться максимально помочь своему ребенку, но чрезмерная гиперопека приносит ему зачастую непоправимый вред.

Другие родители, наоборот, занимают неоправданно жесткую позицию в воспитании ребенка с нарушениями в развитии. Эти родители требуют от ребенка неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, распоряжений, не учитывая при этом его психических и физических возможностей. Нередко при невыполнении ребенком этих требований прибегают к наказаниям. В результате подобного поведения родителей у детей возникают излишняя пассивность, раздражительность, повышенная возбудимость, что еще больше ухудшает физическое и психическое состояние. Как следствие, у детей отмечается расстройство сна, недержание мочи, подергивания в различных частях тела и даже возникновение судорог.

Для создания благоприятных условий воспитания в семье родителям прежде всего необходимо знать особенности заболевания и развития ребенка, а также его возможности выполнять те или иные задания, упражнения и т. д. Большое значение имеет правильный распорядок дня: строгое соблюдение режима питания и сна, чередование занятий с отдыхом и прогулками, умеренный просмотр телепередач. Немаловажную роль в воспитании детей играет организация систематических, целенаправленных занятий по развитию речи и двигательных навыков и умений. Наличие определенного порядка создает условия, при которых у ребенка нет оснований для капризов, для отказа подчиняться ряду установленных требований. Постепенно он упражняется в умении сдерживаться и регулировать свое поведение. При упорядоченной жизни ребенка расширяется его кругозор, обогащается память, формируется наблюдательность. Ежедневно перед ребенком возникают различные проблемы, решить которые можно только при активном использовании своих умственных и физических возможностей, формирующихся на специализированных занятиях и в быту.

Помимо выработки правильного отношения к больному ребенку у самих родителей и соблюдения ими вышеперечисленных требований огромное значение имеет формирование у детей с нарушениями в развитии адекватной самооценки, адекватного отношения к дефекту и развитие у них необходимых в жизни волевых качеств.

По отношению к дефекту и оценке своих возможностей детей с ограниченными возможностями можно условно разделить на две группы:

1. Одни дети осознают, что у них тяжелое заболевание, не позволяющее им или двигаться, бегать, или овладевать речевыми и двигательными навыками в той мере, в какой это делают их здоровые сверстники.

Такие дети отчетливо понимают, что их успешное развитие, преодоление физических и психических затруднений находится в прямой зависимости от их настойчивости. Невзирая на физический дискомфорт, болевые ощущения, они охотно ходят на занятия ЛФК, принимают физиотерапевтические процедуры, занимаются с логопедом. Дома эти дети выполняют все рекомендации специалистов. Их отличает постоянное стремление овладеть все более сложными навыками и умениями, им свойственна адекватная оценка достигнутых успехов.

2. Другие дети, также ясно осознающие тяжесть своего заболевания, однако проявляют крайний негативизм и не стремятся преодолеть свой недуг. Для включения их в активную деятельность требуется большое участие взрослых. Родители должны умело формировать мотивационную сторону поведения и интерес к занятиям по овладению двигательными и речевыми навыками, другими видами деятельности. Формирование активных качеств личности в условиях семьи следует начинать с таких видов деятельности, как игра и элементарный труд. Включение труда в жизнь ребенка после 3–4 лет и систематическое развитие трудовых навыков в дальнейшем положительно сказывается на всем образе жизни особого ребенка, формирует его умственные, физические и моральные качества. При организации игровой, учебной и трудовой деятельности родителям нужно разъяснять ребенку их значение и смысл, наглядно демонстрировать их конечный результат. Это побуждает ребенка к проведению игр, учебным занятиям и посильному участию в домашнем труде.

В процессе игровой, учебной и трудовой деятельности дети учатся выполнять требования и инструкции взрослых, считаться с интересами окружающих, доводить начатое дело до конца. Если ребенок не хочет выполнять то или иное действие, важно добиться от него осознания цели выполняемого действия путем подсказки со стороны взрослых.

В ходе усвоения нового действия родители должны постоянно оказывать ребенку помощь. Варианты помощи меняются в зависимости от возраста ребенка. В младшем школьном возрасте родителям рекомендуется сопровождать показ, действие словесной инструкцией, объяснением материала или действия.

В одних случаях родители побуждают ребенка думать, каким способом лучше выполнять то или иное задание, в других – предлагают просмотреть все возможные способы выполнения задания и выбрать наиболее рациональный. Постепенно требования к ребенку повышаются, предлагаемые задания усложняются, что способствует развитию у него волевых качеств.

Родителям необходимо помнить, что переход к решению более трудных задач возможен лишь при условии, если ребенок поверил в свои возможности, и его не останавливают отдельные временные неудачи. Постепенное усложнение задач, доступных ребенку, воспитывает в нем упорство и настойчивость. При этом для формирования у детей адекватной самооценки взрослые должны постоянно оценивать результаты их деятельности, особенно в случаях, когда ребенок очень старался и приложил много усилий.

Большое значение для развития ребенка с нарушениями в развитии имеет активное включение его в повседневную жизнь семьи. Несмотря на двигательные и речевые нарушения разной степени выраженности (но с учетом их), ребенок должен в качестве равноправ-

ного члена семьи принимать посильное участие в домашних делах и заботах. Важно, чтобы ребенок не только обслуживал себя, но и постоянно имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих, – помочь накрыть на стол, убрать посуду и т. д. В результате у него появляются интерес к труду, чувство радости, что он может быть полезен старшим, уверенность в своих силах, а также выполнение домашних дел способствует сглаживанию ощущения ущербности и развитию положительных сторон его личности.

В ходе деятельности расширяется кругозор ребенка, развивается его интеллект. Многие родители, боясь, что ребенок упадет, уронит посуду, обольется или неправильно оденется, не дают ему ничего делать самостоятельно. Это приводит к тому, что он растет пассивным, вялым. Он отказывается от выполнения задания, не может соблюдать правила коллективных игр. Таким образом, желая избавить ребенка от трудностей, постоянно опекая его, оберегая от всего, что может огорчить, родители тем самым ставят своего ребенка в трудное положение на многие годы.

Часто в семьях, где кроме ребенка с отклонениями в развитии есть и полноценные, здоровые дети, складываются неправильные отношения в целом. Нередко здоровому ребенку в таких семьях уделяют мало внимания. От него требуют, чтобы он всегда уступал больному, опекая его, не реагировал и не жаловался на его неадекватные поступки. Все это неблагоприятно отражается на развитии личности как больного, так и здорового ребенка, а также на психологическом климате семьи.

Совершенно недопустима и раздражительность взрослых по отношению к больному ребенку. Родители не должны кричать по пустякам на ребенка, несправедливо наказывать его, ставя при этом в пример здорового брата или сестру и не учитывая при этом ограниченные возможности больного малыша.

Для психически неустойчивого ребенка вредны частые посещения гостей, эмоциональное возбуждение перед сном. Вечером, когда вся семья собирается дома, он перевозбуждается, быстро устает, у него усиливаются насильственные движения, нарастает общее беспокойство. Чтобы успокоить ребенка, полезно с ним погулять, переключить его на более спокойную деятельность. Только постоянное соблюдение режима и правильное воспитание способствуют укреплению нервной системы проблемного ребенка.

Необходимо также, чтобы ребенок начинал принимать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей особенности, к своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит родителям: именно у них ребенок будет заимствовать оценку и представление о себе и о своей болезни. В зависимости от реакции и поведения родителей он будет рассматривать себя как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или, наоборот, как человека, вполне способного достичь каких-то успехов. Родители должны понять сами и внушить ребенку, что болезнь лишь одна из сторон его личности, что у него есть много других качеств и достоинств, которые надо развивать. Ни в коем случае родители не должны стыдиться больного ребенка, тогда и он сам не будет стыдиться своей болезни, не будет уходить в себя, в свое одиночество. Он станет с удовольствием выполнять посильную работу и радоваться тому, чего достигает. Это даст ребенку возможность вести спокойную, богатую впечатлениями и положительными переживаниями полноценную жизнь.

Уделяя особое внимание проблеме семейного воспитания детей с нарушениями в развитии, необходимо также отметить значение представления взрослого о себе как о родителе (или их «Образ Я Родителя»), компонентами которого являются: родительская любовь, социальная роль родителей и родительская позиция.

Под **родительской любовью** психологи и педагоги понимают двустороннее отношение, предполагающее двух участников – родителя и ребенка, которых связывает взаимопонимание, взаимоуважение и взаимная симпатия. Родительская любовь как совокупность

чувств родителей по отношению к своим детям никогда не принадлежит кому-то одному из них. По определению А. Фромма, родительская любовь – это постоянное *проявление «притяжения» и нежности в отношениях родителей* («отца-мужчины» и «матери-женщины») не только к своим «кровным» детям, но и друг к другу.

Исследования Г.Т. Хоментausкаса показывают, что ребенок чувствует любовь родителя и родитель воспринимает себя любимым, любящим в том случае, если: 1) родитель умеет доступно выражать свои чувства ребенку; 2) ребенок соответственно понимает своего родителя; 3) родитель понимает внутреннее состояние ребенка и способен воспринять выражаемые ребенком чувства любви, привязанности.

Сформированное и осознанное чувство родительской любви может проявляться у человека не только по отношению к своему ребенку, но также и к другим детям, другим людям. Из этого следует, что родительская любовь может быть сформирована у человека, который физически не является отцом или матерью (в силу различных обстоятельств), так как в основе родительской любви лежит способность личности к безусловной любви.

Проявляется родительская любовь, во-первых, в постоянном физическом общении с ребенком, в уважении его желаний, в постоянном проявлении этого чувства по отношению к конкретному ребенку и в максимальном совместном времяпрепровождении. Во-вторых, в установлении глубокой душевной близости между родителем и ребенком, которая со временем становится все более прочной. В-третьих, в изменении характера ребенка, делая его более ласковым, добрым, приветливым, нежным и благородным по отношению к другим людям.

Таким образом, родительская любовь, основанная на симпатии, близости, уважении, – это «достояние и творение родителей и ребенка. Как и каждое творение, оно не падает с неба, оно есть результат каждодневного общения и усилий понять друг друга».

На любовь родителя к собственному ребенку оказывают непосредственное влияние его индивидуальные личностные качества, которые определяются природными задатками индивида и проявляются в способностях родителя (в частности, в педагогических) и знаниях, умениях, навыках человека области родительства. На родительскую любовь также влияет тип родительской семьи и характер супружеских внутрисемейных отношений человека.

Размышляя о **социальной роли родителя**, отметим два ее ведущих аспекта, во-первых, данное понятие психологическое; во-вторых, оно тесно взаимосвязано с понятием «родительская позиция». Рассмотрим первый аспект. На протяжении всей жизни человек играет или выполняет различные социальные роли. Так, после рождения ребенка женщина становится матерью, а мужчина – отцом, т. е. они начинают «исполнять» роль родителей по отношению к своему ребенку. Данная роль «активно играет» до тех пор, пока дети нуждаются в опеке старших, но за этот период времени человек так входит в свою роль, что она становится его сутью. По исследованию В. Сатира, родители могут выступать в ролях трех видов: «начальника», «руководителя и наставника» и «товарища». Для некоторых людей, по мнению В. Сатира, разделения роли не существует. Самая результативная с точки зрения воспитания роль родителя – наставник. Это значит быть твердым, добрым, воодушевленным, понимающим человеком, постоянно чувствовать любовь к детям и руководствоваться реальностью, а не стремлением проявить власть.

Второй аспект понятия «социальная роль родителя» непосредственно взаимосвязан с понятием «родительская позиция». Человек, существуя в социуме, выполняет в своей жизни различные социальные функции, в том числе и функцию родительства, началом реализации которой служит рождение собственного ребенка.

Родительской позицией по отношению к ребенку или воспитательной позицией родителей М. Земская называет характер эмоционального отношения отца и матери к ребенку.

Воспитательная родительская позиция – это один из важнейших факторов, формирующих личность ребенка.

В педагогической научной практике существует такое понятие, как «Образ Я Родителя», – *динамичное (т. е. способное к изменениям) представление человека о себе как о воспитателе родных или неродных детей, имеющее тенденцию к развитию с возрастом человека.*

Исследователи выделили три уровня сформированности «Образа Я Родителя»:

1-й уровень – **целенаправленный** (высокий);

2-й уровень — **осознанный** (средний);

3-й уровень – **стихийный** (низкий).

Каждый родитель может провести самодиагностику и оценить у себя уровень сформированности «Образа Я Родителя» по предложенным ниже критериям и признакам.

Высокий уровень, или целенаправленный, означает, что человек полностью осознает роль и значение родительства в своей личной жизни и в жизни общества, владеет необходимым и достаточным комплексом родительских знаний и умений, имеет практические навыки работы с детьми, получает радость от общения с детьми, имеет собственную семью и детей или осознает свою готовность к рождению и воспитанию собственных детей, имеет высокосформированные наблюдательность, ответственность, уравновешенность, образованность, контактность, готовность к любви и творческое мышление, а также испытывает потребность постоянно повышать свой уровень знаний и совершенствовать умения из области родительства.

Средний уровень, или осознанный, предполагает, что человек в определенной степени осознает важность родительской ответственности, задумывается о себе как о родителе и воспитателе собственных детей, проектирует свое родительское будущее, интересуется проблемами и научно-публицистической литературой о воспитании и развитии детей разного возраста; человек хочет иметь или уже имеет собственную семью и детей.

Низкий, или стихийный, уровень сформированности «Образа Я Родителя» означает, что человек имеет представления о себе как о родителе только из опыта своего проживания в родительской семье или из опыта, полученного в результате наблюдения окружающей жизни; знания и умения из области родительства получены человеком стихийно, поэтому они недостаточно полные и обширные; как правило, человек не задумывается о себе как о будущем (или настоящем) родителе, его мало интересуют вопросы, связанные с воспитанием и развитием детей.

Таким образом, можно сделать вывод, что родители являются отправной точкой развития ребенка с нарушениями в развитии. Только с помощью родителей (их любовью, терпением, выдержкой, добротой) можно помочь ребенку преодолеть свой недуг как в физическом, так и в психическом плане. Работа педагогов образовательных учреждений будет наиболее эффективной и целесообразной только при полноценном и целенаправленном сотрудничестве семьи и школы.

Семейные и коллективные игры на развитие внимания, памяти, наблюдательности

1. **«Час веселых переодеваний».** Игра развивает наблюдательность, снимает напряженность.

Кто-нибудь из взрослых выходит из комнаты, где находятся все играющие, и старается быстрее изменить что-нибудь в своей внешности, берет в руки какой-нибудь предмет, вкладывает в карман газету, необычно сутулится и т. п. Подготовившись таким образом, он входит в комнату, где его ждут играющие. Каждый старается поскорее уловить, что же изменилось во внешнем виде ведущего. Победителем становится тот, кто больше других отметил

изменений, не замеченных остальными (например, ведущий снял часы с руки, вынул край носового платка из кармана).

2. **«Что здесь изображено?»** Игра развивает наблюдательность, внимание, логическое мышление.

В середине листа бумаги вырезается кружок величиной с пятак. Ведущий подбирает картинку размером не более 15 х 15 см и прикрывает этим листом. Играющие могут рассматривать картинку только через это отверстие, не поднимая листа, а лишь перемещая его по картинке. Все рассматривают ее одновременно, но каждый может двигать лист в течение одной минуты, затем ведущий предлагает, чтобы один игрок подробно рассказал, что нарисовано на картинке, остальные дополняют и исправляют его. Победителем становится тот, кто правильнее и подробнее рассказал содержание картинки.

3. **«Запрещенное движение».** Игра имеет четкие правила, поэтому она дисциплинирует, развивает внимание, быстроту реакции и вызывает положительные эмоции.

Дети стоят лицом к ведущему. Под музыку они повторяют движения, которые показывает ведущий. Затем выбирается одно движение, которое запрещено выполнять, даже если ведущий его показывает. Тот, кто случайно повторит его, выходит из игры. Второй вариант: ведущий называет вслух цифры. Играющие повторяют их хором, кроме одной, повторять которую запрещено. Когда ведущий называет запрещенную цифру, дети должны просто хлопнуть в ладоши.

4. **«Кричалки – шепталки – молчалки».** Игра регулирует поведение возбужденных детей, вызывает волевую саморегуляцию, наблюдательность.

Материал: из разноцветного картона сделать три силуэта ладони – красный, желтый, синий. Это сигналы. Если взрослый поднимает красную ладонь – «Кричалку», можно бегать, кричать и шуметь. Если желтую ладонь – «Шепталку», то можно тихо передвигаться и шептаться. Синюю ладонь – «Молчалку» – дети должны замереть на месте и замолчать.

5. **«Менялки».** Игра вносит оживление, развивает социальную адаптацию и коммуникативные навыки, тренирует наблюдательность.

Участники садятся в круг, выбирают ведущего, который встает и выносит свой стул за круг. Далее ведущий говорит: «Меняются те, у кого... (светлые волосы, бантик на голове и т. д.)». Имеющие данный признак должны быстро встать и поменяться местами. В это время ведущий старается занять свободное место. Участник игры, оставшийся без стула, становится ведущим.

6. **«Пишущая машинка».** Игра развивает волевое внимание, быстроту реакции, вызывает положительные эмоции.

Каждому играющему присваивается одна или несколько букв алфавита. Затем придумывается одно слово или фраза из двух-трех слов. По сигналу дети начинают «печатать»: первая «буква» хлопают в ладоши, затем вторая и т. д. Когда все слово будет «напечатано», дети вместе хлопают в ладоши.

7. **«Художник».** Игра развивает наблюдательность, память.

Ребенок играет роль художника. Он внимательно рассматривает того, кого будет рисовать, затем отворачивается и дает его подробный словесный портрет.

8. **«Пожалуйста».** Игра развивает внимание, связанное с координацией слухового и двигательного анализаторов, вызывает положительные эмоции.

Все участники вместе с ведущим становятся в круг. Ведущий объясняет, что он будет показывать различные движения (танцевальные, мимические, шуточные и т. д.), а играющие должны их повторять лишь в том случае, если он к показу добавит слово «пожалуйста». Кто ошибется, выходит на середину и выполняет какое-нибудь задание, например, попрыгать на одной ноге, улыбнуться и т. п.

9. **«Что нового».** Игра развивает умение концентрировать внимание на деталях.

Взрослый рисует мелом на доске любую геометрическую фигуру. Затем пририсовывает какую-либо часть, создавая картинку. Глаза ребенка закрыты. Открыв их по команде взрослого, ребенок говорит, что изменилось. И так далее. Чем дольше длится игра, тем сложнее искать новые детали.

10. «Продолжи фразу». Игра для тренировки памяти.

Играющие строят предложение, повторяя сказанное предыдущими игроками и добавляя свое слово. Для ребенка с СДВГ удержать в памяти предложение из 8—10 слов – огромное достижение.

Разумное количество времени, проведенное за специальной компьютерной игрой, может быть использовано с коррекционной целью для тренировки внимания и мелкой моторики рук. Использование компьютера уместно еще и потому, что особенностью ребенка с проблемами в развитии является мотивация: если ему это интересно или что-то хорошо получается, то такими действиями он может заниматься часами напролет. Поэтому через компьютерные игры имеется хорошая возможность для коррекции поведения, внимания и эмоций ребенка. Оговоримся, что количество времени, проведенное у монитора, должно быть разумным.

Примеры некоторых совместных игр и упражнений для эмоционального сближения ребенка и взрослых

Цель игр: обогатить ребенка разнообразными эмоциональными ощущениями, снять напряжение, агрессивность, способствовать гармонизации отношений и установлению взаимопонимания между ребенком и взрослыми, способствовать формированию чувства эмпатии.

«Расскажи стихи руками». Взрослый и ребенок по очереди и вместе пытаются различными движениями рук с использованием мимики и пантомимы передать содержание, какого-либо стихотворения.

«Попробуй показать, попробуй угадать». Изображение по очереди взрослым и ребенком с помощью мимики, интонации голоса и другими средствами действий с различными предметами (например, съесть кислый лимон, поднять тяжелый чемодан и т. д.).

«Ласковые лапки». Взрослый кладет на стол 6–7 мелких предметов различной структуры, например кусочек бумаги, кисточку, стеклянный пузырек, бусы, вату и т. д. Ребенку предлагается оголить руку по локоть; объясняется, что по руке будет ходить «зверек» и касаться «ласковыми лапками». Нужно с закрытыми глазами угадать, какой «зверек» прикасался к руке, т. е. отгадать предмет. Прикосновения должны быть приятными, поглаживающими. Варианты игры: зверек прикасается к щеке, колену, ладони.

«В тридевятом царстве». Взрослый и ребенок, прочитав какую-либо сказку, рисуют ее на большом листе бумаги, изобразив героев и события. Затем взрослый просит ребенка отметить на рисунке, где бы он (ребенок) хотел оказаться и что бы делал. Взрослый в процессе рисования задает вопросы: «А что бы ты ответил герою сказки, если бы он спросил тебя...? Что бы ты сделал на месте героя?» и т. д.

«Жмурки на честность». Игра представляет собой обычные жмурки, но глаза ребенку не завязывают, он их просто закрывает. Ребенку, чтобы оправдать высокое звание честного человека, придется контролировать себя, подавляя желание подглядеть за играющими. Наградой служит эмоциональное поощрение со стороны взрослого.

Относительно недавно появилась **игра в пазлы**. С позиции рассматриваемой проблемы данная игра способна решить очень многие задачи: эмоционально сблизит ребенка и взрослых, учит ребенка удерживать внимание усилием воли, развивает координацию, мелкую моторику рук, способствует развитию образного мышления. Кроме того, по мнению психологов и педагогов, это совсем неагрессивная игра, которая позволяет родителям вовремя заметить психологические трудности у ребенка: плохое знание цвета, неумение различать формы и размеры. Английское слово «пазл» означает «составная картинка». Играю-

щий должен соединить части репродукции или фотографии так, чтобы получилась цельная картина. Но, прежде чем приобретать составную картинку, нужно оценить, соответствует ли игра возрасту и развитию ребенка. Если она окажется легкой и неинтересной, ребенок заскучает, а чересчур сложный пазл может понизить самооценку ребенка. Не следует допускать, чтобы дома в игре ребенок не имел успеха.

22. Лечебно-педагогические методы коррекции

План лекции

1. Методы общепедагогического влияния (для всех видов недостатков характера, всех категорий детской исключительности).
2. Специально педагогические методы.
3. Метод коррекции через труд.
4. Метод коррекции путем рациональной организации детского коллектива.
5. Психотерапевтические методы коррекции.
6. Коррекция сексуальных ненормальностей.
7. Коррективное воспитание в семье.

Данные методы и способы коррекции, которые описал в своих трудах В.П. Кащенко, предполагают коррекцию *ненормальности поведения*, в частности «...склонность к праздничеству – бродяжничеству, лживость, образование шаек с вожакими, обостренную сексуальную жизнь, колебания в аффективной сфере, агрессивность и связанную с ней антисоциальность».

1. Методы общепедагогического влияния (для всех видов недостатков характера, всех категорий детской исключительности)

1. Коррекция активно-волевых дефектов (слабоволие – причина многих отклонений поведения). Воля – социально-экономически и биологически обусловленные поступки человека.

