

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им.П.М. МАШЕРОВА»**

Кафедра коррекционной работы

ЛЕКЦИОННЫЙ КУРС

По дисциплине «Основы дефектологии»

специальность «Начальное образование. Дополнительная специальность»

Автор-составитель:

старший преподаватель кафедры коррекционной работы Лауткина С.В.

2012

**(1 КУРС, 1-2 СЕМЕСТР, ДФО)
ВСЕГО 36 ЧАСОВ
(1 СЕМЕСТР – 22 ЧАСА,
2 СЕМЕСТР – 14 ЧАСОВ)**

**ТЕМА 1: ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ
(4 ЧАСА)**

Основные понятия: *коррекционная педагогика, система, норма, информационные технологии.*

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Предмет и объект изучения коррекционной педагогики.
2. Цель и задачи коррекционной педагогики.
3. Роль и место коррекционной педагогики в системе педагогических и общественных наук.
4. Становление и развитие коррекционной педагогики как науки.
5. Эволюция отношения общества и государства к лицам с физическими и психическими недостатками.
6. Понятие «нормальное развитие». Проблема нормы и ее вариантов.
7. Критерии выявления отклонений. Изменения в современной терминологии.
8. Международные стандарты в области прав и свобод личности. Законодательные акты Республики Беларусь в области прав и свобод ребенка.
9. Основные проблемы коррекционной педагогики.
10. Многоуровневая и дифференцированная система специального обучения.
11. Информационные технологии в специальном образовании.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ:

1. Предмет и объект изучения коррекционной педагогики

Коррекционная педагогика (от лат. *correctio* – исправление) – это многоотраслевая наука, изучающая детей с особенностями психофизического развития (ОПФР), и, занимающаяся разработкой проблем их воспитания, обучения и коррекции онтогенетических недостатков. Она обеспечивает научные основы работы специальных образовательных школ и дошкольных учреждений, пунктов коррекционно-педагогической помощи.

Объект коррекционной педагогики – личность ребенка, имеющего отклонения в сенсорно-двигательной, соматической, интеллектуальной и речевой сферах, отклонения в поведении, затрудняющие школьную адаптацию и адекватную социализацию.

По А.Д. Гонееву (1999) **объектом** коррекционной педагогики являются дети, имеющие *четыре «Д»*, т. е. дети, имеющие не ярко выраженный *дефект*, перенесшие в раннем возрасте *депривацию* (лишение), в силу этого испытывающие школьную *дезадаптацию* (нарушение приспособления) и проявляющие *девиацию* (отклонение в поведении).

Г.В. Кумарина (2001) **объектом** коррекционной педагогики называет ситуации и состояния риска в развитии растущего человека, адаптационные нарушения, которые проявляются во взаимодействии индивида со средой, необусловленные факторами органической этиологии, а также явления социально-психологической школьной дезадаптации.

Т.В. Варенова (2003) **объектом** коррекционной педагогики (как самостоятельной науки) называет психические и физические нарушения, а не их носителей, однако в реальной практической работе, несомненно, учитываются все индивидуальные и типологические особенности.

Предмет коррекционной педагогики – теория и практика специального образования, включающая в себя изучение особенностей развития и образования ребенка с ОПФР, особенностей становления его как личности, использования этого знания для нахождения наилучших средств, условий, путей, которые обеспечат коррекцию физических или психических недостатков, отклонений в поведении, образовании такого ребенка в целях его социальной адаптации и интеграции в общество.