Укрепление воли возможно следующими приемами:

- положительный пример человека с твердой волей;
 - лишение ребенка плохо переносимого разнообразия (городского шума, многоцветие), центрирование склонностей, развитие внимания, углубление и расширение взгляда на вещи;
 - создание условий (делает что хочет, но при внимании взрослых) для проявления индивидуальности, т. е. через насыщение любимым делом подойти к личному удовлетворению и к выполнению «нелюбимой» работы;
 - соблюдение дозировки всякой работы и постепенное увеличение нагрузки на ребенка;
 - интересно обставленный труд с желательным достижением поставленной цели и как следствие – самовоспитание и самообладание;
 - формирование стойкости и мужества перед естественными неудачами жизни. *Если первая неудача сбивает с пути – это жертва воспитания;*
 - физическое воспитание: естественные движения, подвижные игры, танцевальность – физическое оздоровление и исправление слабости характера, развитие выносливости, выдержки, решительности, смелости;
 - разнообразные физический и умственный труд, как следствие – радость от сделанного;
 - решение усложняющихся, но доступных задач разной трудности;
 - гидротерапия;
 - соблюдение лечебно-педагогического режима (как источник накопления психической энергии) и комплексный подход к ребенку со стороны учителя, родителей и других взрослых;
 - психотерапия (но исключительно умело!).
- 2. Коррекция страха. Задача – развить искусство самообладания:**
- устранение внешних поводов страха;
 - создание для ребенка возможности откровенно делиться своими переживаниями;

- произвольное вызывание припадков страха (резкий шум, темнота), пока ребенок не привыкнет к этому;

- спокойное убеждение, уговор.

3. Метод игнорирования:

- не показывать детям, что в них видят исключительность;
- не делать ребенка центром внимания, кажущееся невнимание ведет к подавлению проявлений;

- ребенок не должен знать, что его считают ненормальным;

- комплексное выполнение данного метода.

4. Метод культуры здорового смеха. Смех, радость – физиологически оживляют весь организм, оздоравливают душу, питают разум:

- создание вокруг ребенка радостной атмосферы;
- здоровый смех – лекарство;
- специальный подбор книг для чтения;
- хотя бы один «смеющийся учитель», который может «заразить» смехом;
- создание своего классного (семейного) цирка;
- шутки, загадки, прибаутки;
- но, смех должен быть без сарказма.

5. Действия при сильном возбуждении ребенка:

- спокойное течение жизни (семьи);
- строгий распорядок дня;
- хороший пример;
- дозированное участие в игре, спорте;
- важно! психическое влияние взрослых на ребенка;
- изоляция, постельный режим при длительном приступе (обертывание, обтирание);
- ограждение возбужденного ребенка от окружающих, с целью его безопасности;
- максимальное уделение внимания: сделать вид, что ребенок болен, поставить градусник;

- игнорирование припадков, но не оставлять без присмотра, так как возможен суицид;
- при успокоении возможен метод беседы;
- ИЗОтерапия (от индивидуальной к групповой);
- танцевальное творчество.

6. Коррекция рассеянности. В данном случае важно выяснить причину рассеянности. Постоянная отвлеченность может быть следствием интенсивной сосредоточенности, переживания страха, недомогания, болезни:

- концентрирование поведения ребенка;
- целенаправленная организация деятельности.

7. Коррекция застенчивости:

- создание ситуаций для общения с людьми;
- создание системы поручений;
- усложняющиеся задания дома и вне его;
- приобретение доверия ребенка.

8. Коррекция бродяжничества (только индивидуально!):

- воспитание через коллектив: ребенок должен быть значимым!
- умственный и физический труд;
- организованный досуг;
- творческие дела, игры;
- разнообразие жизни.

9. Самокоррекция:

- приучать осознавать и понимать свои недостатки, слабости и достоинства;
- создавать сознательное стремление к усилению своих хороших качеств;
- провоцировать ситуации, в которых ребенок будет бороться со своими недостатками;
- беседовать и убеждать, что *если стараться, то можно стать другим*;
- согласовать тактику действий со всеми лицами, окружающими ребенка;
- проживать групповые социально-педагогические тренинги.

2. Специально педагогические методы

1. Коррекция детской скороспелости:

- изменить воспитание;
- отказаться от «занимания» ребенка взрослыми;
- поменьше нянчиться с ребенком, его воспитывать;
- не мешать, не препятствовать и искусственно не ускорять естественное развитие;
- учитель – осторожный врач.

2. Исправление истеричного характера:

- родители должны быть спокойны, объективны, «золотая середина»;
- изменить атмосферу окружения ребенка (надо сменить пространство), перемена обстановки должна успокоить ребенка, его нервную систему;
- личное влияние учителя, родителей: *успех зависит от того, кто лечит, работает и живет с ребенком*;
- истеричные верят в силу авторитета (учителя, врача);
- метод игнорирования (не обращать внимание на то, что ребенок «болен»);
- метод мнимой (фиктивной) коррекции;
- поставить градусник,
- если выпьешь лекарство, то будешь здоров (вместо лекарства – соленая или сладкая вода);
- лечение прерывистым током (безопасное, но чувствительное);
- метод «ошеломления» – воздействие на ребенка путем энергичных требований и запретов.

3. Коррекция недостатков поведения единственных детей:

- создание около ребенка здоровой физической и психологической среды;
- воспитание в коллективе детей;
- индивидуально-педагогическое влияние;
- поменьше «возиться» и «носиться» с ребенком.

4. Исцеление нервного характера. Важно телесное здоровье, необходимо выявить причину невроза:

- пересмотреть условия жизни ребенка: дыхание, питание, движение, сон;
- физическое воспитание (игры, экскурсии, спорт);
- одобрение ребенка со стороны окружающих, взрослых – *ребенок должен верить в себя*;
- влияние личного примера;
- ласка, авторитетное энергичное слово;
- игнорирование (комплексное);
- медицинская проверка на заболевания;
- водолечебные процедуры (холодная вода, снег, баня, обтирания и др.);
- приемы психотерапевтического воздействия (специалистом!).

3. Метод коррекции через труд

Работа должна быть интересной и связанной с проявлением личной инициативы.

- Выработка в работе систематичности и выдержки (длительные задания).

- Отвлечение ребенка от нежелательных отрицательных интересов и замена их социально-полезными, развитие новых интересов.

- Развитие общей активности – общая трудовая обстановка должна повышать трудовой тонус (ребенок должен «заразиться» настроением коллектива).

- Важно разумно, систематично и дозированно применять «трудовую терапию».

4. Метод коррекции путем рациональной организации детского коллектива

При профессиональном применении данный метод имеет высокую эффективность, так как:

- ребенок вынужден подчиняться требованиям товарищей;
- коллектив приучает к законным формам взаимной конкуренции;
- в коллективе ребенок подражает другим детям;
- в коллективе успешно работают методика КТД (коллективно-творческих дел), технология развивающей кооперации (ТРК), деловые игры (ДИ).

5. Психотерапевтические методы коррекции

1. **Внушение и самовнушение.** Эффективной методики нет. Многое зависит от:

- чуткости внушающего (учитель, родитель, психотерапевт);
- значения личности внушающего для ребенка;
- знания, анализа и степени нарушения;
- симпатии и доверия ребенка к внушающему;
- живой, образной, детализированной речи человека, работающего с ребенком.

Дети воспринимают всё! Дети подражают друг другу. На склад личности в процессе ее формирования влияет:

- атмосфера дома;
- общий тон окружающих;
- учителя, взрослые (посторонние).

Предрасположенность к самовнушению есть у всех людей, но задача коррекции обернуть данную склонность на оздоровительный эффект.

2. **Гипноз.** Вызывается чисто психологическими приемами у всех «нормальных» людей, труднее у нервных, практически невозможно у психически больных. Гипнотерапию должен проводить только специалист!

3. Метод убеждения:

- психотерапия;
- диалог («душевные беседы» – задача: внушить здоровые воззрения);
- логическое убеждение.

4. **Психоанализ.** В данной области должен работать только специалист.

6. Коррекция сексуальных ненормальностей

- Оздоровление социальной среды, способствующей росту и становлению личности.
- Культивирование различных «нормальных» интересов, отвлечение ребенка от половых проявлений.

- Организация детского коллектива.
- Индивидуальный режим, игры, спорт.

7. Коррективное воспитание в семье

- Информированность родителей об отклонениях у ребенка (после всестороннего обследования).

- Организация здорового образа жизни: дыхание, водно-солевой обмен, питание, движение, отдых и т. д.

- Организация умственного и физического труда.
- Лечение ребенка по необходимости.

- Пересмотреть отношение к ребенку в семье: тактика родителей, их влияние на ребенка, любовь к ребенку в семье.

- Ознакомление родителей с методами коррекции различных отклонений.

Анализ взаимоотношений родителей и других членов семьи. Создание спокойной деловой атмосферы вокруг ребенка.

23. Коррекционная работа с «трудными детьми» и детьми «группы риска»

В образовательной практике существует такое понятие, как «трудные дети». Рассмотрим эту категорию детей с позиции коррекционной педагогики.

Признаки трудных детей:

- наличие отклоняющегося от нормы поведения;
- имеющиеся нарушения поведения трудно исправляются и корректируются;
- такие дети особенно нуждаются в индивидуальном подходе со стороны взрослых и внимании коллектива сверстников.

Трудные дети требуют особого внимания и участия окружающих!

Категория «педагогически запущенные дети» шире, чем категория «трудные дети», так как некоторые из детей поддаются воспитанию и коррективке личности.

Причины трудностей:

- «неправильные» межличностные отношения в семье;
- просчеты школы (ошибки диагностики, восприятия ребенка и т. п.);
- длительная изоляция от товарищей, сверстников;
- средовая (социальная) дезадаптация;
- стремление утвердить себя любым способом, в любой группе.

В педагогической практике также встречается и такое понятие, как **дети группы риска**.

К данной категории относятся дети, имеющие повышенный риск развития дезадаптивных форм нарушения поведения.

Впервые Швальбе предложил в 1927 г. термин «дизонтогенез» – отклонение внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Сейчас термин более широко используется для обозначения различных форм нарушений онтогенеза, включая постнатальный (ранний) период, когда морфологические системы не достигли зрелости.

К детям группы риска относят следующих детей:

- 1) находящихся на воспитании в семьях с низким уровнем социальной адаптации;
- 2) с высокой наследственной отягощенностью психическими заболеваниями (эндогенными психозами);
- 3) с гипердинамическим синдромом;
- 4) находящихся в условиях депривации;
- 5) из неблагополучных семей.

На основе анализа психолого-педагогической литературы можно выделить следующие **формы помощи детям группы риска**:

1. Ежедневный, постоянный контроль как родителей, так и педагогов, направленный на формирование у детей самостоятельности, дисциплинированности.
2. Проявление терпения со стороны взрослого, сохранение спокойного тона при общении с ребенком, не позволять кричать, оскорблять ребенка, добиваться его доверия.
3. Занимаясь с ребенком, следить, не образовался ли какой-нибудь пробел в знаниях, не переходить к изучению нового материала, пока он не усвоил пройденное. Важно взаимодействие учителя и родителей.
4. Следить за общим состоянием ребенка, укреплять его физическое и психическое здоровье.
5. Развивать общий кругозор ребенка: посещать театры, цирк, выставки, концерты, путешествовать, выезжать на природу.
6. Не бояться оставить ребенка на второй год в начальной школе.

7. Своевременно определять характер нарушений ребенка и искать эффективные пути помощи.

Для профилактики педагогической запущенности наиболее благоприятным является возраст – 3–6 лет!!! Именно в этот период необходимо:

- Как можно больше разговаривать с ребенком.
- Читать ребенку книги.
- Сообщать важные сведения об окружающем мире.
- Не ограничивать контакты со сверстниками.
- Подобрать для ребенка кружок (занятия в системе дополнительного образования) по его интересу или формировать через занятия его интересы.
- Проявлять родительскую любовь и родительские чувства по отношению к ребенку, показывать заинтересованность в делах ребенка.

Каждый человек имеет относительно постоянное эмоциональное состояние, которое окрашивает в течение значительного времени его поведение. Это эмоциональное состояние называют настроением. У взрослых людей настроение зависит от нескольких причин: здоровья, успехов в работе, личных проблем в семье, в сфере взаимоотношений с любимым, дорогим человеком, с детьми, с родителями. Жизненная позиция и цели также определяют настроение взрослого.

Нормальное психическое состояние ребенка – хорошее и бодрое настроение, тяга к веселью и шалостям. Нормальный ребенок пробуждается с улыбкой на устах. Он рад новому дню и хочет приобщить к своей радости окружающих.

У детей, конечно же, происходит смена настроения в зависимости от всевозможных случайных обстоятельств. Но здоровый ребенок, пока он не «выдохся», не устал, легко возвращается в исходное хорошее настроение.

Однако в период адаптации к школе шестилетний ребенок испытывает большие затруднения. Он должен усвоить новые правила, он должен учиться, он должен общаться со сверстниками. Все это требует большой душевной работы.

Некоторые дети в этот период становятся очень ранимыми, раздражительными, плаксивыми, они быстро утомляются, непоседливы, с трудом выдерживают урок, на каждое замечание реагируют слезами, раздражением или совсем «закрываются», отказываются отвечать. У одних отмечается зажимание, непроизвольное подергивание век, мышц лица, шеи, туловища; другие, со слов родителей, мочатся ночью в постель, плохо спят.

В настоящее время как особую проблему выделяют также отклонения (нарушения, патология) характера, которые приводят к нарушению социально-психологической адаптации как дошкольников, так и школьников.

Особо остро встает вопрос этиологии и классификации нарушений характера. Современная наука не дает исчерпывающих ответов, поскольку эта проблема многоаспектна и недостаточно разработана. Кроме того, важно следующее. Во-первых, в психологии нет разделения между характерологией и учением о темпераменте, поэтому сложно определить, чем обусловлены те или иные нарушения поведения. Во-вторых, на формирующуюся личность оказывает влияние множество факторов: здесь и биологические предпосылки, и социальные факторы, а также среда, в которой находится ребенок, и воспитательное воздействие.

Помимо этого, сама структура поведения очень сложна. Как указывает В.П. Кащенко, «...всякий конкретный случай является своеобразным... и возникает в результате специфического сочетания эмоционального и мыслительного поведения ребенка, а также его активности». По его мнению, причиной нарушений может быть как «выпячивание» одной из составляющих, так и сглаживание. Таким образом, он условно делит недостатки характера на эмоциональные (к которым относит повышенную возбудимость аффектов, импульсивность поступков, пугливость, иступленный гнев, остроту симпатий и антипатий, пессимизм

и чрезмерную веселость, равнодушие и безучастность и др.) и активно-волевые (гиперактивность, негативизм, деспотизм, замкнутость, бродяжничество, бессмысленное воровство, мучительство животных и др.).

Дети, имеющие такие особенности, независимо от того, «норма» это или патология, нуждаются в особом внимании и помощи со стороны родителей, педагогов, психологов и врачей.

По мнению В.П. Кашенко, практически невозможно провести четкую грань между нормальным характером и его болезненными проявлениями.

Английский психиатр М. Раттер выделил следующие критерии, которые необходимо учитывать при диагностике отклонений и выборе средств коррекции:

1. Индивидуальные особенности, пол и возраст ребенка.
2. Длительность сохранения расстройства.
3. Жизненные обстоятельства и конкретная ситуация.
4. Степень нарушения и интенсивность его проявления.
5. Тяжесть и частота проявления отдельных симптомов.

Ю.Б. Гиппенрейтер для определения степени тяжести нарушения предлагает использовать «критерии психопатий Ганнушкина – Кербикова»:

1. Относительная стабильность характера.
2. Тотальность проявлений характера.
3. Социальная дезадаптация.

Эти критерии позволяют определить степень тяжести отклонения, а также установить, является ли данное отклонение патологическим или же укладывается в рамки «нормы».

Это, в свою очередь, позволит наметить план коррекционных мероприятий.

Таким образом, к «трудным детям» относят как слабоуспевающих детей, так и детей группы риска, в том числе и детей с отклонениями характера. Но к данной категории можно отнести и такие группы детей, которые характеризуются как тревожные, агрессивные, гиперактивные, замкнутые, дети с трудностями в общении, застенчивые и др. Ниже мы рассмотрим каждую из этих групп с позиции краткой характеристики детей и способов коррекции их развития.

Тревожный ребенок

Проблема преодоления тревожности, по существу, распадается на две:

- а) выявление причин тревожности, снятие её отрицательных последствий;
- б) устранение тревожности как относительно устойчивого личностного образования.

Работа по преодолению тревожности может осуществляться на трех взаимосвязанных и взаимозаменяемых уровнях:

- 1) обучение приемам и методам управления своим состоянием, снижением тревожности;
- 2) расширение возможностей человека, формирование у него навыков, умений, знаний о саморегуляции;
- 3) перестройка особенностей личности, прежде всего его самооценки и мотиваций.

Работа на этих уровнях может организовываться в индивидуальной и групповой формах, необходимо включать близкое окружение ребенка. Одновременно необходимо проводить работу с семьей.

Приемы коррекционной работы

1. «Переинтерпретация» симптомов тревожности. Часто людей с повышенной тревожностью деморализуют первые признаки этого состояния. При определенной тренировке этот прием может помочь «выбраться из чертова колеса».

2. «Настройка на определенное эмоциональное состояние». Мысленно предлагается связать данное состояние с одной мелодией, цветом, жестом.

3. «Приятное воспоминание». Предлагают представить ситуацию, в которой он испытал полный покой, и как можно ярче, стараясь вспомнить все ощущения, представить эту ситуацию.

4. «Использование роли». Предлагают ярко представить себе образ для подражания, войти в эту роль.

5. «Контроль голоса и жестов». Объясняют, как по голосу и жестам можно определить эмоциональное состояние. Указывают на необходимость тренировки перед зеркалом.

6. «Улыбка». Обучение целенаправленному управлению мышцами лица. Объясняют значение улыбки для снятия нервно-мышечного напряжения.

8. «Мысленная тренировка». Ситуация, вызывающая тревогу, заранее представляется во всех подробностях, трудных моментах, продумывается поведение.

9. «Репетиция». Проигрывается ситуация, вызывающая тревогу.

10. «Доведение до абсурда». В процессе беседы в «спокойных ситуациях» предлагается играть очень сильную тревогу, страх.

11. «Переформулировка задачи». Необходимо тренировать умение формулировать цель своего поведения в той или иной ситуации, полностью отвлекаясь от себя.

Работая с тревожным ребенком, необходимо помнить, что полная коррекция этого недостатка – долгий и сложный процесс, необходимо учитывать особенности темперамента ребенка, его индивидуальные черты личности, а также особенности его близкого окружения как дома, так и в образовательном учреждении.

Агрессивный ребенок

Детская агрессивность – признак внутреннего эмоционального неблагополучия, сгусток негативных переживаний, один из неадекватных способов психологической защиты. Такие дети используют любую возможность чтобы толкать, бить, ломать, щипать других.

Причины агрессивности почти всегда внешние: семейное неблагополучие, лишение чего-то желаемого, несоответствие между желаемым и возможным. Только поняв и приняв это, взрослые «догадаются», что ребенок ни в чем не виноват, и если его не будут обижать, то он будет доброжелателен и приятен в общении.

Игры и упражнения на снижение агрессии и ослабление негативных эмоций

«**Выбиваем пыль**» (для детей с 4 лет). Каждому участнику достается «пыльная» подушка. Он должен усердно колотя руками, ее почистить.

«**Уходи злость, уходи**» (для детей с 4 лет). Играющие ложатся на ковер по кругу. Между ними подушки. Закрыв глаза, они начинают со всей силой бить ногами по полу, а руками по подушкам с громкими криками «Уходи, злость, уходи». Упражнение делается 3 мин, затем они ложатся в позу звезды и отдыхают, слушая музыку 3 мин.

«**Ругаемся овощами**» (для детей с 5 лет). Предложите детям поругаться, но не плохими словами, а... овощами: «Ты – огурец», «А ты – редиска» и т. д.

«**Нет! Да**» (для детей с 5 лет). Дети свободно бегают по помещению и громко кричат «Нет! Нет!». Встречаясь, заглядывают в глаза друг другу и еще громче кричат «Нет! Нет!». По сигналу ведущего продолжают бегать, но кричат уже «Да! Да!», заглядывая друг другу в глаза.

«**Тигр на охоте**» (для детей с 5 лет). Взрослый – тигр. За ним встают тигрята. Тигр обучает детей охотиться. Тигрята должны подражать движениям и не выскакивать вперед тигра. Тигр очень медленно выставляет вперед одну ногу с пятки на носок, вытягивает одну когтистую лапу, поднимает голову, вытягивает спину и медленно крадется к добыче. Сделав 5–6 таких шагов, он группируется, поджимает к груди лапу, голову, приседает и резко прыгает, издавая громкий клич «Ха!». Тигрята делают все это с ним одновременно.

«**Жужа**» (для детей с 6 лет). «Жужа»: сидит на стуле с полотенцем в руках. Все остальные бегают вокруг нее, строят рожицы, дразнят, дотрагиваются до нее, щекочут. «Жужа» тер-

пит, но когда ей все надоедает, она вскакивает и начинает гоняться за «обидчиками» вокруг стола, стараясь отхлестать их полотенцем по спинам.

«Подушечные бои». Для игры необходимы маленькие подушки. Играющие кидают друг в друга подушками, издавая победные кличи, колотят друг друга ими, стараясь попадать по различным частям тела. Сюжетами игры могут быть «Сражение двух племен» или «Вот тебе за...».

Рекомендация: Игры начинает взрослый, как бы давая разрешение на подобные действия, снимая запрет на агрессию.

Гипервозбудимый и гиперактивный ребенок

Нередко родителей тревожит появление у детей несобранности, излишней активности или, напротив, замкнутости, робости, а часто *агрессивности*, плаксивости. Уравновешенный, радостный ребенок вдруг становится конфликтным и беспокойным. Все это признаки внутреннего психоэмоционального напряжения, возбуждения и чрезмерной активности нервной деятельности, следствие какой-то «детской» проблемы, в которой взрослые еще не разобрались.

Для таких детей характерно следующее:

1. Ребенок постоянно в движении, не может спокойно сидеть.
2. При малейшем разочаровании кидается на пол, стучит ногами и кричит.
3. Без причины бьет себя по голове, громко плачет и кусает себя за запястья.
4. Без причины может отчаянно плакать по несколько часов днем и ночью.
5. Отказывается есть, бросает тарелку на пол, чтобы она разбилась.
6. Наотрез отрицает свои проступки, рассказывает лживые истории.
7. Не признает ничьей собственности, берет что ему захочется.
8. Развитие речи протекает либо нормально, либо с различными нарушениями. Некоторые говорят громко и безудержно, другие сдержанны в общении или не говорят вообще.
9. При выполнении точных движений обнаруживаются нарушения, которые являются следствием минимального повреждения мозга.
10. Приступы судорог не являются чем-то необычным.
11. Характерно учащенное дыхание.
12. Ритм сна нарушен, ребенок не может вечером заснуть, другие просыпаются ночью от кошмаров.
13. Могут отмечаться чрезмерные мастурбации.
14. Делают стереотипные движения пальцами перед лицом, чтобы получить особый световой эффект.
15. Дети любят играть с водой.
16. Дети школьного возраста настолько ловко и умело все разрушают, что в их действиях видится преднамеренность.
17. Характерны ложь и обман.
18. Интеллектуальные способности сохранены, но возможны психические отклонения.
19. Возникают проблемы, имеющие в некоторых случаях криминальную направленность.
20. Иногда интеллектуальные способности нормальны, а нравственное развитие отличается инфантилизмом.