2. Цель и задачи коррекционной педагогики

К числу **целей** коррекционной педагогики относятся: коррекция недостатка, его компенсация педагогическими средствами; адаптация и реабилитация социальная и личностная. Достижение данных целей возможно только тогда, когда достигнуты конкретные цели обучения и воспитания, образования в целом, т. е. налицо положительные результаты коррекции и компенсации недостатка. Для достижения указанных целей коррекционная педагогика решает следующие **задачи**:

1. определяет природу и сущность физических и психических недостатков и отклонений, выявляет причины и условия их появления;
2. изучает педагогические закономерности развития личности в условиях ограниченных возможностей жизнедеятельности;
3. выявляет ведущие тенденции в предупреждении и преодолении отклонений в развитии, этиологию психофизического развития и социально-педагогических условий жизнедеятельности лиц с ОПФР;
4. в соответствии со структурой нарушения определяет коррекционные и компенсаторные возможности конкретного лица с ОПФР;
5. разрабатывает методы, приемы, средства и технологии коррекционно-педагогического воздействия на личность;
6. определяет и обосновывает построение педагогических классификаций лиц с ОПФР;
7. определяет цели, задачи и направления деятельности, специальных коррекционно-развивающих учреждений;
8. создает необходимую учебно-методическую базу в подготовке педагогов к коррекционно-педагогической работе с лицами с ОПФР.

3. Роль и место коррекционной педагогики в системе педагогических и общественных наук

Коррекционная педагогика объединяет ряд самостоятельных отраслей: это **сурдопедагогика** (от греч. surdus – глухой), изучающая вопросы воспитания и обучения детей с недостатками слуха; **тифлопедагогика** (от греч. tiphlos – слепой) – вопросы воспитания и обучения детей с дефектами зрения; **олигофренопедагогика** (от греч. oligos – малый, phren – ум) – вопросы воспитания и обучения детей с умственной отсталостью (интеллектуальной недостаточностью); **логопедия** (от греч. logos – слово, paideia – воспитание, обучение) – вопросы изучения и исправления недостатков речи.

Коррекционная педагогика связана с общей педагогикой, философией, социальной педагогикой, социальной психологией, социологией.

Коррекционная педагогика использует научный арсенал **общей педагогики**: цели, задачи, содержание, формы и методы обучения и воспитания подрастающего поколения, методы и формы организации учебно-воспитательного процесса. Коррекционная педагогика вносит существенные поправки во все вышеперечисленное в соответствии с природой и характером отклонений в развитии детей, разрабатывает свои приемы и методы коррекционного воздействия.

Коррекционная педагогика тесно взаимодействует с **философией**: повседневное педагогическое воздействие на психические или физические дефекты приводит к появлению философской закономерности перехода количества в качество, т.е. отклонение

уменьшается или компенсируется за счет активизации деятельности здоровых или имеющих незначительную патологию органов.

Предметом **социальной педагогики** является исследование воспитательных сил общества и способа их актуализации. С социальной психологией связь в том, что она изучает закономерности поведения и деятельности людей, обусловленные фактом их включения в социальные группы. У **социологии** коррекционная педагогика заимствует закономерности становления, функционирования и развития общества.

Также коррекционная педагогика связана с рядом **медицинских дисциплин**. Каждое отклонение, каждый дефект в развитии обусловлен физическими и психическими причинами. Поскольку коррекционная педагогика занимается вопросами изучения, образования и развития лиц с ОПФР, ей необходимы данные их клинического исследования, которые можно получить из **невропатологии** (изучает органические и функциональные болезни нервной системы), **патологической анатомии** (отклонения в строении организма), **патофизиологии** (закономерности возникновения, развития и течения патологических процессов), **общей и медицинской генетики** (законы наследственности и наследственных заболеваний), **психопатологии** (болезни психики, их причины, течение, предупреждение и лечение), **детской психиатрии** (психопатологические проявления в детском возрасте). Для сурдо- и тифлопедагогики большое значение имеют данные **отоларингологии** (заболевания уха, носа, горла) и **офтальмологии** (заболевания органов зрения). Разработке методов восстановления нарушенных психических функций с использованием приемов компенсации дефекта помогает **патопсихология** (отрасль психологии, изучающая изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга).

Разработка фундаментальных методических основ образования и социализации детей с ОПФР осуществляется с опорой на **общую и специальную** (тифло-, сурдо-, олигофрено-, лого-) **психологию**, изучающую психологические особенности детей данных категорий. И, конечно же, коррекционная педагогика тесно связана с **педагогической психологией**, т.к. без знания закономерностей функционирования человеческой психики и психического развития в норме нельзя разработать научную систему обучения и воспитания детей с ОПФР.