Самое правильное – научить ребенка помогать самому себе, т. е. познакомить с методами саморегуляции. Ребенок многое может сам, а родители должны понять и успокоить его. Для этого следует обратить внимание на следующее:

1. Ребенку необходимо спокойное окружение, защита от всех чрезмерных внешних раздражителей. При оказании помощи родители и другие члены семьи своими действиями должны подтверждать любовь к ребенку.

2. Следует укреплять в ребенке силы симпатии и агрессии, которые раньше проявлялись редко и были неуправляемыми. Единственным аргументом при общении с такими детьми может быть только любовь. (Одна из самых больших радостей для малыша – возможность принести вещи, которые нужны для того или иного дела.)

3. Необходимо использовать его двигательную энергию и физические силы для общего дела. Так ребенок может выразить переполняющую его симпатию и участливость.

4. Учить воспринимать дистанцию в общении с другими людьми и проявлять сдержанность в эмоциях и делах.

5. У страдающего гиперактивностью ребенка, от которой зависит развитие интеллекта, способность к суждению и формированию понятий можно укреплять с помощью простых терапевтических упражнений: ребенок должен научиться распознавать в зеркально отраженных формах их первоначальный вид. Малышу предлагают идти вперед, топя ногами и считая свои шаги, затем просят его остановиться и сделать в обратном направлении столько же шагов.

Принцип зеркальности можно использовать в языковых упражнениях, предлагая ребенку произносить слова и небольшие фразы сначала так, как это принято, а затем в обратной последовательности.

Игра **«Возьми себя в руки»** (для детей с 5 лет). Ребенку говорят: «Как только ты почувствуешь, что забеспокоился, хочется кого-то стукнуть, что-то крикнуть, есть очень простой способ доказать себе свою силу: обхвати ладонями локти и сильно прижми руки к груди – это поза выдержанного человека».

Замкнутый ребенок

Замкнутость – нарушение, проявляющееся в сужении круга общения, уменьшении возможностей эмоционального контакта с окружающими людьми, возрастании трудности установления новых социальных отношений.

Суть коррективной работы с замкнутым ребенком составляют действия по расширению его возможностей установления и поддержания эмоциональных контактов с окружающими людьми.

Основные направления работы с замкнутыми детьми:

1. Устранение причин, приведших к этому нарушению.
2. Восстановление потребности ребенка в общении, контактах со взрослыми и сверстниками.
3. Гармонизация отношений ребенка в семье и группе сверстников (т. е. не только ребенка надо «поворачивать» к другим людям, но и показывать им, что ребенок не так плох или злобен, как могли о нем думать).
4. Обучение ребенка навыкам общения и установления контакта. Коррекция может занять много времени и должна проводиться с осторожностью.

Работа ведется:

- 1) индивидуально с психологом;
- 2) с родителями замкнутого ребенка;
- 3) в коррективной работе применяется игровая терапия, изотерапия, танцотерапия, гидротерапия, и т. д.

Коррекция замкнутости:

1. Избегать при контакте с ребенком давления и нажима.
2. Понаблюдать, чем любит заниматься ребенок и заняться с ним этим же, а не предлагать новые игры.
3. Выяснить, что ребенку приносит удовлетворение в игре, и так выйти на контакт с ребенком.

4. Постепенно вводить разнообразие в деятельность ребенка, усиливать радость общения.
5. Работа по восстановлению потребности ребенка в контакте с окружающими людьми.
6. Новые игры и различные формы взаимодействия ребенка с другими людьми.
7. Осторожное введение новых деталей в структуру существующих форм.
8. Строгая дозировка эффективных контактов с ребенком.
9. Оберегать ребенка от ситуаций конфликта с близкими.
10. Направлять внимание ребенка на процесс и результат совместного контакта со средой.

Ребенок с трудностями в общении

Как больно родителям, наблюдая за играми детей, видеть, что их ребенок часто стоит в стороне, робеет, не решается подойти к детям, пугается взрослых, недоверчив и застенчив. Ничуть не легче выслушивать жалобы детей и взрослых, что ваш ребенок все время дерется, обижает других детей, спорит, мешает им играть. Нарушение в общении, конфликтность и обособленность – признаки слабой адаптации ребенка к окружающему миру, причины серьезных эмоциональноличностных проблем в будущем.

Такие дети:

- 1) не умеют обращаться с просьбами;
- 2) не задают уточняющих вопросов;
- 3) лучше ориентируются в инструкциях, направленных на их предметную деятельность, чем на познавательную;
- 4) активная речь на уроке обращена, как правило, к учителю;
- 5) часто воспроизводят реплики без дополнительной умственной переработки;
- 6) переключение деятельности сопровождается «взрывом» вербальной активности.

Коррекционные упражнения

1. Игра «Найди друга» (для детей с 5 лет).

Выполняется среди детей или же между родителями и детьми. Одной половине завязывают глаза. Дают возможность походить по помещению и предлагают найти и узнать друга (или своего родителя). Узнать можно с помощью рук, ощупывая волосы, одежду, и т. д. Затем, когда друг найден, игроки меняются ролями.

2. Игра «Оригинальное знакомство».

Цель: продиагностировать внутреннее состояние.

Ход: участники садятся в круг. Каждый должен представиться любым именем, персонажем фильма, сказки либо предметом. Также необходимо продумать какой-либо жест, характеризующий состояние на данный момент. Так представляется каждый участник. Если предыдущий участник говорит, что ему одиноко или что-то подобное, то следующий должен его как-то подбодрить.

3. Игра «Сочини историю» (для детей с 5 лет).

Ход: ведущий начинает историю (Жили-были...), следующий участник продолжает историю и так далее по кругу. Когда очередь доходит до ведущего, он направляет сюжет истории, оттачивает его, делает его более осмысленным, и упражнение продолжается.

4. Игра «Скажи, что ты слышишь».

Цель: накопление словаря и развитие фразовой речи; развитие слухового внимания.

Ход: педагог предлагает детям закрыть глаза, внимательно прислушаться и определить, какие звуки они услышат (щебет птиц, сигнал машины, шорох падающего листа, разговор прохожих и т. д.). Дети должны отвечать целыми предложениями. Игру лучше проводить на прогулке.

Застенчивый ребенок

Немецкий психиатр Фридрих Шольц образно определяет застенчивость так: «... В то время как страх смотрит в будущее, а печаль обращает свои взоры в прошлое, – застенчивость есть мучительное ощущение каждого текущего момента, такое же частое у детей, как и у взрослых...»

Застенчивость – это тяжелое психическое состояние, которое может влиять на мышление, задерживая, расстраивая его ход, может действовать вопреки желаниям на чувства (эмоции) и, наконец, вызывать неловкие, вынужденные, лишние движения руками, ногами, головой и т. п.

У детей застенчивость проявляется в смущении, робости, неловкости и какой-то кажущейся глупости; она возникает у них в присутствии взрослых людей, им не знакомых, но иногда и при детях. В некоторых случаях застенчивость есть один из симптомов психастении.

Задача коррекции застенчивости состоит в том, чтобы тренировать застенчивого ребенка в общении с людьми. С этой целью можно создать:

1. Систему поручений: ребенку поручают передать какую-нибудь вещь малознакомому человеку; далее ему предлагают сказать тому же человеку что-либо на словах, что для него сложнее первого поручения.

Подобные поручения постоянно, постепенно и систематически усложняются в пределах своего дома или учреждения, а затем и вне его; ребенок начинает ходить в близлежащие магазины, почтовые отделения, аптеки и т. п.

Мягко проводимая система поручений осторожно, нефорсированно дает хорошие результаты.

2. Нельзя бранить, упрекать ребенка, также нельзя быть холодно-строгим, чем лишь усиливается боязливая напряженность ребенка.

3. Приобретите доверие робкого, смущающегося ребенка, тогда для вас откроется его сердце.

Для определения эффективности применяемой коррекции целесообразно провести с ребенком данную диагностику до и после определенного курса занятий и проследить изменения его самооценки.

Диагностика самооценки ребенка. «Лестница» (с 5–7 лет). Ребенку дают рисунок лестницы и говорят, что на его верхних ступеньках находятся самые хорошие дети, а внизу самые плохие. Ребенок должен показать свое место, а также место других детей (друзей, братьев, сестер) на этой лестнице. Применяют шкалы с различными характеристиками, например: «хороший – плохой»; «умный – глупый»; «добрый – злой».

Дети с девиантным поведением

В исследованиях девиантного поведения наиболее четко выражены психологический и социологический подходы, в рамках которых представлены различные теории и концепции. Понятие «отклоняющееся поведение» в педагогике и психологии многие авторы трактуют в зависимости от своей специальности, мировоззрения и приверженности к той или иной теоретической традиции. В отечественной психолого-педагогической литературе **девиантное поведение** (от *лат. deviatio* – отклонение) определяется как отклоняющееся поведение, т. е. как отдельные поступки или система поступков, противоречащих общепринятым в обществе правовым или нравственным нормам. Под **делинквентным поведением** понимают цепь проступков, провинностей, мелких правонарушений, отличающихся от криминальных, т. е. уголовно наказуемых, серьезных правонарушений и преступлений. Как считает Ю.И. Юричка, отклоняющееся поведение – это та тонкая нить, тот трудноуловимый рубеж, за которым начинается социальная деформация личности.

Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко выделяют патологические и непатологические формы отклоняющегося (девиантного) поведения. К непатологическим формам относятся труд-

ности организации поведения при акцентуациях характера, невротических состояниях, большинство переходящих ситуативных реакций. Дети и подростки с непатологическими нарушениями поведения не нуждаются в специально созданных условиях обучения и воспитания; но при неблагоприятных микросоциальных условиях, при патологическом протекании пубертатного периода эти формы отклоняющегося поведения могут трансформироваться в патологические.

Исследователи выделяют следующие критерии отнесения нарушений поведения к патологическим: устойчивость отклонений в структуре характера, темперамента, влечений, а также полиморфность проявлений нарушений поведения.

Дети и подростки с выраженными патологическими нарушениями поведения нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания, так как их поведение нарушает педагогический процесс, может представлять опасность для окружающих.

К патологическим формам девиантного поведения они относят антисоциальный, агрессивный, деликвентный (характеризующийся хулиганскими действиями, не попадающими под уголовную ответственность) и криминальный (характеризующийся преступными действиями) типы.

Ю.И. Юричка считает, что патологические формы девиантного поведения характеризуются как саморазрушающие.

Л.М. Зюбин на основе дифференцированного подхода выделяет **четыре варианта отклоняющегося поведения**:

1. Отклонения, не являющиеся нарушением общепринятых этических норм. Это может быть поведение, не соответствующее возрасту при нормальном психическом развитии.
2. Нарушения общепринятых норм, не являющихся правонарушениями. Это, например, жадность, эгоизм, замкнутость, недоверчивость, жестокость, которые, если их не преодолеть, приведут к правонарушениям.
3. Правонарушения, т. е. поведение, нарушающее правовые нормы, статьи административного и уголовного законодательства.
4. Отклоняющееся поведение, в значительной степени обусловленное патологическими факторами, заболеваниями. Оно может быть у детей с психопатологическими чертами личности, у невротиков, у психически больных людей.

В других классификациях отклоняющееся поведение связано с неблагоприятными условиями социального развития и характеризуется как устойчивое проявление отклонения от социальных норм, имеющее социально-пассивную, корыстную и агрессивную направленность.

1. Отклонения социально-пассивного типа, выражающиеся в стремлении ухода от активной общественной жизни, в уклонении от своих гражданских обязанностей и долга, нежелании решать как личные, так и социальные проблемы (уклонение от учебы, бродяжничество, побеги из дома, погружение в мир искусственных иллюзий с помощью алкоголя, токсических и наркотических средств, суицид).

2. Отклонения корыстной направленности, проявляющиеся в поступках и правонарушениях, связанных со стремлением получить имущественную выгоду, материальную поддержку (кража, мошенничество и др.).

3. Отклонения агрессивной ориентации, проявляющиеся в действиях, направленных против личности (оскорбления, побои) (С.А. Беличева).

А.Д. Гонеев считает, что, как всякое действие, отклоняющееся поведение имеет внутренний механизм, цель, мотив, которые обусловлены психобиологическими особенностями личности, ее возрастными особенностями, социальным опытом, общественным раз-

витиём. Соответственно девиантное (отклоняющееся) поведение, по мнению автора, может проявляться в нескольких плоскостях:

1. Как особенности отдельных психических процессов (повышенная подвижность нервных процессов или их заторможенность; их устойчивость или слабость; повышенная активность или пассивность ребенка; сосредоточенность или рассеянность; болтливость или замкнутость; повышенная возбудимость и аффективность и др.).

2. Как социально обусловленные качества личности и черты характера (неорганизованность, лень, невнимательность, недисциплинированность, лживость, драчливость, упрямство, грубость, озлобленность, агрессивность, жестокость).

3. Как низкая общая культура, негативное отношение к нравственным нормам и правилам, к окружающим людям (неопрятность, бестактность, равнодушие, необязательность, пропуски занятий, уход из дома, конфликты со сверстниками и со взрослыми).

4. Как вредные привычки (курение, употребление алкоголя, токсических и наркотических веществ).

Все эти качества и свойства личности таких детей, сложности в отношениях с окружающими и поведении ведут к трудоемкости их обучения и воспитания.

Таким образом, палитра отклонений в поведении у трудных детей довольно обширна, и оценить ее, выделить главное, существенное довольно сложно. Поэтому исследователи проблемы девиантного поведения попытались сгруппировать схожие проявления отклоняющегося поведения, найти для них интегрирующую основу. Одна из классификаций разработана В.Н. Липником, который сгруппировал девиации детей следующим образом:

- 1) по характеру взаимоотношений с коллективом;
- 2) по интересам общества;
- 3) по отклонениям в понимании общественных интересов;
- 4) по вхождению ребенка в систему общественно полезной деятельности с учетом нравственного развития;
- 5) по степени деформации психики;
- 6) по отклонениям в системе ведущих мотивов;
- 7) по патологии в психике и медико-педагогическим отклонениям.

В классификации А.Ф. Никитиной за основу взяты исходные данные того или иного отклонения, они сгруппированы:

- 1) по особенностям взаимоотношений и общения с детьми воспитателя, педагога (трудные, трудновоспитуемые, неуправляемые, дезорганизаторы);
- 2) по образу жизни детей, семьи, по социально-бытовым условиям (безнадзорные, беспризорники, социально запущенные);
- 3) по специфике ошибок и недостатков в процессе воспитания (педагогически запущенные);
- 4) по уровню развития нравственных качеств (дети с отклонениями в нравственном развитии);
- 5) по несоответствию их действий закону, правовым нормам (несовершеннолетние правонарушители).

В целях определения силы и результативности социальных последствий А.Д. Гонеев отклоняющееся поведение еще различает и по уровню и масштабности (индивидуальный и массовый характер); по элементам внутренней структуры (социально-групповая принадлежность, половозрастная характеристика); по ориентированности (экстравертное – направленное во внешнюю среду, интровертное – направленное на себя); по типу эмоциональной устойчивости и др.

В связи с многообразием параметров и характеристик отклоняющегося поведения детей, наличием различных подходов к изучению данной проблемы в психологии, педаго-

гике и медицине в современной научной литературе можно найти не только неоднозначное определение этого явления, но и различную характеристику его проявлений у детей, находящихся на различных степенях девиации поведения и деформации личности.

К неспецифическим методам коррекции девиантного поведения относятся:

- Методы изменения деятельности детей.
- Методы изменения отношений.
- Методы изменения компонентов образовательно-воспитательной системы.

Первая группа – методы изменения деятельности детей: введение новых видов деятельности; изменение содержания деятельности; изменение смысла деятельности.

Важным методом является **введение новых, дополнительных видов деятельности**. Как отмечал С.Т. Шацкий, «искусство, гармонично формируя все компоненты личности, способно развить эмоции и чувства ребенка, переориентировать идеалы, ценности, мотивы, изменить его поведение».

Вторая группа методов коррекции девиантного поведения младших школьников – методы изменения отношений: личный пример взрослого и сверстника; игнорирование поведения ребенка; «разрешение на поведение»; изменение статуса ребенка в коллективе; педагогическая поддержка.

Важным методом второй группы, по мнению автора, является *личный пример взрослого и сверстника*.

Взрослый, его слова, чувства, поступки – эталон, образец для подражания ребенка. Поэтому взрослые должны реализовывать желательное, социально одобряемое поведение в общении как с детьми, так и друг с другом. Для младшего школьника примером наряду со взрослым становится и сверстник. Поэтому иногда целесообразно не указывать ребенку на его плохое поведение, а обратить его внимание на одноклассника, который ведет себя хорошо или справился с некоторыми своими недостатками.

Игнорирование поведения ребенка – часто лучший способ прекратить, пресечь нежелательное поведение, например капризы. Через несколько попыток ребенок поймет, что с помощью каприза цель не достигается, и перестанет капризничать по любому поводу, считает автор.

Прием «*разрешение на поведение*» противоположен предыдущему. В некоторых случаях вместо того, чтобы проигнорировать нежелательное поведение ребенка, взрослый поступает наоборот: поощряет, поддерживает его. Эффект этого приема заключается в том, что нежелательное поведение, став разрешенным, утрачивает свою былую привлекательность и ребенок отказывается от него.

Можно успешно применять и *изменение (повышение) статуса ребенка в коллективе*, утверждает Г.Ф. Кумарина. Например, несмотря на постоянное нежелательное поведение, на ребенка возлагается ответственное поручение: разовое – помочь учителю приготовить пособие к уроку или постоянное – проводить физминутки на уроках. Повышение статуса закономерно вынуждает школьника изменить свое поведение.

Используя **метод педагогической поддержки**, взрослые отказываются от негативной, критической оценки личности ребенка, его поведения и неуспешных действий, поощряют инициативу и желание соблюдать правила поведения, сопереживают неудачам, выражают готовность прийти на помощь, сотрудничать.

Третья группа методов коррекции девиантного поведения младших школьников – изменение компонентов образовательно-воспитательной системы: режима школьной жизнедеятельности детей и личности учителя.

Грамотно продуманный **режим дня** – это одновременно и средство, и необходимое условие становления произвольного поведения, коррекции его недостатков.

В режиме дня необходимо грамотно определить время для коррекционно-развивающей работы. Целесообразно, если работа по коррекции недостатков поведения детей встраивается в общую структуру учебно-воспитательного процесса: свободные минуты до уроков, после уроков, физминутки, динамические паузы, минуты тишины, время перемен, прогулок, время до дневного сна. Эта работа органично включается и в урок – основную форму жизнедеятельности младших школьников. Коррекционные задания, коррекционные игры могут быть основаны на материале учебных предметов. «Мишень» коррекционного воздействия на уроке, как и во внеклассной работе, – поведение ребенка в процессе учебной деятельности; характер взаимодействия с учителем, другими детьми; отношение ребенка к учебным заданиям и организационно-процедурным моментам урока.

24. Диагностика задержки психического развития у дошкольников

(По материалам программно-методического пособия «Система работы со старшими дошкольниками с задержкой психического развития в условиях ДОУ»)

Важность и необходимость данного раздела обосновывается тем, что в современной психолого-педагогической литературе имеются лишь отрывочные методики и рекомендации по диагностике уровня развития дошкольников. В то время как в данном разделе предлагается синтезированный материал для диагностики старших дошкольников с задержкой психического развития, в частности, конкретно для детей 5 – 6-летнего возраста и 6 – 7-летнего возраста. На основе результатов данной диагностики выстраивается дальнейшая как групповая, так и индивидуальная работа всех специалистов.

Общей целью диагностики является обследование уровня развития детей (выявление особенностей) и качественный анализ уровня психического развития каждого ребенка для определения его индивидуальных особенностей, характеристики нарушений психики и на этой основе создания идеальных условий для развития, обучения и коррекции отклонений у дошкольников с задержкой психического развития.

Результаты диагностики служат точкой отсчета для прогнозирования особенностей развития каждого ребенка и подбора оптимального содержания обучения и воспитания, средств и приемов адекватного педагогического и коррекционного воздействия. Своевременная и качественно проведенная диагностика в дошкольном возрасте – залог более успешного развития ребенка в дальнейшем.

Материал для данного раздела полностью подготовлен и апробирован на практике педагогами Центра развития ребенка Детского сада № 98 г. Магнитогорска.

Внимание

Параметры оценки: объем, устойчивость, концентрация, переключение внимания, работоспособность.

Высокий уровень (5). Объем внимания широкий (4–5 объектов воспринимает одновременно). Внимание устойчивое (отсутствуют отвлечения). Высокая концентрация, легкая переключаемость. Способен выполнять многоступенчатую инструкцию (4–5). Высокая работоспособность.

Выше среднего (4). Объем внимания незначительно снижен (воспринимает не более трех предметов одновременно). Внимание устойчивое (малое количество отвлечений), достаточная концентрация и переключаемость. Способен выполнять многоступенчатую инструкцию (3–4). Достаточная работоспособность.

Средний уровень (3). Объем внимания снижен (воспринимает не более 2 объектов). Устойчивость внимания снижена (частые отвлечения, концентрация слабая, переключаемость затруднена); испытывает затруднения при выполнении многоступенчатой инструкции; работоспособность слабая (быстрая утомляемость и истощаемость).

Ниже среднего (2). Объем внимания ограничен (воспринимает не более одного объекта). Устойчивость резко снижена (частые длительные отвлечения). Концентрация слабая. Переключается с трудом. Выполняет многоступенчатую инструкцию, разбитую на простые звенья. Неработоспособен.

Низкий уровень (1). Объем внимания резко снижен (способен воспринимать один объект с внешней стимуляцией). Рассеян (многократные, длительные отвлечения). Неспосо-

бен к концентрации внимания, характерны «застревания» на объектах, информации. Выполняет простейшую инструкцию (1–2 ступени) после многократного повторения, показа.

Восприятие

Параметры оценки:

- свойства предметов (цвет, форма, величина);
- восприятие пространства;
- целостность, осмысленность восприятия.

Высокий уровень (5). Соотносит и называет все свойства предметов, их пространственное расположение. Осознает воспринимаемый объект, интерпретирует образы восприятия в соответствии со своими знаниями, опытом. Собирает целостное изображение путем зрительного анализа. Воспринимает целостный предмет по части и умеет включать часть в целое.

Выше среднего (4). Находит и называет большую часть свойств предметов, их пространственных координат. Осознает воспринимаемый объект, интерпретирует образы восприятия в соответствии со своими знаниями и опытом. Собирает целостное изображение путем целенаправленных проб или практического примеривания и частичного зрительного анализа. Воспринимает несложные целостные изображения по части и умеет включать часть в целое.

Средний уровень (3). Находит и называет половину из каждого блока свойств предметов, их пространственного расположения. Недостаточно осознанно воспринимает информацию, образы, затрудняется в их интерпретации по причине недостаточности знаний опыта. Собирает целостное изображение путем перебора вариантов, после обучения переходит к целенаправленным пробам. Воспринимает простые целостные изображения по отдельной части. Включает часть в целое в знакомых изображениях.

Ниже среднего (2). Находит и называет меньшую часть свойств предметов и их пространственных координат. При сборе целого из частей действует хаотично, после обучения не переходит к самостоятельному способу деятельности. Мало осознает то, что воспринимает. Испытывает затруднения при восприятии нестандартных (зашумленных, силуэтных, наложенных, перепутанных, частичных) изображений.

Низкий уровень (1). Отсутствуют знания основных свойств предметов. Не осознает воспринимаемый объект. При сборе целого из частей не понимает цели, действует неадекватно, даже в условиях обучения. Целостность восприятия не развита.

Память

Параметры оценки: объем памяти, зрительная, слуховая память (прочность, быстрота запоминания, точность и полнота воспроизведения образов). Произвольность памяти.

Высокий уровень (5). Широкий объем памяти (зрительная – 6–7 образов, слуховая – 10 слов). Точное и прочное запоминание. Полнота воспроизведения. Запоминает смысловое содержание. Память произвольная.

Выше среднего (4). Объем памяти достаточный (зрительная – до 5 образов, слуховая – 8–9 образов). Хорошая быстрота и прочность запоминания. Запоминает смысловое содержание. Память произвольная.

Средний уровень (3). Объем памяти несколько снижен (зрительная в пределах 4 образов, слуховая – 6–7). Недостаточные быстрота и прочность запоминания, быстрое забывание. Незначительные неточности при воспроизведении. Запоминает простое смысловое содержание. Произвольность памяти снижена.

Ниже среднего (2). Объем памяти узкий (зрительная – в пределах 3 образов, слуховая – 4–5 слов). Медленное запоминание, непрочное, быстрое забывание. Воспроизведение с множественными неточностями. Смысловое содержание запоминает с трудом, воспроизводит с внешней помощью. Произвольность памяти низкая.

Низкий уровень (1). Объем памяти резко снижен (зрительная в пределе 1–2 образов, слуховая – 1–2 слова). Процесс запоминания не выражен или избирателен. Воспроизведение с грубыми неточностями. Смысловое содержание малодоступно или недоступно вообще. Память произвольная.

Мышление

Параметры оценки: мыслительные операции (анализ, синтез, исключение, обобщение, группировка, сравнение). Логичность, самостоятельность мышления. Вербальные способности в мышлении. Принятие помощи.

Высокий уровень (5). Исключает, обобщает, группирует на основе выделения существенных признаков, аргументирует свой выбор. Способен к тонкой дифференциации. Выделяет сходство и различия между предметами и явлениями. Имеет хорошие аналитико-синтетические способности, устанавливает причинно-следственные связи и закономерности. Понимает скрытый смысл выражений и изображений. Умеет строить простые умозаключения. Мышление самостоятельное и произвольное. Навыки мыслительной деятельности устойчивые. Целенаправленно и избирательно использует помощь. Способен «работать» на вербальном уровне. Понимает и пользуется символикой.

Выше среднего (4). Исключает, обобщает, группирует на основе выделения существенных признаков, но не всегда может аргументировать свой выбор. Испытывает затруднения в тонкой дифференцировке. Выделяет ярко выраженные сходства и различия между предметами и явлениями. Имеет аналитико-синтетические навыки, устанавливает распространенные причинно-следственные связи и закономерности. Навыки мыслительной деятельности достаточно устойчивые. Умеет строить элементарные умозаключения. Понимает скрытый смысл простых выражений и изображений. Мышление самостоятельно не всегда. Помощь использует продуктивно. Справляется с простыми заданиями на вербальном уровне. Понимает и использует несложную символику.

Средний уровень (3). Не всегда может выделить существенные признаки предметов и явлений, иногда обобщает по ситуативным или функциональным признакам. Исключает, обобщает, группирует в «грубом» подборе объектов, нуждается в помощи при аргументации выбора. Выделяет явные различия между объектами (выделение сходства вызывает затруднения). Способен к элементарному анализу и синтезу, установлению простейших причинно-следственных связей и закономерностей. Понимает скрытый смысл простых выражений и изображений с внешней помощью.

Навыки мыслительной деятельности недостаточно устойчивые, слабовыраженная способность к установлению и построению элементарных умозаключений. Мышление несамостоятельно. Не всегда использует помощь. Выполняет простые вербальные задания. При работе с символикой нуждается в помощи.

Ниже среднего (2). Исключает, обобщает, группирует, опираясь на несущественные признаки предметов и явлений, не может объяснить свой выбор. Затрудняется в сравнении предметов (заменяет его описанием). Аналитико-синтетические навыки не сформированы, не способен к установлению простейших причинно-следственных связей, высказывает бессмысленные суждения. Помощь практически не использует. Действует только на наглядном уровне. Мышление произвольное. Не понимает значения символики. Понимание скрытого смысла выражений и изображений недоступно.

Низкий уровень (1). Мыслительные операции не сформированы. При исключении, группировке пользуется случайным выбором. Обобщающие понятия отсутствуют. Не понимает простейших причинно-следственных связей, закономерностей. Помощь не использует.

Произвольное воображение

Высокий уровень (5). Воссоздает незаконченные образы (изображения, выражения). Создает и вербализирует образы. Способен воссоздать целое из частей (по части). Самосто-

ятельно составляет небылицы, сказки, рассказы. Отмечается необычность, оригинальность сюжетов, разнообразие образов.

Средний уровень (3). Правильно воссоздает незаконченные образы. Создает, но не всегда вербализирует новые образы. Способен воссоздать целое по части в процессе хаотических проб. Составляет небылицы, сказки, рассказы со значительной внешней помощью. Сюжеты типичны, образы однообразны.

Низкий уровень (1). Не воссоздает или неправильно воссоздает незаконченные образы. Не способен воссоздать целое по части. Механически рассказывает или пересказывает выделенные сюжеты с одним персонажем.

Эмоционально-волевая сфера

Параметры оценки: произвольность деятельности, отношение к оценке, результату, школьная мотивация.

Высокий уровень (5). Выполняет учебные правила, умеет сдерживать свои непосредственные побуждения. Длительно удерживает цель, стремится к достижению результата, преодолению трудностей. Заинтересован в оценке и результате. Владеет самоконтролем. Проявляет эмоционально положительное отношение к позиции школьника. Адекватно реагирует на ситуации, способен гибко переключаться из одного эмоционального состояния в другое, сопереживать.

Средний уровень (3). Для сдерживания непосредственных побуждений и выполнения учебных правил требуются внешний контроль и стимуляция. Не способен длительно удерживать цель. Невыраженное стремление к достижению результата и преодолению трудностей. Использует внешние средства мобилизации волевых усилий (закатывает глаза, берется за голову...). Неустойчивая заинтересованность в оценке и результате. Слабые навыки самоконтроля. Неосознанное отношение к позиции школьника (затрудняется в мотивации). Не всегда адекватно реагирует на ситуации. Может «застрывать» на определенном эмоциональном состоянии.

Низкий уровень (1). Не способен сдерживать непосредственные побуждения, выполнять учебные правила. Не удерживает цель. Безразличен к результату и оценке. Отказывается от деятельности при наличии трудностей. Деятельность произвольна. Не способен действовать без внешней стимуляции. Школьная мотивация отсутствует. Характерны различные нарушения эмоционально-волевой сферы (аффективный фон настроения, эйфоричность, негативизм и др.).

Знание основ арифметики

Параметры оценки: навыки счета, арифметических действий, сравнение чисел.

Высокий уровень (5). Считает в прямом и обратном порядке до 5 (ст. гр.), до 10 (подг. гр.). Счет осознанный. Владеет порядковым счетом (подг. гр.). Сравнивает множества и числа путем уравнивания элементов и пересчета. Выполняет арифметические действия (+1 – ст. гр., +, -2 – подг. гр.).

Знает цифры и оперирует ими, а также арифметическими знаками. Самостоятельно составляет и решает устные арифметические задачи.

Средний уровень (3). Навыки счета неустойчивые. Счет больше механический. Порядковый счет в малом пределе. Сравнивает множества путем пересчета. Сравнивает числа в небольшом интервале (до трех – ст. гр., до 5–6 – подг. гр.) Выполняет арифметические действия только на + (-1), используя пальцы и др. Знает арифметические знаки, цифры, но слабо оперирует ими. Составляет арифметические задачи на наглядной основе с помощью взрослого.

Низкий уровень (1). Считает в ограниченном пределе. Счет неосознанный. Сравнивает контрастные множества с помощью взрослого. Арифметические действия малодоступны. Не соотносит числа с цифрами, арифметические знаки не понимает и не применяет.

Примерные задания:

- сосчитай по одному, сколько сможешь (устно);
- пересчитай предметы (на наглядной основе с итоговым числом);
- сосчитай от... до...;
- отсчитай (отложи, дай мне...) только 5 и др.;
- возьми столько же, на 1 больше (меньше);
- каких предметов больше (меньше), на сколько? Сделай поровну;
- знание цифр (любые задания);
- вычислительные навыки на основе действия с предметами и в уме (устные задачи и т. п.).

Моторика

Высокий уровень (5). Крупная моторика: движения свободные и непринужденные, продуктивные, целенаправленные. Легкое переключение и смена позы в соответствии с заданием. Мимика живая, выразительная или спокойная. Взгляд прямой, открытый, заинтересованный.

Тонкая моторика: точность движения рук, согласованность движения обеих рук. Развита зрительно-моторная координация. Нормальный мышечный тонус кисти. Умеет правильно держать карандаш, ножницы (ст. гр.), ручку, иглу (подг. гр.).

Средний уровень (3). Крупная моторика: движения недостаточно координированные, слабо продуктивные. Снижена целенаправленность движений. Переключение и смена позы в соответствии с заданием затруднены. Мимика маловыразительная. Взгляд незаинтересованный. Тонкая моторика: незначительно нарушена точность движения рук и согласованность движений обеих рук. Снижена зрительно-моторная координация. Наблюдаются нарушения тонуса кисти (гипотонус, гипертонус, тремор) и как следствие – трудности при пользовании карандашом, ножницами, ручкой, иглой.

Низкий уровень (1). Крупная моторика: движения бесцельные, непродуктивные, наблюдается их обилие или заторможенность, напряженность, инертность, импульсивность. Переключение и смена позы в соответствии с заданием малодоступны. Мимика вялая, бедная или гримасничанье. Взгляд малоосмысленный. Могут наблюдаться физические дефекты (подрагивание, хромота, нарушение координации движений).

Тонкая моторика: нарушена точность движения рук и координация. Не удерживает карандаш, ножницы, может наблюдаться тремор кисти.

Осведомленность (общий кругозор)

Представление о ближайшем окружении, окружающем мире

Тестовая беседа. Старшая группа (5–6 лет):

1. Назови свое имя, фамилию.
2. Ты девочка или мальчик? Кем ты будешь, когда вырастешь: тетей или дядей?
3. Сколько тебе лет?
4. Где ты живешь?
5. С кем ты живешь? Кто ты брату, маме, бабушке... и т. д.?
6. Как зовут маму, папу?
7. Кем работает мама, папа?
8. Как называется город, в котором ты живешь?
9. Для чего человеку нужны глаза, уши, рот и т. д.?
10. В какое время года появляются листья на деревьях (идет снег)?
11. Когда люди спят? Когда делают зарядку?
12. Назови животных, которых ты знаешь?
13. Каких птиц ты знаешь?
14. Что остается на земле после дождя?

15. Что делает врач, повар, продавец?

16. Кто больше: корова или собака? Кто меньше: птица или пчела? Сколько лап у петуха, кошки?

17. Какого человека называют хорошим? плохим?

18. Чем ты любишь заниматься?

Подготовительная к школе группа (6—7 лет):

1. Назови свое имя, фамилию.

2. Ты девочка или мальчик? Кем ты будешь, когда вырастешь: женщиной или мужчиной?

3. Сколько тебе лет? Сколько будет через год? Сколько было год назад?

4. Где ты живешь, назови свой адрес.

5. Кто есть в твоей семье? Кто ты бабушке, маме, брату? Кто бабушка маме?

6. Как зовут твоих родителей?

7. Кем работают твои родители?

8. Как называется город, страна, в которой ты живешь?

9. Для чего человеку нужны: глаза, рот, уши...?

10. Какое сейчас время года? Почему ты так считаешь? Какое время года было до... и после...?

11. Чем отличается день от ночи?

12. Каких диких и домашних животных ты знаешь?

13. Каких птиц ты знаешь?

14. Когда можно кататься на санях: зимой или летом? Почему?

15. Что делает почтальон, строитель, учитель?

16. Кто больше: корова или собака? Кто меньше: птица или пчела? У кого больше лап: у кошки или петуха?

17. Какого человека называют хорошим? плохим?

18. Чем ты любишь заниматься?

Оценка результатов:

Высокий уровень (5) – 15–18 вопросов

Выше среднего (4) – 12–14 вопросов

Средний (3) – 9 – 11 вопросов

Ниже среднего (2) – 5–8 вопросов

Низкий (1) – 4 и менее вопросов

Подводя итог, отметим, что диагностика ребенка 6–7 лет позволяет не только определить его готовность к школьному обучению, но и выявить сильные и слабые стороны конкретного ребенка и определить индивидуальную коррекционную программу для более полноценной психолого-педагогической помощи. На основе комплексного обследования дошкольника и младшего школьника психолого-медико-педагогическая комиссия выносит заключение о развитии ребенка и при необходимости ставит диагноз, в соответствии с которым рекомендуется образовательное учреждение для дальнейшего обучения.

25. Диагностика умственной отсталости (олигофрении)

Достаточно важно отграничивать олигофрению от:

- ЗПР;
- соматогенных астенических состояний с нарушениями интеллектуальных функций;
- деменции и олигофреноподобных состояний психического дефекта при процессуальных психических заболеваниях;
- органических, шизофренических, эпилептических деменций, возникших в младшем детском возрасте;
- психического инфантилизма;
- состояния интеллектуальной недостаточности при недоразвитии речи (алалии).

Вся умственная отсталость по выраженности интеллектуального и личностного дефекта подразделяется на **дебильность, имбецильность и идиотию**, которые соответствуют определенным уровням психометрического коэффициента интеллектуальности по шкале **Стенфорда – Бине, Векслера (IQ)** (широко используется за рубежом):

дебильность – $IQ = 50-70$;

имбецильность – $IQ = 20-49$;

идиотия – $IQ = \text{ниже } 20$.

Интеллектуальный коэффициент (IQ) – это отношение интеллектуального возраста (х) ребенка к паспортному возрасту (у), выраженное в %. Например: если интеллект шестилетнего ребенка соответствует трем годам развития, то $IQ = 3/6 * 100 \% = 50 \%$.

Диапазон нормального развития $IQ = 85-110 \%$.

Методики определения **IQ** требуют большого опыта работы и чреваты неправильностью выводов об общем развитии интеллекта (так как отражают обученность ребенка), поэтому следует очень осторожно относиться к окончательному диагнозу при ЗПР, дебильности и делать выводы только при анализе полного обследования ребенка.

Таблица 9

Сравнительная таблица российского и зарубежного опыта классификаций групп проблем в развитии в зависимости от IQ

IQ	Всемирная организация здравоохранения	Российская система
71 и выше	Норма	Норма
50—70	Незначительная умственная отсталость, затруднения в учении	Дебильность
30—49	Умеренная умственная отсталость, трудности в обучении	Имбецильность
29—19	Тяжелая умственная отсталость, значительные трудности в обучении	Идиотия
20 и ниже	Глубокая умственная отсталость	—

Методы диагностики олигофрении

1) **Клинико-психопатологические методы** – определяют расстройство познавательной функции интеллекта: малый объем знаний; неспособность оперировать имеющимися понятиями; недостаточная умелость и др.

2) **Патопсихологические методы** – выясняют степень умственной отсталости:

Исследование мышления: предметная классификация; методики исключения (4-й лишний и др.); сравнение понятий (картинок); объяснение пословиц, метафор; установление последовательности событий по серии рисунков; ассоциативный эксперимент.

- Память: заучивание 10 слов, коротких рассказов; метод пиктограмм.
- Исследование навыков счетных операций, уровня притязаний, самооценки, критических способностей.
- Метод Векслера.

Необходимо:

- 1) неврологическое обследование ребенка;
- 2) биологические исследования (пробы на токсоплазмоз, сифилис и т. п.);
- 3) генеалогическое исследование (наследственность).

Изучение детей с умственной отсталостью и разработка путей и методов их обучения и воспитания имеет не меньшее значение и для совершенствования дифференциальной диагностики, т. е. отграничения детей с временной задержкой в развитии от детей-олигофренов. Часто сильно выраженную степень отставания в развитии путают с легкой степенью умственной отсталости – с дебильностью. Но умственная отсталость и ЗПР – два совершенно различных понятия. Обобщая современную литературу по умственно-отсталым детям и детям ЗПР (Е.М. Мастюкова, С.Я. Рубинштейн, В.И. Астапов, М.С. Певзнер, Т.А. Власова), рассмотрим сравнительную таблицу, в которой четко разграничим эти два состояния.

Таблица 10

Сравнение олигофрении и ЗПР

Характеристика	Олигофрения	Задержка психического развития
1. Этиологические факторы	Внутриутробные и ранние постнатальные органические поражения ЦНС; хромосомные заболевания	Возникает чаще в связи с экзогенными вредностями. Однако действие этих вредностей приводит лишь

	ния; наследственные заболевания ЦНС (см. характеристику умственно-отсталых детей)	к нарушению темпа развития детей. Причины: интоксикация в период беременности; природные травмы; асфиксия, тяжелые заболевания (диспепсия и дизентерия)
2. Патогенетические факторы	Диффузное поражение коры полушарий головного мозга. При легких степенях олигофрении речь идет о диффузном, но относительно поверхностном поражении коры полушарий головного мозга	Задержка развития в онтогенезе наиболее молодых в эволюционном отношении отделов нервной системы
3. Высшая нервная деятельность	Новые условные связи, особенно сложные, формируются значительно медленнее. Дифференцированные условные связи вырабатываются с большим трудом, редко достигают достаточной тонкости и отличаются малой стойкостью, т.е. легко угасают. Процессы возбуждения и торможения слабеют. Работоспособность нервных клеток снижена, и после небольшой нагрузки	Большая сила основных нервных процессов (возбуждения и торможения), большая подвижность и менее выраженная склонность процесса возбуждения к широкой иррадиации. Более тесное взаимодействие I и II сигнальных систем, невозможна выработка связей без их адекватной вербализации, ибо словесная система непременно контролирует выработку этих связей.

	ки они впадают в состояние охранительного торможения. Выраженная инертность. Нарушение взаимодействия I и II сигнальных систем, что связано с недоразвитием II сигнальной системы	Разработка сложных дифференцировок идет медленно, но качественно более полноценно
4. Клиническая картина	Развитие диспластично, особенно в отношении формы черепа	Отличаются малым ростом и весом
5. Особенности нервной системы	В 100% случаев имеет место неврологическая симптоматика. Часто правосторонний гемисиндром, это указывает на заинтересованность ведущего левого полушария	В 40% не обнаружены патологические знаки, в тех случаях, где имеются легкие неврологические знаки, они чаще всего левосторонние
6. Состояние моторики	Недоразвита моторика в целом. Движения плохо координированы. Отмечается недоразвитие движений рук. Этим детям трудно выполнить движение по словесной инструкции или в воображаемой ситуации	Моторика достигает достаточного уровня. Движения координированы, отличаются ловкостью, четкостью, недоразвиты лишь наиболее сложные произвольные движения
7. Состояние зрения и слуха	Острота зрения снижена у 45% детей. Почти у всех нечет-	Почти нет отклонений со стороны зрения. Лишь у 20% детей

	кость и фрагментарность зрительных восприятий. Снижение слуха примерно в 20% случаев	встречаются отклонения в зрительном восприятии (перечеркнутых и рисованных фигур). Нормальный слух почти у 95% детей
8. Особенности речевой деятельности	Плохо усваивают значения слов, что отрицательно сказывается на развитии фонематического слуха и тем самым затормаживает развитие речи. Бедный словарь. Нарушение звукопроизношения, фонетико-фонематические нарушения. Плохо овладевают грамматическим строем речи	Некоторое недоразвитие фонематического слуха. Обладают большим запасом слов. Легко могут пересказать содержание сказки, легко подбирают слова и фразы
9. Особенности познавательной деятельности	Она сильно недоразвита. Инертность психических процессов	Относительно сохранный познавательная деятельность. Могут быстро использовать оказанную им помощь, усваивают принцип решения задач и используют его в сходных заданиях
10. Патогенез	Структурные диффузные изменения в коре полушарий головного мозга, в силу чего в процессе ком-	Нарушение темпа созревания той или иной системы. Замедленный темп созревания лобной

	пенсации не возникает полной обратимости симптомов	доли и её связей с другими областями коры и подкорковыми образованиями
11. Обратимость интеллектуального дефекта	Нет	Да
12. Эмоционально-волевая сфера	Недостаточность сложных эмоций и произвольных форм поведения, потребность общения снижена	Эмоционально неустойчивы. С трудом приспосабливаются к детскому коллективу, колебания настроения, повышенная утомляемость
13. Психические процессы	Интеллектуальный дефект сочетается с нарушением моторики, речи, восприятия, памяти, внимания, эмоциональной сферы, произвольных форм поведения	Недостаточность процессов восприятия, внимания, памяти
14. Игровая деятельность	Не становится ведущей	Проявляют себя творчески в игровой деятельности

При диагностике умственной отсталости также важно отграничивать ее от шизофрении. В детском возрасте данные состояния очень сложно диагностируются, с возрастом проявления проблемы становятся более явными и возможна постановка точного диагноза.

Таблица 11

Сравнительная таблица отличия олигофрении от шизофрении

ОЛИГОФРЕНИЯ	ШИЗОФРЕНИЯ
● Сохраняется адекватность ситуации и влияния среды	● Истинное аутистическое поведение
● Умственно отсталый, под влиянием окружающих может действовать целенаправленно	● Абулия (снижение психической активности)
● Бездеятельность и пассивность сменяются периодами расторможенности влечений с появлением примитивных интересов, связанных с инстинктивной деятельностью	● Могут возникать различные продуктивные расстройства, не свойственные олигофрении

26. Концепция социально-правовой защиты детства в России

Таблица 12

Группы инвалидности, причины их получения и характеристика людей с проблемами в развитии

Группа инвалидности	Причины присвоения инвалидности
1	Стойкое, значительно выраженное расстройство функций организма, вызванное заболеваниями, последствиями травм или дефектами развития. Как следствие — в значительной степени нарушены: • способность к самообслуживанию; • способность к передвижению;

20%	1. Моногенно наследуемая олигофрения, обусловленная дефектами обмена (фенилкетонурия, галактоземия) 2. Олигофрения с чертами дисэмбриогенеза (хромосомные нарушения — с. Дауна, с. Шерешевского — Тернера, с. Клайнфельтера) 3. Олигофрения вследствие заболевания плода (эмбриопатия)
80%	1. Олигофрения вследствие повреждения головного мозга ребенка до трехлетнего возраста, в частности: • родовая травма, асфиксия; • инфекционные заболевания; • черепно-мозговая травма в младенчестве; • алкоголизм матери (интоксикация плода); • поражение плода вирусом краснухи в первые три месяца беременности; • врожденный сифилис, токсоплазмоз; • диабет матери; • физические и психические травмы матери во время беременности; • высокий радиационный фон; • иммунологический конфликт между плодом и матери по резус-фактору; • менингит, энцефалит родившегося ребенка.

(По материалам учебного пособия Нигаева Ш.Н., Шивриной Е.В. «Социально-правовая защита детей с ограниченными возможностями»)

Правовая защита (как средство):

1) совокупность правовых норм, закрепленных в законодательстве с целью: регулирования общественных отношений; закрепления прав, свобод и обязанностей человека и гражданина; определения видов и мер ответственности к лицам, несущим правовые нормы;

1) совершение определенных действий гражданином либо лицом, представляющим интересы гражданина, с целью восстановления нарушенных прав и свобод либо создания и предоставления каких-либо новых прав и обязанностей.

Социальная защита (как цель) (в широком смысле) – комплекс правовых гарантий, предоставляемых государством гражданину, при реализации которых на практике он способен самостоятельно обеспечивать себя и свою семью, не прибегая при этом к чьей-либо помощи.

В России социальная защита – направление государственной социальной политики, которое стремится различными мерами: социальными, правовыми, экономическими – обеспечить социально приемлемый уровень жизни тем слоям, которые являются наиболее уязвимыми и незащищенными в социальном плане и не могут без внешней поддержки обеспечить себя, свою семью.

Государство гарантирует гражданам основные социальные права:

- на труд;
- на вознаграждение труда (зарплата);
- на образование;
- на здравоохранение.

Чем больше реальных прав, тем выше уровень социальной защищенности граждан.

Социальная защита детства – политика государства в интересах детей, направленная на выживание, развитие и защиту детей, охрану их здоровья, защиту чести и достоинства, образование, обеспечение активного участия в жизни общества и др.

Социально-правовая защита детства – это комплекс правовых, экономических и социальных мер, гарантируемых детям государством с целью обеспечения их социальной защиты в обществе.

В РФ Социально-правовая защита детства – это комплекс особых прав и свобод ребенка в различных сферах его жизнедеятельности, закрепленных в законодательстве страны, обеспечивающих ему должный уровень социальной защищенности в силу его особого положения – зависимости от мира взрослых.

Принципы социально-правовой защиты детства

1. Равенство прав детей и прав взрослых граждан – ребенок равноправный гражданин РФ.
2. Приоритетность интересов ребенка по отношению к другим гражданам (у ребенка больше прав и свобод).
3. Ограничение прав ребенка в самостоятельном совершении определенных действий и сделок.
4. Представительство интересов ребенка (свобода ребенка в совершении самостоятельных сделок ограничена, а следовательно, необходим его законный представитель, который осуществляет все сделки от лица ребенка и в его интересах).
5. По возможности вынесение гуманного, щадящего наказания или приговора при административном и судебном разбирательстве за преступление, совершенное несовершеннолетним (уголовная и административная ответственность начинается с 16 лет, исключение – 14 лет).

Способы1 социально-правовой защиты детей

1. Закрепление особых прав детей в нормативных правовых актах различных отраслей права, принятие и реализация законов, посвященных защите прав ребенка.
2. Судебная защита нарушенных прав и свобод ребенка.
3. Защита интересов ребенка другими органами и службами (кроме суда): органами госвласти, органами местного самоуправления, органами опеки и попечительства, учреждением Уполномоченного по правам человека; общественными и благотворительными организациями и объединениями.

Объекты социальной защиты (направленность)

1. **Материнство.** От здоровья матери (физического, психического, духовного и нравственного) зависит здоровье подрастающего поколения в целом.

2. **Детство (все детское население)** – особая защита распространяется на граждан, не достигших 18 лет, любой ребенок в силу умственной и физической незрелости нуждается в поддержке и заботе.

3. **Дети с ограниченными возможностями развития** (находящиеся в трудной жизненной ситуации). Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка РФ» от 24.07.98 № 124-ФЗ определяет эту категорию как «находящиеся в трудной жизненной ситуации».

Трудная жизненная ситуация – это ситуация или определенное обстоятельство, объективно нарушающие жизнедеятельность ребенка, которые он не может преодолеть самостоятельно или при помощи своей семьи.

Статья первая Закона «Об основных гарантиях прав ребенка РФ» определяет группы детей, попадающие под указанную категорию:

- 1) дети, оставшиеся без попечения родителей;
- 2) дети, имеющие недостатки в психическом и физическом развитии;
- 3) дети-инвалиды;
- 4) дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев;
- 5) дети-жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий;
- 6) дети с отклонениями в поведении;
- 7) дети, проживающие в малоимущих семьях;
- 8) дети, оказавшиеся в экстремальных условиях;
- 9) дети – жертвы насилия;
- 10) дети, находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях и отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях.

4. **Исключительные дети** – дети одаренные, талантливые требуют особых условий для развития своих способностей и возможностей в различных сферах жизнедеятельности: образовании, науке, культуре, искусстве, спорте и т. д.

Основные направления государственно-социальной политики по улучшению положения детей в РФ (2000 г.)

1. Укрепление правовой защиты детства.
2. Поддержка семьи как естественной среды жизнеобеспечения детей.
3. Обеспечение безопасности материнства и охраны здоровья детей.
4. Улучшение питания детей.
5. Обеспечение воспитания, развития и образования детей.
6. Поддержка детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах.

Особые права детей-инвалидов

1. Пенсионное обеспечение детей-инвалидов (на тот срок, на который установлена инвалидность).
2. Материальное обеспечение – денежные выплаты пособий, страховка, материальная помощь.
3. Медикаментозная помощь, услуги учреждений здравоохранения (бесплатно либо на льготных условиях).
4. Бесплатное обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и средствами передвижения.
5. Санаторно-курортное лечение (бесплатные путевки и льготы для сопровождающих лиц).

6. Транспортное обслуживание (дети-инвалиды, их родители, опекуны, попечители, социальные работники имеют право бесплатного проезда на всех видах транспорта общего пользования городского и пригородного сообщения, кроме такси).

7. Обеспечение жилой площадью (имеют льготы при постановке на учет и обеспечении жилой площадью, право на дополнительную жилую площадь).

8. Жилищно-коммунальные льготы семьям, воспитывающим детей-инвалидов (50 % скидка на квартплату, коммунальные услуги, платы за телефон и радио).

9. Льготы семьям, воспитывающим детей-инвалидов, в сфере трудовых отношений (дополнительные выходные дни, неполный рабочий день).

10. Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной и культурной инфраструктуры (доступ к местам отдыха, культурно-зрелищным и другим учреждениям, пользование транспортом и телефоном).

11. Обеспечение беспрепятственного доступа инвалидам к информации, органы социальной защиты населения оказывают инвалидам помощь в получении услуг по сурдопереводу, в обеспечении тифлосредствами, в том числе книгами с рельефно-точечным шрифтом Брайля.

12. Обеспечение воспитания, обучения, образования детей-инвалидов (принципы государственной политики в области образования:

а) гуманистический характер образования, приоритет общечеловеческих ценностей;

б) общедоступность образования и адаптивность системы образования к уровням и особенностям развития и подготовки обучающихся).

Формы получения образования детьми-инвалидами

1. В образовательном учреждении – специальном (коррекционном), общеобразовательном – при наличии социальноэкономических условий и если это не вредит ребенку.

2. Семейное образование.

3. Самообразование, экстернат:

– на дому – по полной или индивидуальной программе;

– в условиях стационарного учреждения социального обслуживания в соответствии с физическими возможностями и умственными способностями.

Общие вопросы установления инвалидности

Признание лица инвалидом осуществляется Государственной службой медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливает Правительство РФ.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица о мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничения жизнедеятельности, вызванного стойким расстройством функций организма.

МСЭ осуществляет государственная служба МСЭ, входящая в структуру органов социальной защиты населения РФ.

Функции МСЭ

1. Определение группы инвалидности, ее причины, сроков, времени наступления, потребности инвалида в различных видах социальной защиты.

2. Разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

3. Участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов.

4. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовые увечья или профессиональные заболевания.

5. Определение причин смерти инвалидов в случаях, когда законодательством РФ предусмотрено предоставление льгот семье умершего.

Основания для признания гражданина инвалидом (для установления категории ребенок-инвалид):

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами развития;
- ограничение жизнедеятельности;
- необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

Основные факторы, определяющие инвалидность:

1. Степень выраженности нарушений функций органа или организма вследствие заболеваний, травм или дефектов развития.
2. Степень ограничения отдельных категорий жизнедеятельности.
3. Наличие социальной недостаточности, требующей социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья.

Сроки установления категории «ребенок-инвалид»:

1. От 6 мес. до 2 лет.
2. От 2 до 5 лет.
3. До достижения 16-летнего возраста.

«Ребенок-инвалид – лицо, до достижения им возраста 16 лет имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствием травм, анатомическими дефектами, подтвержденное документально при проведении медико-социального обследования (экспертизы)» – Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24.11.95 № 181 ФЗ. Медицинские показания, при которых ребенок в возрасте до 16 лет признается инвалидом, утверждены приказом министра здравоохранения от 4.07.91 г. № 117:

1. Функциональные изменения и патологические состояния, дающие право на установление инвалидности на срок от 6 мес до 2 лет:

- 1) выраженные двигательные, психические, речевые нарушения после черепно-мозговых травм, нейроинфекций;
- 2) состояния, требующие длительной восстановительной или реабилитационной терапии в послеоперационном периоде;
- 3) стойкое выраженное нарушение функций почек, высокая степень активности в почечной ткани;
- 4) патологические состояния, возникающие при геморрагическом васкулите с длительностью его течения более 2 мес.;
- 5) осложненное течение язвенной болезни желудка, 12-перстной кишки, дисфункциональные маточные кровотечения на фоне коагулопатий тромбоцитопатий;
- 6) патологические состояния, обусловленные диффузным поражением соединительной ткани с высокой степенью активности процесса (более 3 мес.);
- 7) патологические состояния, обусловленные длительным применением сильно действующих препаратов, назначаемых по жизненным показаниям, длительностью более 3 мес., требующих терапевтической коррекции.

2. Функциональные изменения и патологические состояния, дающие право на установление инвалидности со сроком от 2 до 5 лет.

А. Дающие право на установление инвалидности со сроком на 2 года.

- 1) Поражения нервной системы и психические расстройства:
 - стойкие умеренно выраженные двигательные нарушения, сочетающиеся с нарушениями речи, зрения, слуха или без них;
 - стойкие речевые расстройства;

- выраженные расстройства функций тазовых органов, обусловленные поражениями спинного мозга;
- стойкие терапевтические резистентные эпилептиформные состояния или частые малые или бессудорожные припадки;
- затяжные психопатические состояния продолжительностью более 6 мес;
- умственная отсталость в степени дебильности в сочетании с выраженными нарушениями слуха, зрения, речи, ОДА, функциями других органов или систем и патологическими формами поведения;
- патология поведения, нарушения эмоционально-волевой сферы, приводящая к стойкой социальной дезадаптации.

2) Поражения анализаторных систем:

- стойкое снижение остроты зрения до 0,2 в лучше видящем глазу или сужение поля зрения в лучше видящем глазу до 25 % точки фиксации во всех направлениях;
- отсутствие слуховой функции.

3) Поражение внутренних органов и систем:

- невозможность самостоятельного дыхания без трахеотомической трубки при врожденных и приобретенных заболеваниях гортани и трахеи;
- тяжелое течение бронхиальной астмы, стойко выраженное нарушение функций пищеварения и (или) функций печени при заболеваниях и пороках развития желудочно-кишечного тракта, печени и (или) желчевыводящих путей;
- застойная сердечная недостаточность;
- обширные поражения кожного покрова или слизистых;
- выраженные нарушения функций и (или) косметический дефект вследствие доброкачественного образования.

Б. Дающие право на установление инвалидности со сроком на 5 лет.

1. Врожденные наследственные болезни обмена веществ, требующие специальной диеты.

2. Врожденные и наследственные заболевания и синдромы, приводящие к частичному нарушению жизнедеятельности и социальной дезадаптации.

3. Острый лейкоз, лимфогранулематоз.

4. Злокачественные новообразования после хирургического и других видов лечения любой локализации, независимо от стадии опухолевого процесса.

5. Оперированная гидроцефалия.

6. Ортопедические и хирургические заболевания:

- выраженные обширные деструкции костной ткани, патологические изменения мышц;
- нарушения функций ОДА за счет деформации позвоночника и грудной клетки;
- нарушения функций конечностей за счет врожденных аномалий;
- нарушения функций дыхания, жевания, глотания, речи при врожденных пороках;
- стойкое недержание мочи, кала, кишечные мочевики и мочеполювые свищи, не поддающиеся хирургической коррекции или подлежащие по срокам хирургическому лечению.

3. Патологические состояния, дающие право на установление инвалидности на срок до 16-летнего возраста.

1. Параличи или глубокие парезы одной или более конечностей, генерализованные гипрексии, нарушения координации.

2. Терапевтические резистентные в течение двух и более лет судороги.

3. Олигофрения или слабоумие различного генеза.

4. Поражение органа зрения, отсутствие или слепота одного глаза.

5. Глухота.

6. Поражения бронхолегочной системы.
7. Стойкая дыхательная недостаточность.
8. Застойная сердечная недостаточность.
9. Выраженное стойкое необратимое нарушение функции печени.
10. хроническая почечная недостаточность. Злокачественная гипертензия. Почечный и сахарный диабет.
11. Инкурабельные злокачественные новообразования, доброкачественные новообразования, не подлежащие хирургическому лечению при нарушении функции органа.
12. Неустранимое постоянное недержание кала и мочи, каловые и мочеполовые свищи.
13. Патологические состояния, возникающие при отсутствии или выраженном недоразвитии важных органов или систем, приводящие к стойкому нарушению функции.
14. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата.
15. Недостаточность функций желез внутренней секреции.
16. хронический лейкоз, лимфогранулематоз, гиститоз.
17. Врожденные и приобретенные гипо– и апластические состояния крови.
18. Тяжелые состояния коагулопатий и тромбопатий.
19. Врожденные иммунодефицитные состояния.
20. Приобретенные иммунодефицитные состояния.

Для прохождения МСЭ необходимо иметь следующие документы:

1. Паспорт одного из родителей (опекуна).
2. Свидетельство о рождении или паспорт ребенка.
3. Направления на МСЭ (ф. 0 – 80 (у – 97 г.).
4. Выписку из амбулаторной карты.
5. Амбулаторную карту.

Социальное обслуживание детей с ограниченными возможностями

Социальное обслуживание – деятельность соцслужб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социальномедицинских, психолого-педагогических услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации (ФЗ «Об основах социального обслуживания населения» ст. 1).

Социальная реабилитация ребенка – мероприятия по установлению утраченных ребенком социальных связей и функций.

Социальная адаптация ребенка – процесс активного приспособления ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, к жизни в обществе, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, общественным ценностям, а также процесс преодоления последствий психологических (моральных) травм.

Учреждения социального обслуживания:

1. Комплексные центры социального обслуживания населения.
2. Центры социальной помощи семье и детям.
3. Центры социального обслуживания.
4. Социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних.
5. Центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей.
6. Социальные приюты для детей и подростков.
7. Центры психолого-педагогической помощи населению.
8. Центры экстренной психологической помощи по телефону.
9. Центры (отделения) социальной помощи на дому.
10. Дома ночного пребывания.
11. Стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, ПНИ, реабилитационные центры для инвалидов).

12. Кризисные центры помощи женщинам, а также иные учреждения предоставляющие социальные услуги.

Социальные службы для детей – государственные, муниципальные и частные организации, осуществляющие мероприятия по социальному обслуживанию.

Виды социального обслуживания:

- материальная помощь;
- обслуживание на дому;
- обслуживание в стационарных учреждениях;
- предоставление временного приюта;
- организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания;
- консультативная помощь;
- реабилитационные услуги.

Социальная помощь – периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению, преодолению трудной жизненной ситуации.

Виды социальной помощи

Социально-педагогическая помощь направлена на:

- содействие в преодолении конфликтных ситуаций в семье, в коллективе,
- педагогическое воспитание и образование родителей, помощь родителям, испытывающим трудности в воспитании детей;
- профилактику и преодоление педагогических ошибок родителей и педагогов;
- обучение детей и родителей здоровому образу жизни, поддержанию психического и физического здоровья, успешному разрешению конфликтов и др.;

патронаж семей, имеющих неблагоприятные психологические и социально-педагогические условия;

обеспечение безопасной жизни, развитие и воспитание детей, проживающих с родителями в кризисной ситуации (развод, болезнь...) в асоциальных семьях;

содействие в получении образования ребенком-инвалидом (выбор оптимальных форм, методов, условий обучения).

Социально-психологическая помощь направлена на:

повышение психологической устойчивости и формирование психологической культуры граждан;

создание в семье, в детском коллективе атмосферы взаимопонимания и взаимного уважения;

ознакомление с особенностями психологии детского возраста;

устранение негативных воздействий дома, ближайшего неблагоприятного окружения ребенка дома;

преодоление последствий насилия, моральных и психологических травм;

профилактику и предотвращение возможных эмоциональных и психических кризисов у детей;

психологическое обследование личности ребенка;

психологическую коррекцию нарушения общения у детей.

27. Заключение, или обращение ко всем, кто думает о жизни...

В настоящее время все больше и больше внимания уделяется вопросам жизнедеятельности, а также социальной реабилитации людей с нарушениями в развитии или особыми людьми, как их сейчас все чаще стали называть (в недавнем прошлом о таких людях говорили «инвалиды», «тяжелобольные», «калеки» и т. д.).

Если человек не имеет в ближайшем окружении людей с особыми потребностями, то он и не задумывается о другой стороне жизни. Но, увы, жизнь непредсказуема, и никто не может знать, что будет «завтра». Образованность человека не в количестве дипломов о высшем образовании. Человек образованный – это человек «сведущий» в различных областях жизни, имеющий представления о разных сторонах ее. И если бы сегодня было больше образованных людей, может быть, и детей с проблемами в развитии рождалось бы меньше, и отказных детей было бы меньше, а жизнь в детских домах и психоневрологических интернатах была бы другой (сегодня только и остается что сравнивать, а за рубежом отношение к таким людям и детям совсем другое).

В Магнитогорске и области существует достаточно замечательных (как бы это ни противоречило сложности нарушений в развитии человека) специальных коррекционных учреждений – образовательных и социальных, в которых находится просто огромное количество детей и взрослых. С ними там работают специалисты, педагоги-профессионалы с большой буквы, которые, перешагнув грань страха, безразличности, неприязни и жалости, посвящают таким людям и детям свой труд, свою жизнь, делят с ними радости и печали.

Хотелось бы сказать огромное спасибо директору Магнитогорского психоневрологического интерната Шестаковой Ирине Васильевне, с приходом которой на должность директора в интернате стало многое меняться к лучшему, несмотря на то что проживающих (людей с определенными проблемами в развитии старше 18 лет) с середины 2002 г. в интернате стало в два раза больше.

Особо радует, что быт и жизнеобеспечение людей с ограниченными возможностями, которые находятся, как правило, в специальных социальных учреждениях для детей и взрослых, в настоящее время становятся все лучше и лучше. Такой небольшой срок, как три года, показывает значительные изменения как «стен», так и их «содержания». Будем надеяться, что со временем будут меняться в лучшую сторону и законы, касающиеся детей и взрослых с нарушениями в развитии.

Говоря об особых людях, мы имеем в виду таких взрослых и детей, как умственно отсталых (с нарушением интеллекта разной степени тяжести), слабослышащих и незрячих, слабослышащих и неслышащих, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с психическими заболеваниями и т. д., как правило, в основном это люди со своей особой индивидуальной нормой, но считающиеся в нашем обществе ненормальными.

В ближайшем будущем наш Магнитогорский государственный университет (МаГУ) на факультете педагогики и методики начального образования планирует открыть дефектологическое отделение и вести подготовку будущих специалистов по специальности «Олигофренопедагогика» (в настоящее время как городу, так и области нужны педагоги для работы с детьми с особыми образовательными потребностями). Пока же получить базовое высшее дефектологическое образование можно только в г. Екатеринбурге, Москве и др., а также в г. Челябинске, но на базе высшего образования и за определенную плату.

И в заключение хотелось бы обратиться ко всем с небольшим «лирическим отступлением» по затронутой и поднятой нами теме.

Для всех, кто думает о ЖИЗНИ...

Почему вы проснулись ослепленные солнцем, с предвкушением счастья?

Потому, что настало утро нового дня. Дня волшебных открытий, общения с вашим ребенком, постижением непостижимой тайны поэзии родительства. Вы проснулись факиром, всемогущим магом. И ведь это не грезы, а это реальность, потому что вам, будничным и прозаичным, удалось совершить неожиданное чудо. Вы, земные, неожиданно создали божественное... – ...лучезарного солнечного малыша. Посмотрите, как он благодарен вам за это. Как растет и взрослеет.

Но вдруг... узнаешь ту сторону жизни, о которой не пишут в книгах, о которой не хочется читать, о которой (пока с ней не столкнешься) даже не знаешь!.. Возникает сильное желание поблагодарить своих родителей за себя такую. Начинаешь понимать, что такое *счастье*, что значит быть здоровой, иметь здоровых родителей и здоровых детей, чувствовать себя нужным кому-то.

А самое главное, хочется сделать ВСЁ, чтобы ДАТЬ СВОЕМУ РЕБЕНКУ ПОЛНОЦЕННУЮ НОРМАЛЬНУЮ ЖИЗНЬ. Несмотря ни на что: ни на переходное состояние нашего общества, ни на отсутствие безопасности, ни на большое количество стрессов, ни на явную «дебилизацию» общества...

Наслаждайтесь общением с вашим чудом, чтобы он вам никогда не написал: «Неужели вы, взрослые, не понимаете, что я не хочу расти дебилом, умственно отсталым, калеккой, неполноценным? Неужели вы, взрослые, не понимаете, что мне нужны мама и папа? Неужели вы, взрослые, не знаете, что я не могу жить без вашего тепла? Почему же вы такие злые, бездушные, бессердечные?»

Всем, кто думает о жизни, стоит задуматься и ответить для себя на вопрос: «КАКОЙ ТЫ (Я)», «Я – НОРМАЛЬНЫЙ ЧЕЛОВЕК»?!

Темы для самостоятельного изучения

1. План описания синдрома

1. Понятие синдрома, статистика.
2. Возможные причины синдрома.
3. Проявления, характерные особенности, формы, сферы нарушения при данном синдроме.
4. Возможности обучения и развития, коррекция, лечение, социальная помощь.
5. Иллюстрации, дополнительная информация, примеры, личные впечатления.

2. Список синдромов для самостоятельного изучения

- 1) синдром (с) Ретта (жен.)
- 2) алкогольный с плода
- 3) альбинизм
- 4) с Вильямса («лицо эльфа»)
- 5) гаргоилизм
- 6) с Дауна (монголизм)
- 7) гипердинамический с, (Винокуров, с. 93)
- 8) с Каннера (РДА) (Винокуров, с. 89)
- 9) с Клайнфельтера (муж.)
- 10) с Корнелии де Ланге
- 11) болезнь Литтля (ДЦП)
- 12) с Нунан
- 13) болезнь Паркинсона
- 14) с Рубинштейна – Тейби
- 15) с Туретта
- 16) с Шерешевского – Тернера (жен.)
- 17) болезнь Фёллинга (фенилкетонурия)
- 18) болезнь Фридрейха
- 19) с Ушера
- 20) эпилептиформный с.

Психопатологические синдромы:

- 21) с галлюциноза
- 22) с деперсонализации
- 23) параноидный с
- 24) с психического автоматизма
- 25) амнестический с
- 26) с слабоумия
- 27) ипохондрический с
- 28) депрессивный с
- 29) маниакальный с
- 30) кататонический с
- 31) аутистический с
- 32) с гиперактивности
- 33) с нарушения сознания
- 34) астенический с
- 35) болезнь Пика
- 36) болезнь Альцгеймера
- 37) болезнь Крейтцфельда – Якоба

38) хорея Гентингтона

3. Тематика рефератов по специальной педагогике

1. Детские неврозы.
2. Школьные неврозы.
3. Детская шизофрения.
4. Эпилепсия.
5. Вариативная деятельность при работе с умственно отсталыми детьми.
6. Принципы коррекционной педагогики.
7. Приемы коррекционно-воспитательной работы.
8. ДЦП.
9. Миопатия.
10. Теория компенсирующего обучения.
11. Сегрегация и интеграция в учебном процессе.
12. Система социальных институтов для оказания помощи людям с проблемами развития.
13. ЗПР: проблемы образования детей.
14. Формы работы с умственно отсталыми детьми.
15. Коррекция гиперактивности.
16. Коррекция замкнутости.
17. Коррекция агрессивности.
18. Коррекция застенчивости.
19. Коррекция тиков и энуреза.
20. Коррекция kleптомании и пиромании.
21. Коррекция бродяжничества.
22. Умственная отсталость: олигофрения и деменция.
23. Умственная отсталость: идиотия, имбецильность.
24. Особенности развития детей дебилов.
25. Детский аутизм (РДА).
26. Невротические страхи.
27. Невротические тики.
28. Невротические расстройства сна.
29. Невротические расстройства речи.
30. Невротические расстройства аппетита.
31. Инволюционные психозы.
32. Предстарческие деменции.
33. Психические нарушения при СПИДе.
34. Последствия энцефалитов и менингоэнцефалитов.
35. Психические нарушения при опухолях головного мозга.

4. Рекомендации по подготовке памятки (или обзорного листа) по коррекционной педагогике

Памятка – это обращение к аудитории определенного возраста или социального статуса, социальной роли, в которой содержится:

- 1) раскрытие определенной проблемы (на уровне понятий);
- 2) описание причин возникновения данной проблемы (кратко);
- 3) сжатые положения, раскрывающие основные пути выхода из этой проблемы;
- 4) конкретные рекомендации по избежанию этой проблемы в реальной жизни;
- 5) высказывания (цитаты) ведущих ученых, исследователей, писателей по данной проблеме;
- 6) основной вывод, «ключевая фраза» – обращение к читателям памятки;

7) возможно использование небольших иллюстраций, схем, конкретной информации о центрах, городах и личных судьбах людей и т. п.

Памятку выполняют на одном отдельном листе формата А4, А3 или А2.

5. Примерная тематика для разработки памятки

1) Что нужно знать и делать родителям, чтобы избежать рождения ребенка с проблемами в развитии.

2) Ранняя диагностика и развитие ребенка (памятка для родителей).

3) Условия успешного семейного воспитания ребенка.

4) Что нужно знать и делать родителям при рождении ребенка с нарушением в развитии.

5) В помощь воспитателю ДООУ, работающему с детьми с ограниченными возможностями.

6) Что нужно знать и делать родителям, чтобы дать своему ребенку полноценную нормальную жизнь.

7) Если в классе есть проблемный ребенок (памятка для учителя).

План практических занятия по курсу

Тема 1. Общие основы специальной педагогики

1. Какие причины вызывают возрастание числа детей с отклонениями в развитии?
2. Приведите примеры первичных отклонений и вторичных наслоений в структуре дефекта при аномальном развитии ребенка.
3. Какие виды нарушений развития встречаются у детей?
4. Раскройте социальное значение дефектологии (в частности, коррекционной педагогики).
5. Охарактеризуйте связь специальной психологии и коррекционной педагогики.
6. В чем суть системного, комплексного подхода к изучению, обучению и воспитанию ребенка с отклонениями в развитии?
7. Объясните, почему педагоги должны знать основы коррекционной педагогики.

Литература

1. **Астапов В.И.** Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М.: Международ. академия, 1994.
2. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / Под ред. Воронковой. М.: Школа-пресс, 1994.
3. Время колокольчиков. Журнал Детского ордена милосердия. № 10. М., 1999.
4. **Выготский Л.С.** Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995.
5. **Демьянов Ю.Г.** Диагностика психических нарушений: Практикум. СПб.: ИД «МиМ», 1999.
6. Дети с отклонениями в развитии. М.: Аквариум, 1997.
7. Дефектология. Научно-методич. журнал. М.: РАО, Школа-пресс. (С 1969 г.)
8. **Добсон Д.** Непослушный ребенок. М., 1992.

Тема 2. Воспитание и обучение детей с нарушениями развития

1. Основные виды нарушений развития ребенка.
2. Особенности личности умственно отсталого ребенка.
3. Какие задачи ставятся при работе с умственно отсталыми детьми дошкольного возраста?
4. Специфические особенности развития ребенка олигофрена.
5. Система специальной помощи детям дошкольного возраста с отклонениями в развитии.
6. Что понимается под интегративным обучением и воспитанием детей?

Литература

1. **Забрамная С.Д.** Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения. М.: Просвещение, 1988.
2. **Замский Х.С.** Умственно отсталые дети. М.: НПО «Образование», 1995.
3. **Кэрл Тингей-Михаэлис.** Дети с недостатками развития. М.: Педагогика, 1988.
4. На пути к социальной реабилитации. В помощь родителям, воспитывающим ребенка с особыми нуждами / Сост. В.А. Крупецкий. Обнинск, 1999.
5. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста: Методическое пособие / Под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Полиграф сервис, 1998.

Тема 3. Обучение и воспитание детей с нарушениями интеллектуальной сферы

1. Охарактеризуйте задержку психического развития у детей.
2. В чем отличие умственно отсталого ребенка от ребенка с ЗПР?
3. Какие причины могут вызвать ЗПР?

4. Какие задачи призвана решать специальная школа для детей с нарушениями интеллекта?
5. В чем заключаются особенности работы с глубоко умственно отсталыми детьми?
6. Какие трудности обучения отмечаются у учащихся с нарушениями развития и чем они обусловлены?

Литература

1. **Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е.** Общая психопатология. Ростов н/Д: Феникс, 1998.
2. **Буянов М.И.** Беседы о детской психиатрии. М.: Просвещение, 1986.
3. **Вайзман Н.П.** Реабилитационная педагогика (медико-психолого-педагогические аспекты). М.: Просвещение, 1995.
4. **Винокуров Л.Н.** Основы педагогической диагностики и профилактика нервно-психических нарушений у детей и подростков. Кострома, 1994.
5. **Власова Т.А. Певзнер М.С.** О детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1973.
6. Коррекционная педагогика. Под ред. Б.П. Пузанова, М., 1999.
7. **Рубинштейн С.Я.** Психология умственно отсталого школьника. М.: Просвещение, 1970.

Тема 4. Политика государства в области социальной защиты детей с отклонениями развития

1. От чего зависит отношение к детям-инвалидам в обществе?
2. Охарактеризуйте отношение к аномальным детям в разных странах, в разные исторические эпохи?
3. Приведите примеры международных усилий, направленных на решение проблемы детской инвалидности.

Литература

1. **Зигфред М. Пушел.** Человек с Синдромом Дауна. М., 1998.
2. На пути к социальной реабилитации. В помощь родителям, воспитывающим ребенка с особыми нуждами / Сост. В.А. Крупецкий. Обнинск, 1999.
3. Обучение детей бытовым навыкам. Из книги «Путь к независимости» Бейкера Б.Л., Брайтмана А.Д. / Под ред. В.А. Крупецкого. Обнинск, 1999.
4. Родителям детей с синдромом Дауна к лучшему будущему. Часть I, II, III. М., 1999.
5. **Томас И. Вейс.** Как помочь ребенку: Опыт лечебной педагогики в Кемпхилл-общинах. М., 1992.

Задания для самостоятельной работы в течение I и II семестров

1. Составить краткие конспекты статей из журналов «Дефектология», «Вопросы дефектологии», «Обучение и воспитание детей с нарушениями в развитии».
2. Написать библиографические карточки по журналам (см. п. 1).
3. Подготовить обзорный лист по одной из проблем в развитии ребенка (Например: олигофрения, психоз, детская шизофрения и т. д.). Лист должен быть сделан в печатном варианте, с кратким изложением теоретического материала по данной проблеме, с использованием схем, таблиц, графиков для более наглядного представления о предлагаемой проблеме.
4. Подобрать и описать 2–3 диагностических приема, направленных на выявление проблемы в развитии ребенка.
5. Подобрать и описать, а также быть готовым для проведения в аудитории 2–3 коррекционных упражнений, направленных на коррекцию какой-либо проблемы в развитии личности (с указанием возрастной категории, цели и основного хода проведения упражнения).

Литература

1. ***Забрамная С.Д.*** Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. М.: Просвещение, 1995.
2. ***Карабанова О.А.*** Игра и коррекция психического развития ребенка. М.: Росс. Пед. Агентство, 1997.
3. ***Кащенко В.П.*** Педагогическая коррекция. М.: Просвещение, 1994.
4. ***Клюева Н.В., Касаткина Ю.В.*** Учим детей общению. Ярославль, 1996.
5. ***Лусканова Н.Г.*** Методы исследования детей с трудностями в обучении. М., 1993.
6. Психокоррекция и развивающая работа с детьми / Под ред. И.В. Дубровиной. М.: Академия, 1998.
7. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста: Методическое пособие / Под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Полиграф сервис, 1998.
8. ***Семенюк Л.М.*** Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. М., 1996.

Контрольные вопросы и задания по курсу

1-й блок. Виды нарушений развития и их причины

1. Какие причины вызывают возрастание числа детей с отклонениями в развитии?
2. Приведите примеры первичных отклонений и вторичных наслоений в структуре дефекта при аномальном развитии ребенка?
3. Какие виды нарушений развития встречаются у детей?
4. Назовите основные причины нарушения развития ребенка?
5. Раскройте социальное значение дефектологии (в частности, специальной педагогики).
6. Охарактеризуйте связь специальной психологии и коррекционной педагогики.
7. В чем суть системного, комплексного подхода к изучению, обучению и воспитанию ребенка с отклонениями в развитии?
8. Объясните, почему педагоги должны знать основы коррекционной педагогики?
9. Охарактеризуйте принципы и приемы изучения (обследования) ребенка.
10. Раскройте задачи и содержание работы ПМПК (консультаций).
11. Какие концепции (положения) Л.С. Выготского особо значимы для коррекционной педагогики?

2-й блок. Воспитание и обучение детей с нарушениями развития

1. Что понимается под комплексным подходом к устранению нарушений развития?
2. Охарактеризуйте роль общения в развитии речи и личности ребенка.
3. Назовите основные виды нарушений развития ребенка.
4. Охарактеризуйте основные виды нарушений речи.
5. Охарактеризуйте особенности личности умственно отсталого ребенка.
6. Какие задачи ставятся при работе с умственно отсталыми детьми дошкольного возраста?
7. В чем специфические особенности развития ребенка олигофрена?
8. Охарактеризуйте систему специальной помощи детям дошкольного возраста с отклонениями в развитии.
9. Что понимается под интегративным обучением и воспитанием детей?
10. Проанализируйте особенности развития ребенка вне семьи (в детском доме).
11. С чем связаны нарушения звукопроизношения у детей?

3-й блок. Обучение и воспитание детей с нарушениями интеллектуальной сферы

12. Что изучает олигофренопедагогика?
13. Охарактеризуйте разные степени умственной отсталости.
14. Раскройте основные формы олигофрении.
15. С какими науками связана олигофренопедагогика? В чем эта связь проявляется?
16. Охарактеризуйте задержку психического развития у детей.
17. В чем отличие умственно отсталого ребенка от ребенка с ЗПР?
18. Какие причины могут вызвать ЗПР?
19. Какие задачи призвана решать специальная школа для детей с нарушениями интеллекта?
20. В чем заключаются особенности работы с глубоко умственно отсталыми детьми?
21. Какие трудности обучения отмечаются у учащихся с нарушениями развития и чем они обусловлены?

4-й блок: Политика государства в области социальной защиты детей с отклонениями развития

22. От чего зависит отношение к детям-инвалидам в обществе?

23. Охарактеризуйте отношение к аномальным детям в разных странах, в разные исторические эпохи?

24. Приведите примеры международных усилий, направленных на решение проблемы детской инвалидности.

25. Приведите краткие сведения об истории дефектологии в нашей стране.

26. Охарактеризуйте современную систему образовательных учреждений в нашей стране для детей с нарушениями развития.

Примерные вопросы к экзамену по специальной психологии и основам обучения и воспитания умственно отсталых детей для студентов отделения «Логопедия» очной и заочной формы обучения

1. Место олигофренопедагогики в психолого-педагогической науке (определение, цель, задачи...).

2. Характеристика детей с нарушениями поведения (девиантное, деликвентное...).

3. Исторический аспект развития олигофренопедагогики.

4. Особенности развития детей с легкой степенью умственной отсталости.

5. Объект и предмет изучения олигофренопедагогики (понятия «умственная отсталость» и «умственно отсталый ребенок»).

6. Особенности развития детей со средней степенью умственной отсталости.

7. Классификации умственно отсталых детей.

8. Особенности развития детей с тяжелой степенью умственной отсталости.

9. Характеристика детей с врожденной умственной отсталостью.

10. Какие трудности обучения отмечаются у учащихся с нарушениями развития и чем они обусловлены.

11. Характеристика детей с приобретенной умственной отсталостью.

12. Особенности развития детей со сложными дефектами развития (сочетание ЗПР и сенсорных нарушений).

13. Психолого-педагогическая характеристика детей дебилов.

14. Особенности развития детей со сложными дефектами развития (сочетание умственной отсталости и сенсорных нарушений).

15. Психолого-педагогическая характеристика детей имбецилов.

16. Особенности развития детей с синдромом Каннера.

17. Психолого-педагогическая характеристика детей идиотов.

18. Особенности ощущения и восприятия у детей с нарушениями зрения.

19. Характеристика детей с более редкими формами олигофрении (как следствие сифилиса, гидроцефалии, гипотиреоза, фенилкетонурии).

20. Особенности ощущения и восприятия у детей с нарушениями слуха.

21. Причины умственной отсталости.

22. Особенности ощущения и восприятия у детей с ЗПР.

23. Причины умственной отсталости.

24. Особенности ощущения и восприятия у детей с ЗПР.

25. Система образовательных учреждений для умственно отсталых детей.

26. Особенности ощущения и восприятия у детей с нарушениями интеллекта.

27. Сущность и содержание специальной дидактики.

28. Особенности памяти и внимания умственно отсталых детей.

29. Цель и задачи специальной дидактики.

30. Особенности памяти и внимания у детей с ЗПР.

31. Принципы специальной дидактики.

32. Особенности памяти и внимания у детей с нарушением зрения.
33. Методы и приемы специальной дидактики.
34. Особенности памяти и внимания у детей с нарушением слуха.
35. Формы специальной дидактики (структура и основные компоненты).
36. Характеристика системы коррекционно-развивающего образования.
37. Особенности мышления и речи у детей с нарушением слуха.
38. Особенности мышления и речи у детей с нарушением зрения.
39. Характеристика личности педагога, работающего с умственно отсталыми детьми.
40. Особенности мышления и речи у детей с ЗПР.
41. Особенности содержания обучения умственно отсталых детей.
42. Особенности мышления и речи умственно отсталых детей.
43. Сущность и принципы воспитания умственно отсталых детей.
44. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с ЗПР.
45. Взаимозависимость степени умственной отсталости и особенностей воспитательного процесса.
46. Особенности эмоционально-волевой сферы умственно отсталых детей.
47. Характеристика основных видов воспитания умственно отсталых детей.
48. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с нарушением зрения.
49. Профессиональная ориентация и трудовое воспитание умственно отсталых детей.
50. Особенности эмоционально-волевой сферы у детей с нарушением слуха.
51. Возможности интеграции умственно отсталых детей в России и за рубежом.
52. Сущность и содержание специальной психологии (цели, задачи, связь с другими науками).

Примерные вопросы к экзамену по «Основам специальной педагогики» для студентов ОЗО

1. Какие виды нарушений развития встречаются у детей?
2. Какие причины вызывают возрастание числа детей с отклонениями в развитии?
3. Раскройте социальное значение дефектологии (в частности, коррекционной педагогики).
4. Назовите основные причины нарушения развития ребенка.
5. В чем заключаются особенности работы с глубоко умственно отсталыми детьми?
6. В чем отличие умственно отсталого ребенка от ребенка с ЗПР?
7. Какие виды нарушений развития встречаются у детей?
8. Какие причины вызывают возрастание числа детей с отклонениями в развитии?
9. Какие причины могут вызвать ЗПР?
10. Какие трудности обучения отмечаются у учащихся с нарушениями развития и чем они обусловлены?
11. Классификация детей с нарушениями слуха и зрения.
12. Классификация нервно-психических заболеваний.
13. Назовите основные причины нарушения развития ребенка.
14. Нарушения у детей с ДЦП.
15. Объясните, почему педагоги должны знать основы коррекционной педагогики?
16. Основные признаки детского аутизма.
17. Отклонения характера в детском возрасте.
18. Охарактеризуйте задержку психического развития у детей.
19. Охарактеризуйте нарушения анализаторных систем.

20. Охарактеризуйте отношение к аномальным детям в разных странах, в разные исторические эпохи.

21. Охарактеризуйте разные степени умственной отсталости.

22. Охарактеризуйте современную систему образовательных учреждений в нашей стране для детей с нарушениями развития.

23. Педагогическая характеристика трудного ребенка.

24. Признаки и проявления неврозов.

25. Признаки умственной отсталости у учащихся.

26. Причины и проявления деменции.

27. Причины и проявления нарушения опорно-двигательного аппарата у детей.

28. Проанализируйте особенности развития ребенка вне семьи (в детском доме).

29. Разделы дефектологии и специальной педагогики.

30. Раскройте задачи и содержание работы ПМПК (консультаций).

31. Раскройте основные формы олигофрении.

32. Раскройте социальное значение дефектологии

33. Следствия повреждения головного мозга.

34. Социальная реабилитация детей с нарушениями анализаторной сферы.

35. Специальная помощь детям с нарушениями в развитии.

36. Характеристика видов дебильности.

37. Характеристика детей имбецилов (синдром Дауна).

38. Характеристика и проявления психических заболеваний.

39. Что изучает олигофренопедагогика?

40. Что понимается под интегративным обучением и воспитанием детей?

В каждом билете – два вопроса и одно понятие.

Аттестационные педагогические измерительные материалы по курсу

Варианты тест-билетов для студентов по курсу «Основы специальной педагогики»

Указания: тест-билет включает 14 вопросов, время выполнения – 30 минут. Все вопросы имеют 4 варианта ответов, из которых правильный один или несколько. Номер (номера) выбранного вами ответа обведите кружочком в бланке для ответов.

ВАРИАНТ № 1

1. Специальным принципом олигофренопедагогики является —	1) дифференциация обучения; 2) природосообразность; 3) оптимистическая перспектива; 4) систематичность
2. Дефектология как наука зародилась —	1) в древние времена; 2) в конце XX в.; 3) в начале XX в.; 4) в эпоху возрождения
3. Психоз это —	1) заболевание головного мозга; 2) изменения личности в целом; 3) нарушение сознания; 4) нарушение отражения реального мира
4. Предметом специальной педагогики является —	1) аномальный человек; 2) способы и приемы развития личности; 3) теория и практика специального образования; 4) условия компенсации дефекта

5. Деменция это —	1) нарушение поведения; 2) врожденная умственная отсталость; 3) безумие; 4) приобретенное слабоумие
6. Комплекс гуманитарных услуг представителям из экономически необеспеченных слоев населения это —	1) реабилитация; 2) коррекция; 3) социальная помощь; 4) адаптация
7. К категории псевдо-обучаемых детей относятся —	1) дети с ЗПР; 2) идиоты; 3) олигофрены; 4) имбецилы
8. С нарушениями сенсорных систем связаны —	1) речевые нарушения; 2) психические нарушения; 3) умственная отсталость; 4) аутизм
9. Принципы специального образования —	1) пр. ранней педагогической помощи; 2) пр. природосообразности; 3) пр. коррективно-компенсирующей направленности; 4) пр. дополнительности
10. Дефекты речевого развития, как правило, наблюдаются —	1) у аутичных детей; 2) у детей с ДЦП; 3) у детей с ЗПР; 4) у глухих детей
11. Реция и развитие проблемного ребенка эффективна при помощи —	1) искусства; 2) индивидуальных занятий; 3) экскурсий; 4) терапии
12. Специальная педагогика с медицинским сопровождением это —	1) специальная психология; 2) олигофренопедагогика; 3) дефектология; 4) лечебная педагогика
13. Комплекс медицинских, социальных, образовательных и профессиональных мероприятий, с целью подготовки человека до наивысшего уровня его функциональных способностей, это —	1) абилитация; 2) компенсация; 3) реадaptация; 4) реабилитация
14. Специальная педагогика это —	1) составная часть педагогики; 2) раздел медицины; 3) раздел специальной психологии; 4) часть коррекционной педагогики

ВАРИАНТ № 2

1. Первоначальное формирование способности к чему-либо это —	1) коррекция; 2) сегрегация; 3) абилитация; 4) реабилитация
2. Для оказания комплексной помощи детям с нарушениями в развитии создаются —	1) психологические службы; 2) реабилитационные центры; 3) центры творчества; 4) ПМПК
3. Важнейшей составляющей процесса медико-социально-педагогического патронажа являются —	1) коррекция дефектов; 2) ранняя диагностика; 3) ранняя комплексная помощь; 4) социальная адаптация
4. К отклонениям характера относятся	1) негативизм; 2) невротические реакции; 3) клептомания; 4) аутизм;
5. Особой задачей вспомогательной школы является —	1) трудовое воспитание; 2) социально-трудовая адаптация;

	3) интеграция процесса обучения; 4) коррекция дефектов развития
6. Аутизм всегда осложнен —	1) глухотой; 2) умственной отсталостью; 3) нарушением психики; 4) недоразвитием речи
7. ДЦП это —	1) инфекционное заболевание; 2) атрофия мышц; 3) наследственная патология; 4) поражение двигательных зон коры головного мозга
8. Интеграция это —	1) приспособление к условиям жизни; 2) объединение с целью создания условий для развития; 3) система педагогических методов для работы с аномальными детьми; 4) процесс разъединения по формам обучения, возрасту и т.д.
9. К разделам специальной педагогики не относятся —	1) сурдотехника; 2) олигофренопедагогика; 3) логопедия; 4) специальная психология
10. Признаком невроза является —	1) страхи; 2) депрессия; 3) головные боли; 4) тошнота
11. Инвалиды 2 группы по интеллекту это —	1) дементные дети; 2) идиоты; 3) имбецилы; 4) дебилы

12. Специальная педагогика это —	1) раздел дефектологии; 2) раздел спец. психологии; 3) наука об образовании умственно отсталых людей; 4) раздел общей педагогики.
13. ЗПР — это нарушение, причина которого —	1) органическое поражение ЦНС; 2) врожденный дефект; 3) социальное неблагополучие; 4) функциональное расстройство.
14. На ранних этапах развития проблемного ребенка необходимо организовать	1) специальное обучение; 2) диагностику развития; 3) консультации и обучение родителей; 4) коррекционно-воспитательную работу

ВАРИАНТ № 3

1. Основные методы специальной педагогики —	1) наблюдение; 2) обследование; 3) эксперимент; 4) анализ результатов
2. Первые попытки обучения слабоумных предпринял —	1) Л.С. Выготский; 2) Филипп Пинель; 3) Жан Итар; 4) Жан Эскироль
3. Одним из самых значительных факторов реабилитации является —	1) семейное воспитание; 2) трудовое воспитание; 3) эстетическое воспитание; 4) специальное обучение
4. Замещение или перестройка нарушенных функций организма это —	1) коррекция; 2) реабилитация; 3) компенсация; 4) исправление

5. К основным средствам социальной адаптации слепых детей относят:	1) трудовую реабилитацию; 2) шрифт Брайля; 3) тифлотехнические средства; 4) компенсацию зрения
6. На степень умственной отсталости влияют —	1) место поражения; 2) хронические заболевания; 3) время возникновения дефекта; 4) глубина поражения
7. Особая категория учащихся общеобразовательной школы с широкой «зоной ближайшего развития» и с функциональным расстройством психики это —	1) дети-дебилы; 2) педагогически запущенные учащиеся; 3) дети с ЗПР; 4) дети из социально неблагополучных семей
8. Пиромания это —	1) стремление к воровству; 2) бессмысленная ложь; 3) стремление к поджигательству; 4) отклонение характера
9. К глубоко умственно отсталым детям относят —	1) имбецилов; 2) дебилов; 3) аутичных детей; 4) идиотов
10. Система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей, это —	1) компенсация; 2) социализация; 3) адаптация; 4) коррекция
11. Гиппократ в V—VI вв. до н.э. как особую болезнь выделил —	1) шизофрению; 2) эпилепсию; 3) психоз; 4) аутизм
12. Наследственное заболевание, характеризующееся мышечной слабостью и атрофией мышц, это —	1) полиомиелит; 2) миопатия; 3) ДЦП; 4) артрогрипоз
13. Повышенная утомляемость, головокружение, тошнота, головные боли — это признаки	1) невропатии; 2) минимальной мозговой дисфункции; 3) невроза; 4) психопатии
14. Уход от реального внешнего мира и сосредоточенность на своих переживаниях это —	1) психоз; 2) шизофрения; 3) аутизм; 4) эпилепсия

ВАРИАНТ № 4

1. Разделом дефектологии является —	1) психология; 2) методика; 3) сурдотехника; 4) медицина
2. Олигофрения это —	1) приобретенное слабоумие; 2) психическое заболевание; 3) приобретенное слабоумие; 4) органическое поражение ЦНС; снижение познавательной деятельности
3. Обязательным признаком нарушения психики является —	1) нарушение речи; 2) умственная отсталость; 3) социальная дезадаптация; 4) повышенная раздражительность
4. Объектом специальной педагогики является —	1) человек с ограниченными возможностями; 2) специальное образование лиц с проблемами в развитии;

	3) дефекты развития человека; 4) обучение и воспитание детей
5. Диагностико-коррекционное учреждение, это —	1) детский дом; 2) ПМПК; 3) школа-интернат; 4) реабилитационный центр
6. Система чрезвычайных мер, призванных обеспечить выживание человека, семьи на уровне принятых в обществе минимальных стандартов потребления, это —	1) социальная защита; 2) социальное обслуживание; 3) социализация; 4) социальная реабилитация
7. Теоретические основы специальной педагогики заложил —	1) Ж. Итар; 2) Я. Коменский; 3) Ж. Эскироль; 4) Л. Выготский
8. Субъектом специальной педагогики является —	1) социальная адаптация детей с проблемами в развитии; 2) человек с ограниченными возможностями здоровья; 3) пути и условия компенсации дефекта; 4) дети с нарушениями в развитии
9. Первым педагогом, высказавшим мысль о необходимости проявлять заботу о воспитании и обучении слабоумных, был	1) Ф. Пинель; 2) Г.Я. Трошин; 3) Я.А. Коменский; 4) Л.С. Выготский
10. Редко встречающийся врожденный порок развития костной ткани, проявляющийся ломкостью костей, иногда обусловлен наследственными факторами, это —	1) карликовость; 2) юношеский артрит; 3) несовершенный остеогенез; 4) рахит

11. Цель ПМП Комиссии это —	1) коррекция недостатков развития детей; 2) отбор учащихся в специальные учреждения; 3) индивидуальная работа с проблемными детьми; 4) обучение родителей детей с нарушениями в развитии
12. Приобретая трудовые навыки, дети с нарушениями в развитии получают возможность —	1) полноценной социальной адаптации; 2) «всестороннего» развития; 3) подготовки себя к дальнейшей взрослой жизни; 4) коррекции психических процессов
13. Дети с устойчивыми отклонениями от нормы в нравственном сознании и поведении, обусловленными отрицательным влиянием среды и ошибками воспитания, это —	1) дети с ЗПР; 2) педагогически запущенные дети; 3) дети с девиантным поведением; 4) дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы
14. Вынужденная форма общения глухих, не владеющих словесной речью, это —	1) дактиль; 2) шрифт Брайля; 3) жестовая речь; 4) дактилология

ВАРИАНТ № 5

1. Наука, изучающая болезни психики, их причины, предупреждение лечение, это —	1) психопатология; 2) патопсихология; 3) патофизиология; 4) специальная психология
2. Показатели человека, обеспечивающие его	1) идеальная норма; 2) критерии диагностики;

субъективное удовлетворение и адекватную самореализацию, это —	3) функциональная норма; 4) статистическая норма
3. ореолом святости окружали слабоумных —	1) в Древней Греции; 2) в эпоху возрождения; 3) в славянских государствах; 4) в католической церкви
4. Психическое состояние, возникающее в результате особых жизненных ситуаций, приводящих к недостаточному удовлетворению основных психических потребностей, это —	1) невроз; 2) невротические реакции; 3) депрессия; 4) психическая депривация
5. Состояние безразличия, равнодушия, подавленности, отсутствие интересов, это —	1) аутизм; 2) апатия; 3) эйфория; 4) негативизм
6. Немотивированное, неразумное сопротивление ребенка воздействию на него со стороны окружающих людей, это —	1) деспотизм; 2) агрессия; 3) негативизм; 4) гиперактивность
7. Непроизвольные, быстрые клонические сокращения мышц, повторяющиеся стереотипно, это —	1) гиперкинез; 2) дрожание; 3) тик; 4) подергивание
8. К порокам развития костной системы относят —	1) ДЦП; 2) врожденные ампутации; 3) спино-мозговые грыжи; 4) миопатию
9. Нарушение познавательной деятельности, при котором страдают все функции организма, это —	1) идиотия; 2) деменция; 3) имбецильность; 4) дебильность

10. К характерным особенностям развития детей с нарушениями зрения относят —	1) особенности формирования движений; 2) особенности мышления; 3) особенности работоспособности; 4) низкий темп чтения и письма
11. Психическое заболевание, характеризующееся глубокими изменениями личности, это —	1) шизофрения; 2) психоз; 3) эпилепсия; 4) деменция
12. Основной принцип формирования психики слепоглухого ребенка, это —	1) развитие тактильных ощущений; 2) умственное развитие; 3) саморазвитие изначально заложенных способностей; 4) обучение средствам общения
13. Повышенное радостное настроение, не оправданное ни объективным состоянием человека, ни окружающей обстановкой —	1) апатия; 2) гипертормозимость; 3) неуравновешенность; 4) эйфория
14. Коррекционная педагогика направлена на работу с детьми —	1) умственно отсталыми; 2) с задержкой психического развития; 3) с аутичными детьми; 4) с детьми с девиантным поведением

Система оценки уровня подготовки экзаменуемых студентов на соответствие требованиям ГОС

Оценка уровня подготовки студентов осуществляется через оценку освоения разделов (дидактических единиц) дисциплины «Специальная педагогика».

Раздел считается освоенным при выполнении определенного количества заданий – критерия зачета. Критерий зачета равен 60–70 % правильно выполненных заданий, относящихся к данному разделу.

Глоссарий

АГНОЗИЯ – нарушение различных видов восприятия, возникающее при поражении коры головного мозга, человек утрачивает способность к анализу и синтезу поступающей информации.

АГРАФИЯ – нарушение письма, при котором ученик не может овладеть навыком соединять буквы в слога, слова, при этом наблюдается перестановка и пропуск букв и слогов, искажение слов. Списывание готового текста при этом доступно.

АКАЛЬКУЛИЯ – нарушение способности к счету, которое возникает вследствие недоразвития или очагового поражения теменно-затылочных областей левого полушария головного мозга.

АКЦЕНТУАЦИЯ ХАРАКТЕРА – чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избранной уязвимости личности по отношению к определенного рода психотравмирующим воздействиям и устойчивости к другим.

АЛАЛИЯ – нарушение речи у детей при сохраненном слухе и отсутствии органического поражения интеллекта. Алалия бывает: 1) моторная, при которой сохраняется понимание речи, но нарушается ее произносительная сторона; 2) сенсорная, при которой отсутствует понимание речи и нарушается ее произносительная сторона. Причина алалии – органическое повреждение речевых областей коры головного мозга во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах развития, до овладения речью.

АЛЕКСИЯ – нарушение способности читать, которое возникает вследствие органического поражения речевых зон коры мозга.

АМНЕЗИЯ – расстройство памяти, неспособность к воспоминанию.

АНАМНЕЗ – подробные сведения об условиях возникновения и протекания болезни, получаемые врачом, педагогом, психологом от ребенка, родителей об истории развития ребенка на всех этапах его жизни.

АНОМАЛЬНЫЕ ДЕТИ – дети, имеющие значительные отклонения от нормального физического и психического развития, вызванные серьезными врожденными или приобретенными дефектами.

АСФИКСИЯ – удушье. Асфиксия у детей при рождении наступает вследствие прекращения поступления кислорода из организма матери через плаценту, когда легочное дыхание самого ребенка еще не возникло. При асфиксии останавливается дыхание, нарушается сердечная деятельность.

АУТИЗМ – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими.

АФАЗИЯ – нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария головного мозга (у правшей) и представляющее собой системное расстройство различных видов речевой деятельности, выражающееся в неспособности построить осмысленную фразу.

АФФЕКТ – нервно-психическое возбуждение, возникающее при травмирующих обстоятельствах. В состоянии аффекта контролирующая деятельность головного мозга несколько ослабляется. Аффект сопровождается побледнением или покраснением лица, сужением или расширением зрачков, дрожанием губ и конечностей. Аффект чаще наблюдается у лиц с неустойчивой нервной системой.

ГИДРОЦЕФАЛИЯ – водянка мозга, выражающаяся в избытке спинно-мозговой жидкости в полости черепа.

ДЕБИЛЬНОСТЬ – легкая степень умственной отсталости.

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ – отклоняющееся поведение.

ДЕГРАДАЦИЯ (от *лат. degrade* – спускаюсь) – в психиатрии: общее прогрессирующее и частично обратимое снижение психики.

ДЕКОМПЕНСАЦИЯ (от *лат. de* – приставка, означающая недостаток, отсутствие, и *compensatio* – уравнивание) – расстройство деятельности какого-либо органа или организма в целом вследствие нарушения компенсации (сложного процесса перестройки функций организма при нарушениях или утрате какой-либо функции вследствие заболеваний, повреждений).

ДЕЛАБИЛИЗАЦИЯ – потеря огубления, изменение артикуляции звука в сторону исключения участия губ.

ДЕЛИРИЙ – состояние измененного сознания с наличием преимущественно зрительных галлюцинаций и бреда.

ДЕМЕНЦИЯ (от *лат. dementia* – безумие) – слабоумие, стойкое ослабление познавательной деятельности, снижение критики и памяти, обеднение эмоций, нарушение поведения. В отличие от олигофрении нарушения при Д. наступают после периода нормального развития ребенка вследствие органического поражения мозга (шизофрении, эпилепсии, менингоэнцефалита, травм).

ДЕНТАЛЬНЫЙ ЗВУК – зубной, призубный (образуемый прижиманием кончика языка к внутренней стороне верхних резцов).

ДЕПРЕССИЯ (от *лат. depressio* – придавливание, угнетение) – подавленное, угнетенное состояние, которое наблюдается почти при всех психических заболеваниях. Выраженные формы Д. иногда встречаются у детей, особенно у аномальных детей, преимущественно в школьном и подростковом возрасте. У взрослых наиболее отчетливо Д. наблюдается при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза.

ДЕПРИВАЦИЯ (от *deprivation* – потеря чего-либо) – психическое состояние, возникающее в результате длительного ограничения возможностей человека для удовлетворения в достаточной мере его основных психических потребностей. Характеризуется выраженными отклонениями в интеллектуальном и эмоциональном развитии, нарушением социальных контактов.

ДЕТИ С ПРОБЛЕМАМИ РАЗВИТИЯ – группа детей с сенсорными, интеллектуальными, эмоционально-волевыми, физическими и другими отклонениями в психофизическом развитии. Эволюция понятия: «дефективные», «аномальные», «с отклонениями в развитии», «с особыми образовательными потребностями», «с ограниченными возможностями здоровья».

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (ДЦП) – заболевание головного мозга, при котором вследствие поражения двигательных центров мозга наблюдаются различные психомоторные нарушения (плохая координация конечностей).

ДЕФЕКТ – физический или психический недостаток вызывающий нарушение нормального развития ребенка.

ДЕФЕКТ РАЗВИТИЯ (от *лат. defectus* – недостаток) – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития. Основные виды дефектов: нарушения зрения, слуха, двигательные нарушения, нарушения психики, речи. Встречаются сложные дефекты, например: нарушения слуха и зрения (слепоглухонемые дети).

ДЕФЕКТОЛОГИЯ – научно-методический журнал. Выходит с 1969 г. В Д. освещаются проблемы воспитания, обучения и трудовой подготовки аномальных детей. В Д. публикуются материалы о подготовке кадров дефектологов, критико-библиографические обзоры, хроника, консультации для педагогов и родителей.

ДЕФЕКТОЛОГИЯ (от *лат. defectus* – недостаток и *греч. logos* – слово, учение) – наука о психофизических особенностях развития детей с физическими и психическими недостат-

ками (глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых и слабовидящих, умственно отсталых, логопатов, с нарушением опорно-двигательного аппарата и др.), закономерностях их воспитания, обучения и образования.

ДИДАКТОГЕНИЯ – негативное психическое состояние учащегося, вызванное нарушением педагогического такта со стороны педагога (акцент внимания на дефект).

ДИСГРАФИЯ – нарушение письма выражающееся в замене букв, в пропуске и перестановке букв и слогов, в слиянии слов, что связано с недоразвитием устной речи и недоразвитием фонематического слуха.

ДИСМОРФОБИЯ – болезненное переживание своего физического несовершенства, недостатков внешности.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ – нарушение нормального темпа психического развития, проявляющееся в замедленном темпе созревания эмоционально-волевой сферы, в интеллектуальной недостаточности (умственные способности ребенка не соответствуют его возрасту). Различают ЗПР конституционного происхождения (гармонический инфантилизм); ЗПР на основе психического и психофизического инфантилизма, связанного с вредными воздействиями на ЦНС в период беременности и на ранних этапах жизни ребенка; ЗПР соматогенного происхождения; ЗПР психогенного происхождения. ЗПР следует отличать от олигофрении и педагогической запущенности. ЗПР особый тип аномалии, проявляющийся в нарушении нормального темпа психического развития ребенка.

ЗАИКАНИЕ – нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата; расстройство речи с преимущественным нарушением коммуникативной ее функции. По характеру судороги могут быть клоническими, тоническими, смешанными и локализоваться в разных отделах речевого аппарата (голосовые, дыхательные, артикуляторные судороги).

ЗАПРЕДЕЛЬНОЕ ТОРМОЖЕНИЕ – охранительное торможение – вид безусловного (врожденного) торможения, возникающий в ответ на действие раздражителей большой интенсивности. З.т. развивается при опасности перенапряжения нервных клеток, превышения их предела работоспособности. З.т. охраняет нервные клетки от функционального перенапряжения.

ЗАПУЩЕННОСТЬ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ – устойчивые отклонения от нормы в нравственном сознании и поведении детей и подростков, обусловленные отрицательным влиянием среды и ошибками в воспитании.

ЗВУКОУСИЛИВАЮЩАЯ АППАРАТУРА – технические средства, предназначенные для усиления звука, используются в работе со слабослышащими и глухими, имеющими остаток слуха.

ЗЕРКАЛЬНАЯ РЕЧЬ – употребление слов, произносимых (читаемых) с конца (например при шизофрении).

ЗЕРКАЛЬНОЕ ПИСЬМО – расстройство письменной речи: написание букв и слов подобно отражениям в зеркале, обусловленное недостаточностью развития пространственных представлений. У нормальных школьников, чаще левшей, зеркальное письмо иногда встречается на первоначальном этапе обучения письму и легко преодолевается. У детей с более выраженным, органически обусловленным нарушением пространственных представлений явления «зеркальности» в письме имеют более стойкий характер. Преодоление З.п. достигается путем специальных упражнений, направленных на различение букв, сходных по начертанию, и на развитие пространственных представлений в целом.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ – логическая операция. Установление равнозначности объектов, условий и т. д. на основе знаний существенных признаков и их сопоставления.

ИДИОТИЯ – наиболее глубокая степень олигофрении. В выраженных случаях инстинкты, примитивные реакции полностью отсутствуют. Речь не развита, больные могут

издавать нечленораздельные звуки. Способность ходить появляется поздно, движения неуклюжие, малокоординированные, часто наблюдаются стереотипные покачивания, сгибания туловища, повороты головы и др. В одних случаях преобладает апатия, вялость, в других – неадекватный плач, гнев, злобность.

ИМБЕЦИЛЬНОСТЬ – средняя степень олигофрении. Больные И. могут говорить, понимать жесты и обращенную к ним речь. Имбецилам могут быть привиты элементарные навыки.

ИМПРЕССИВНАЯ РЕЧЬ (от *лат. impressio* – впечатление) – восприятие, понимание речи. И.р. устная нормативно выражается в слуховом восприятии произносимого; И.р. письменная – в зрительном восприятии текста (чтении).

ИМПУЛЬСИВНОСТЬ – особенность поведения человека, заключающаяся в склонности действовать по первому побуждению под влиянием обстоятельств или эмоций.

ИМПУЛЬСИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ (от *лат. impulsus* – толчок, побуждение) – неосознанные и лишённые смысла действия, которые совершаются помимо определенного волевого решения. И.д. наблюдаются у аномальных детей с патохарактерологическими особенностями.

ИНВЕРСИЯ – обратный порядок слов.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ – организация учебного процесса с учетом индивидуальных особенностей учащихся; позволяет создать оптимальные условия для реализации потенциальных возможностей каждого ученика. И.о. направлена на преодоление несоответствия между уровнем учебной деятельности, который задается программой, и реальными возможностями каждого ученика.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД (В ОБУЧЕНИИ) – принцип педагогики, обеспечивающий правильное педагогическое воздействие на ребенка, основанное на знании и учете особенностей его развития и черт его личности.

ИНФАНТИЛИЗМ – сохранение в организме и психике человека особенностей и черт характера, присущих более ранней детской стадии развития.

ИСТЕРИЯ – функциональное нервно-психическое состояние, проявляющееся в изменении характера и поведения, в стремлении быть в центре внимания; повышенная внешняя чувственная окраска переживаний.

КАТАМНЕЗ – сведения, получаемые о больном после окончания лечения. Периодический сбор информации о ходе обучения, трудовой жизни учащихся, находившихся под специальным наблюдением.

КОМПЕНСАЦИЯ – возмещение, выравнивание, развитие нарушенных функций, перестройка сохранных функций для замещения нарушенных.

КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА – наука, изучающая сущность, закономерности, тенденции управления процессом развития индивидуальности и личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, нуждающегося в специальных индивидуализированных методах воспитания и обучения, обусловленных наличием у него физического или психического недостатка. На протяжении последних лет ряд понятий дефектологической науки является предметом научных дискуссий, в том числе «дефектология», «коррекционная педагогика», «специальная педагогика».

КОРРЕКЦИОННО-ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА – система специальных педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков развития аномальных детей. Термин употребляется с конца XIX в., первоначально – лишь применительно к умственно отсталым детям; в современной отечественной дефектологии трактуется шире: К.-в.р. направлена не только на исправление отдельных нарушений, но и на формирование личности в целом, охватывает все категории аномальных детей и проводится совместно медиками и педагогами-дефектологами.

КОРРЕКЦИЯ – система педагогических и лечебных мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития.

КОЭФФИЦИЕНТ ИНТЕЛЛЕКТА – IQ (аббревиатура от *англ. Intelligence quotient*) – количественный показатель уровня умственного развития. Представляет собой отношение умственного возраста (УВ) к паспортному, хронологическому (ХВ) соответственно формуле $IQ = \frac{УВ}{ХВ} \times 100 \%$. УВ вычисляется на основании результатов выполнения психологических тестов. Для каждого ХВ существует нормальный показатель решения тестовых задач; нормальному умственному развитию соответствует $IQ = 100 \%$ (отклонения в пределах 10 % считаются не выходящими за рамки нормы). Значительное превышение этого показателя (на 20 % и более) расценивается как одаренность. Для умственной отсталости характерен низкий IQ: 50–75 % – для дебилов, 25–50 % – для имбецилов, ниже 25 % – для идиотов. Точный диагноз и прогноз возможны только на основании более широкого комплексного обследования.

КРЕТИНИЗМ – заболевание, характеризующееся задержкой психического и физического развития в сочетании с нарушением функции щитовидной железы.

ЛАБИЛЬНОСТЬ – понятие лабильности используется для обозначения скорости, с которой физическая система реагирует на раздражение и возвращается в исходное состояние.

ЛОГОПЕД – специалист-педагог, занимающийся исправлением речевых дефектов у детей.

МАКРОЦЕФАЛИЯ – непропорциональное увеличение головы вследствие избыточных размеров головного мозга при гидроцефалии.

МУТИЗМ – воспаление оболочек головного и спинного мозга, прекращение речевого общения с окружающим и вследствие какой-либо психической травмы. Мутизм носит временный характер и относится к группе невротических реакций.

НЕГАТИВИЗМ – любое немотивированное сопротивление воздействию других людей; наблюдается как при патологическом нарушении характера и поведения, так и у нормальных детей при неправильном воспитании.

ОЛИГОФРЕНОПЕДАГОГИКА – отрасль коррекционной педагогики, разрабатывающая проблемы воспитания, обучения и путей коррекции и развития умственно отсталых детей.

ПАРЕСТЕЗИЯ (от *греч. para* – около, *aisthesis* – ощущение) – ложные тактильные ощущения, возникающие без внешних раздражителей, неприятные ощущения в виде ползания мурашек по коже, онемения, покалывания, жжения, зуда и др. П. могут возникать при местных изменениях кровообращения, иногда при поражении нервной системы, травматических невритах, радикулитах, сдавлении спинного мозга. Нередко в области П. чувствительность понижена.

ПАРКИНСОНИЗМ – болезненное состояние (описанное впервые английским врачом Дж. Паркинсоном), при котором поражаются главным образом подкорковые образования головного мозга. Типичные симптомы П.: мелкое ритмическое дрожание конечностей, более выраженное в состоянии покоя; скованность движений. Больные ходят мелкими, иногда очень быстрыми шажками, у них отсутствуют мимика и жесты даже при каких-либо эмоциях, взгляд устремлен в одну точку, мигание замедленно, речь монотонная, замедленная. Причины П.: перенесенный эпидемический энцефалит, травмы черепа, опухоли мозга, отравления и др. Развивается П. через некоторое время после острого периода болезни от нескольких месяцев до многих лет. Течение болезни хроническое, прогрессирующее.

ПАРОКСИЗМ – внезапно возникшее и выраженное проявление болезненных явлений или сильное приступообразное обострение их.

ПАТОГЕНЕЗ (от *греч. pathos* – страдание, *genesis* – происхождение) – раздел патологии, изучающий внутренние механизмы возникновения и развития патологических процессов, лежащих в основе болезни. Изучение П., происхождения болезненного процесса и его развития имеет большое значение для практической медицины, разработки рациональных мер лечения.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ (от *греч. pathos* – страдание, *logos* – учение) – болезненный, ненормальный.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРА – негативное изменение характера ребенка под влиянием хронической психотравмирующей ситуации, дефектов воспитания. Нередко встречается у аномальных детей как следствие переживания ребенком своего дефекта. Необходимо отличать П.ф.х. от психопатии. При устранении или смягчении психотравмирующей ситуации, создании благоприятных условий развития личности явления П.ф.х. практически полностью компенсируются.

ПЕДАГОГИКА ЛЕЧЕБНАЯ – система медико-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию дефектов и развитие аномальных детей, находящихся в условиях лечебных учреждений. Начало П.л. положено врачами-психиатрами: Э. Сегеном (Франция), И.В. Маляревским, А.С. Грибоедовым, В.П. Кащенко, Г.И. Россолимо (Россия) и др. Педагогические занятия в лечебных учреждениях организуются на основе всестороннего медико-педагогического изучения детей и проводятся индивидуально. Занятия ведут педагоги-дефектологи.

ПЕДАГОГИКА СПЕЦИАЛЬНАЯ – наука о воспитании и обучении аномальных детей.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ – отклонение от нормы в развитии ребенка, обусловленное недостатками воспитания и обучения. Коррекционно-воспитательные мероприятия строятся применительно к индивидуальным особенностям каждого ребенка, с учетом причин, лежащих в основе П.З.

ПЕНСИИ АНОМАЛЬНЫМ ДЕТЯМ – ежемесячные выплаты, производимые государством в соответствии с Законом о государственных пенсиях. Дети с нарушениями в психическом и физическом развитии, являющимися причиной нетрудоспособности, направляются во ВТЭК, где им устанавливается та или иная группа инвалидности.

ПЕРВЕРСИЯ – извращение.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ – направление реабилитационной и коррекционно-воспитательной работы с детьми, целью которой является предупреждение и преодоление отклонений в психическом развитии личности.

ПСИХОПАТИЯ – психическое заболевание, проявляющееся в необратимой выраженности свойств характера, препятствующих адекватной адаптации человека в социальной среде.

РЕАБИЛИТАЦИЯ – восстановление пригодности, система медико-педагогических мер, направленных на включение нормального ребенка в социальную среду, приобщение к жизни и труду на уровне его психофизических возможностей.

РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ – психические расстройства, возникающие в связи с тяжелыми переживаниями, проявляются в виде депрессии, эмоционального шока, страхов, навязчивых состояний.

РЕТАРДАЦИЯ – незавершенность отдельных этапов развития, при которой происходит смена более ранних форм развития более прогрессивными.

РИГИДНОСТЬ – непластичность, неспособность корректировать программу деятельности в соответствии с требованиями ситуации.

СЛАБОВИДЯЩИЕ ДЕТИ – дети, обладающие остротой зрения на лучше видящем глазу с использованием обычных средств коррекции (очки) от 0,05 до 0,2, а также дети

с более высокой остротой зрения, но имеющие некоторые другие нарушения зрительных функций (например, резкое сужение границ поля зрения).

СЛАБОСЛЫШАЩИЕ ДЕТИ – дети с частичным снижением слуха, приводящим к нарушению речевого развития. К слабослышащим относятся дети с понижением слуха от 15–20 дБ до 75 дБ.

СЛАБОУМИЕ – стойкое и малообратимое снижение психической деятельности вследствие органического поражения головного мозга. Различают врожденное С. и приобретенное С.

СЛЕПОГЛУХОНЕМОТА – полная и одновременная утрата зрения и слуха до начала периода активного овладения речью. Отсутствие речи, немота – вторичный дефект.

СЛЕПОГЛУХОНЕМЫЕ ДЕТИ – дети, лишенные слуха, зрения и речи.

СЛЕПОТА – снижение зрения, при котором невозможно или очень ограничено зрительное восприятие окружающего из-за глубокого нарушения остроты центрального зрения (от 0 до 0, 04) или сужения поля зрения (от 10 до 15) при большей остроте зрения.

СОМАТИЧЕСКИЙ (от *греч. soma* – тело) – телесный; в медицинской практике этот термин употребляется для определения явлений, болезней, связанных с телом.

СОМНАМБУЛИЗМ (от *лат. somnus* – сон, *ambulare* – бродить) – снохождение, лунализм. Своеобразное расстройство сознания, характеризующееся выполнением во время сна бессознательных, внешне упорядоченных действий (хождение, перекладывание предметов, уборка комнаты); воспоминания о совершенных действиях при пробуждении отсутствуют.

СОПРЯЖЕННАЯ РЕЧЬ – совместное одновременное повторение двумя или более лицами произнесенных или написанных кем-либо слов или фраз. С.р. используется в логопедической работе с заикающимися.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ – 1. Процесс и результат активного усвоения и воспроизводства индивидом социального опыта. Включает: социальное познание (себя, мира, общества, его структур и институтов), социальное научение (приемам и навыкам общения, игры, учения, самообслуживания, трудовой профессиональной деятельности), социальную адаптацию и социальное преобразование себя и социальной действительности. Происходит под влиянием стихийных факторов, межличностного общения и взаимодействия и целенаправленного воспитания. С., в результате которой усваивается и воспроизводится асоциальный опыт, называется негативной. 2. Интеграция человека в систему социальных отношений, в различные типы социальных общностей (группа, социальный институт, социальная организация), усвоение им элементов культуры, социальных норм и ценностей, на основе которых формируются качества личности.

СПАЗМ (от *греч. spasmus* – судорога) – тоническая судорога.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – система условий, которые создает государство для лиц, имеющих специальные образовательные потребности, с целью обеспечения им равных возможностей в получении образования посредством ликвидации физических, финансовых или психологических барьеров, которые исключают или ограничивают участие этих лиц в жизни общества.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ (КОРРЕКЦИОННЫЕ) ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ – учреждения, предназначенные для детей, подростков и взрослых с различными аномалиями психофизического развития. В России в XIX в. специальные учебно-воспитательные учреждения создавались, как правило, на благотворительных началах и только для детей с резко выраженными дефектами (школы для глухих, слепых и глубоко умственно отсталых детей). Контингент таких школ охватывал не более 6 % общего числа этих детей. Многие категории аномальных детей вообще не обучались. В XX в. государство поставило задачу воспитания и приобщения детей с различными нарушениями к общественно полезному труду через коррекцию и компенсацию дефектов. Специальные учебно-воспитатель-

ные учреждения были включены в общую систему народного образования, здравоохранения и специального обеспечения и дифференцированы соответственно характеру и глубине конкретного дефекта.

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. **Астапов В.И.** Введение в дефектологию с основами нейро и психологии. М.: Международная академия, 2000.
2. **Выготский Л.С.** Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995.
3. **Замский Х.С.** Умственно-отсталые дети. М.: НПО Образование, 2001.
4. **Кащенко В.П.** Педагогическая коррекция. М.: Просвещение, 1994.
5. Коррекционная педагогика / Под ред. Б.П. Пузанова. М., 2002.
6. **Литвак А.Г.** Теоретические вопросы тифлопсихологии: Учебное пособие. Л., 1993.
7. Логопедия: Учебное пособие: в 2-х т. / Под ред. Л.С. Волковой, М.: Просвещение, 1995.
8. **Маллер А.Р.** Ребенок с ограниченными возможностями. М., 2000.
9. **Мастюкова Е.М.** Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. М.: Владос, 1997.
10. **Назарова Н.М.** Специальная педагогика. М.: Академия, 2000.
11. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика) / Под ред. Б.П. Пузанова. М.: Академия, 2000.
12. Программы подготовительного и 1–4 классов коррекционных образовательных учреждений VIII вида. М.: Просвещение, 2003.
13. Словарь-справочник по дефектологии. М.: Новая школа, 1996.
14. **Тювина Н.А.** Психические заболевания: клиника, лечение, профилактика. М., 1995.
15. **Шевченко С.Г.** Коррекционно-развивающее обучение. Организационно-педагогические аспекты (Коррекционная педагогика). М.: Владос, 2000.
16. **Шибанова Л.В.** Программы психологической реабилитации школьников. М.: Росс. Пед. Агентство, 1996.

Методические пособия

1. **Неретина Т.Г.** Педагогика развития особых детей: Учебно-методическое пособие для студентов заочного и очного отделений. Магнитогорск: МаГУ, 2002.
2. **Неретина Т.Г.** Общие основы специальной (коррекционной) педагогики: курс лекций для студентов педвузов: Учебное пособие. Магнитогорск: МаГУ, 1999.
3. **Неретина Т.Г.** Азбука родителя или ступеньки роста малыша: методические рекомендации для студентов вуза: Учебно-методическая разработка. Магнитогорск: МаГУ, 2000.
4. **Неретина Т.Г.** Я рисую свой мир: программа и методические рекомендации по изотерапии для старших дошкольников с ЗПР: Учебно-методическая разработка. Магнитогорск: МаГУ, 2002.
5. **Неретина Т.Г.** Я, ты, он, она...: Методические рекомендации по работе с родителями детей с ДЦП: Учебно-методическая разработка. Магнитогорск: МаГУ, 2002.
6. **Неретина Т.Г., Емельянова Н.А.** Мир – это я, это мы с тобой...: Методические рекомендации по работе с трудными детьми младшего школьного возраста. Магнитогорск: МаГУ, 2003.
7. Система работы со старшими дошкольниками с задержкой психического развития в условиях дошкольного образовательного учреждения: Программно-методическое пособие / Под общ. ред. Т.Г. Неретина. М.: Баласс: Изд. Дом РАО, 2004.
8. **Неретина Т.Г., Клевесенкова С.В.** Коррекционная работа с детьми с особыми образовательными потребностями: учебнометодическое пособие по специальной и коррекционной педагогике для студентов заочного и дневного отделений педагогических вузов. Магнитогорск: МаГУ, 2005.

Дополнительная литература

1. **Астапов В.И.** Введение в дефектологию с основами нейро и психологии. М.: Международная академия, 1994.
2. **Безруких М.М.** Каких детей называют медлительными и от чего им трудно учиться? М., 1994.
3. **Безруких М.М., Ефимова С.П.** Как помочь ребенку с ослабленным здоровьем преодолеть школьные трудности. М., 1994.
4. **Безруких М.М., Князева М.Г.** Если ваш ребенок левша. М., 1994.
5. **Берн Э.** Секс в человеческой любви. М., 1990.
6. **Блум Ф., Лейзерсон А.** Мозг, разум и поведение. М.: Мир, 1988.
7. **Бортникова С.М., Зубахина Т.В.** Нервные и психические болезни. Ростов н/Д: Феникс, 2000.
8. **Борякова Н.Ю.** Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития у детей. М.: Гном-пресс, 2000.
9. **Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е.** Общая психопатология: пособие для врачей. Ростов н/Д: Феникс, 1998.
10. **Буянов М.И.** Беседы о детской психиатрии. М.: Просвещение, 1986.
11. **Буянов М.И.** Ребенок из неблагополучной семьи: Записки детского психиатра. М.: Просвещение, 1988.
12. **Вайцман Н.П.** Реабилитационная педагогика (медико-психолого-педагогические аспекты). М.: Просвещение, 1995.
13. **Винокуров Л.Н.** Основы педагогической диагностики и профилактика нервно-психических нарушений у детей и подростков. Кострома, 1994.
14. **Витек К.** Проблемы супружеского благополучия. М.: Прогресс, 1998.
15. **Власова Т.А., Певзнер М.С.** О детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1973.
16. **Волкова Г.А.** Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. М.: Просвещение, 1983.
17. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / Под ред. Л.Г. Воронковой. М.: Школа-пресс, 1994.
18. Время колокольчиков // Журнал детского ордена милосердия. 1999. № 10.
19. **Выготский Л.С.** Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995.
20. **Гармаев А.** Психопатический круг в семье. М., 2000.
21. **Гонеев А.Д. и др.** Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие для студентов высш. уч. заведений / Под ред. В.А. Сластенина. М.: Академия, 1999.
22. **Григоренко В.Г., Глоба А.П. и др.** Организация спортивно-массовой работы с лицами, имеющими нарушения функций спинного мозга: Методические рекомендации. М.: Советский спорт, 1991.
23. **Григорьева Л.П., Стасьевский С.В.** Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушением зрения. М., 1990.
24. **Демирчоглян Г.** Детское зрение: практические советы по профилактике близорукости у детей. М.: Рипол Классик, 1998.
25. **Демьянов Ю.Г.** Диагностика психических нарушений: Практикум. СПб.: ИД МиМ, 1999.
26. Дети с отклонениями в развитии. М.: Аквариум, 1997.
27. Дефектология: научно-методич. ж-л. М.: РАО, Школа-пресс.
28. **Добсон Д.** Непослушный ребенок. М., 1992.
29. **Ермаков В.П., Якунин Г.А.** Основы тифлопедагогики: развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения. М.: Владос, 2000.

30. **Ефименко Н.Н., Сермеев Б.В.** Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом. М.: Советский спорт, 1991.
31. **Забрамная С.Д.** Отбор умственно отсталых детей в специальные учреждения. М.: Просвещение, 1988.
32. **Забрамная С.Д.** Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. М.: Просвещение, 1995.
33. **Зайцева Г.Л.** Жестовая речь. Дактилология. М.: Владос, 2000.
34. **Замский Х.С.** Умственно-отсталые дети. М.: НПО «Образование», 1995.
35. **Захаров А.И.** Как предупредить отклонения в поведении ребенка. М.: Просвещение, 1986.
36. **Земцова М.И.** Учителю о детях с нарушением зрения. М.: Просвещение, 1973.
37. **Зигфрид М. Пушел.** Человек с Синдромом Дауна. М., 1998.
38. **Зигфрид М., Игумнов С.А.** Психотерапия и психокоррекция детей и подростков. М.: Институт психотерапии, 2000.
39. **Иовчук Н.М., Северный А.А.** Депрессии у детей и подростков. М.: Школа-Пресс, 1999.
40. **Казан В.Е.** Воспитателю о сексологии. М.: Педагогика, 1991.
41. **Карабанова О.А.** Игра и коррекция психического развития ребенка. М.: Рос. Пед. Агентство, 1997.
42. **Кащенко В.П.** Педагогическая коррекция. М.: Просвещение, 1994.
43. **Киллили М.** Детский церебральный паралич: История о том, как родительская любовь победила тяжелую болезнь. СПб.: Питер Ком, 1998.
44. Клинические основы дошкольной коррекционной педагогики и специальной психологии: сборник программ нормативных курсов для высших учебных заведений / Под ред. В.И. Селиверстова. М.: Владос, 1999.
45. **Клюева Н.В., Касаткина Ю.В.** Учим детей общению. Характер, коммуникабельность. Ярославль: Академия развития, 1996.
46. **Коберник Г.Н., Синев В.Н.** Введение в специальность «Дефектология». Киев, 1984.
47. Компенсирующее обучение в России: Сборник нормативных документов и учебно-метод. матер. М., 1997.
48. **Корнев А.Н.** Нарушения чтения и письма у детей. СПб., 1997.
49. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Под ред. Б.П. Пузанова. М.: Академия, 1999.
50. Коррекция двигательных нарушений при детских церебральных параличах / Сост. В.В. Текорюс. Минск, 1999.
51. **Кэрл Тингей-Михаэлис.** Дети с недостатками развития. М.: Педагогика, 1988.
52. **Лапшин В.А., Пузанов Б.П.** Основы дефектологии: Учебное пособие для пед. ин-тов. М.: Просвещение, 1990.
53. **Литвак А.Г.** Теоретические вопросы тифлопсихологии: Учебное пособие. Ленинград, 1973.
54. Логопедия: учебное пособие: В 2 т. / Под ред. Л.С. Волковой. М.: Просвещение, 1995.
55. **Лусканова Н.Г.** Методы исследования детей с трудностями в обучении. М., 1993.
56. **Ляпидевский С.С.** Невропатология. Естественнонаучные основы специальной педагогики. М.: Владос, 2000.
57. **Маллер А.Р.** Программа спецкурса «Воспитание, обучение и интеграция в общество детей с тяжелыми нарушениями интеллекта». М., 2000.
58. **Маллер А.Р.** Ребенок с ограниченными возможностями. М., 1996.

59. **Маллер А.Р.** Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии: Практическое пособие. М.: АРКТИ, 2000.
60. **Мастюкова Е.М.** Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. М.: Владос, 1997.
61. **Мастюкова Е.М.** Физическое воспитание детей с церебральным параличом. М.: Просвещение, 1991.
62. На пути к социальной реабилитации. В помощь родителям, воспитывающим ребенка с особыми нуждами / Сост. В.А. Крупецкий. Обнинск, 1999.
63. **Нигаев Ш.Н., Шиврина Е.В.** Социально-правовая защита детей с ограниченными возможностями: Учебное пособие. Екатеринбург, 2002.
64. Обучение детей бытовым навыкам // Из книги «Путь к независимости» / Б.Л. Бейкера, А.Д. Брайзмана / Под ред. В.А. Крупецкого. Обнинск, 1999.
65. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития: (Олигофренопедагогика) / Сост.: Б.П. Пузанов, Н.П. Коняева, Б.Б. Горский и др. М.: Академия, 2000.
66. Организационные и клинические проблемы детской неврологии и психиатрии: Тезисы докладов 6-й Всероссийской научнопрактической конференции: В 2 т. / Под ред.: К.А. Семенова, О.Д. Сосюкало. М.: АО Руссомед, 1994.
67. Организация деятельности коррекционных образовательных учреждений. М.: Академия, 2000.
68. **Панфилова М.А.** Игротерапия общения: Тесты и коррекционные игры. М.: Гном и Д, 2000.
69. Педагогический словарь / под ред. И.А. Каирова. М., 1960.
70. **Петрова В.Г., Белякова И.В.** Кто они, дети с отклонениями в развитии? М.: Флинта, 2000.
71. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста / Под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Полиграф сервис, 1998.
72. **Пожар Л.** Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. М.: Инст. практ. психол., 1996.
73. Практикум по детской логопедии / Под ред. В.И. Селиверстова М.: Владос, 1995.
74. **Прихожан А.М., Толстых Н.Н.** Дети без семьи: Детский дом: заботы и тревоги общества. М.: Педагогика, 1990.
75. Программы подготовительного и 1–4 классов коррекционных образовательных учреждений VIII вида. М.: Просвещение, 1999.
76. Психокоррекция и развивающая работа с детьми / Под ред. И.В. Дубровиной. М.: Академия, 1998.
77. Психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского. М., 1983.
78. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста. Методическое пособие / Под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Полиграф сервис, 1998.
79. Развитие способностей у глухих детей в процессе обучения / Под ред. Т.В. Розановой. М.: Педагогика, 1991.
80. Родителям детей с синдромом Дауна к лучшему будущему: часть I, II, III. М., 1999.
81. **Романов А.А.** Диагностика нарушений поведения и эмоциональных расстройств у детей дошкольного и младшего школьного возраста. М.: Принт, 2000.
82. **Романов А.А.** Направленная игротерапия агрессивного поведения у детей дошкольного и младшего школьного возраста. М.: Принт, 2000.
83. **Романовский В.Е.** Диагностический справочник клинических синдромов. Ростов н/Д: Феникс, 1997.
84. Российская педагогическая энциклопедия. М., 1993.

85. **Ротенберг В.С.** Мозг. Обучение. Здоровье. М.: Просвещение, 1989.
86. **Рубинштейн С.Я.** Психология умственно отсталого школьника. М.: Просвещение, 1970.
87. **Рухманов А.** Познать себя. М.: Молодая гвардия, 1983.
88. **Семенова С.Б.** Тайны зачатия. Брянск, 1999.
89. **Семенюк Л.М.** Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. М., 1996.
90. **Серз У., Серз М.** Ваш ребенок. М.: Крон-пресс, 1998.
91. **Скороходова О.И.** Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир. М.: Педагогика, 1990.
92. **Слепович Е.С.** Игровая деятельность дошкольников с ЗПР. М.: Педагогика, 1990.
93. Словарь по коррекционной педагогике и специальной психологии / Сост. Н.В. Новоторцева. Ярославль: Академия развития, 1999.
94. Словарь-справочник по дефектологии. М.: Новая школа, 1996.
95. Специальная педагогика: Учебное пособие для студ. высш. пед. уч. заведений / Под ред. Н.М. Назаровой. М.: Академия, 2000.
96. **Степанов В.Г.** Психология трудных школьников. М.: Академия, 1997.
97. **Ткачева В.В.** Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. М.: Гном и Д, 2000.
98. **Томас И. Вейс.** Как помочь ребенку: Опыт лечебной педагогики в Кемпхилл-общинах. М., 1992.
99. **Тювина Н.А.** Психические заболевания: Клиника, лечение, профилактика. М., 1995.
100. **Усанова О.Н.** Дети с проблемами психического развития. М., 1995.
101. **Усов И.Н.** Здоровый ребенок. Справочник педиатра. Минск, 1994.
102. **Финзен А.** Психоз и стигма. М.: Алетейа, 2001.
103. Формирование социально-адаптивного поведения у учащихся с нарушением зрения в начальных классах / Под ред. Л. И. Плаксиной. Калуга, 1998.
104. **Фриш Г.Л.** Устав дошкольного образовательного учреждения. М.: Перспектива, 2001.
105. **Фуллер Торри Э.** Шизофрения. СПб., 1997.
106. **Фурманов И.А.** Детская агрессивность. Психодиагностика и коррекция. Минск, 1996.
107. **Хо Най-Къонг.** Что должны знать родители о врожденных пороках развития ребенка. М., Вильнюс, 1997.
108. Хрестоматия: Дети с нарушениями в развитии. М.: Междунар. пед. академия, 1995.
109. **Цветкова Л.С.** Афазия и восстановительное обучение. М.: Просвещение, 1988.
110. **Цейтлин С.Н.** Речевые ошибки и их предупреждение. СПб., 1997.
111. **Чистякова М.И.** Психогимнастика. М.: Просвещение, 1990.
112. **Шевченко С.Г.** Коррекционно-развивающее обучение. Организационно-педагогические аспекты (Коррекционная педагогика). М.: Владос, 1999.
113. **Шибанова Л.В.** Программы психологической реабилитации школьников. М.: Рос. пед. агентство, 1996.
114. **Шишкин С.С.** Наследственные нервно-мышечные болезни. М., 1997.
115. Школа взаимной человечности: материалы для подростков. М.: ЮНПРЕСС, 1998.
116. **Шмаков С.** От игры к самовоспитанию: Сб. игр-коррекций. М., 1995.