В рамках коррекционной педагогики разрабатываются вопросы **специальной дидактики** (от лат. didaktikos – поучающий). Специальная дидактика изучает проблемы теоретико-прикладных основ коррекционного обучения, выявляет закономерности, которым оно подчиняется, определяет педагогические основы содержания образования, исследует сущность принципов обучения, способы активизации учебно-познавательного процесса. Другими словами, основной задачей специальной дидактики является такая обработка подаваемого учащимся материала, в результате которой он становится доступным, доходчивым, легким для усвоения, но не теряет при этом логики предмета.

4. Становление и развитие коррекционной педагогики как науки

Впервые попытка дать рациональное объяснение природы различных отклонений в психическом развитии была предпринята в рамках медицины. Характер этого объяснения и способов лечения напрямую зависел от развития естествознания и, прежде всего, от представлений о строении и функциях нервной системы и их связи с психикой.

По существу, первые научные, представления начали формироваться в процессе систематического обучения и воспитания детей с нарушениями в развитии. Подобная система стала складываться в Европе в XVIII столетии под влиянием гуманистических и просветительских идей.

Положенные в основу обучения по преимуществу интуитивные представления об особенностях психического развития детей с отклонениями, а также об их потенциальных возможностях в реальном педагогическом процессе постепенно усложнялись,

обогащались и дифференцировались. В период до конца XIX столетия можно рассматривать как особый этап в развитии специальной психологии, который характеризуется ее «включенным» состоянием в коррекционно-педагогический процесс; этап, на котором она еще не выделилась в самостоятельную форму познавательной деятельности со своим предметом и методами.

В начале XX века клинический аспект изучения лиц с особенностями в развитии в коррекционной педагогике доминировал. Немаловажным фактором в становлении коррекционной педагогики выступили успехи клинической медицины – офтальмологии, отоларингологии и делавшей свои первые шаги детской психиатрии. Бурное развитие коррекционной педагогики в начале XX века неотрывно связано с педологией. Изучению развития ребенка в условиях патологии был посвящен такой раздел педологии, как патопедология.

В начале XX столетия в коррекционной педагогике наблюдается активная внутренняя дифференциация. Первоначально, в соответствии со сложившейся системой обучения и воспитания аномальных детей, начинают складываться такие ее отрасли, как сурдопедагогика, тифлопедагогика, олигофренопедагогика.

В конце XIX – начале XX века система обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии, как в Европе, так и в России приобретает особую динамику. Открываются новые школы, приюты, санатории. Доминировавший клиничко-биологический подход начинает все более активно дополняться социально-педагогическим. Именно в этот период появляются многочисленные научные работы, посвященные различным проблемам специальной психологии. Их авторами были Е. Маляревский, В. П. Кащенко, Е. К. Грачева, П. И. Ковалевский, А. В. Владимирский, И. Г. Оршанский, А. С. Грибоедов, А. А. Крогиус и многие другие.

Особое место в истории становления коррекционной педагогики принадлежит Л. С. Выготскому. Он придал коррекционной педагогике характер сформированной науки с собственным предметом, методами, задачами и системой объяснительных принципов, способствовал ее окончательному оформлению и превращению в самостоятельную научную область. Именно Л. С. Выготским были сформулированы важнейшие положения коррекционной педагогики на многие десятилетия вперед, определившие направления как теоретических, так и экспериментальных исследований.

Со второй половины 50-х годов начинается изучение познавательных процессов – восприятие, память, мышление и речь, особенностей эмоционально-волевой сферы, личности, самосознания, межличностных отношений в условиях разных форм отклонений от нормального развития. Сами типологические группы рассматриваются шире как в клиническом, так и в возрастном аспектах. По мере развития практики обучения и воспитания аномальных детей стало ясно, что чем раньше начинается коррекционное воздействие, тем выше его эффективность. Именно поэтому в объект коррекционной педагогики стали включаться дети дошкольного и преддошкольного возраста. Таким образом, специально организованные педагогические исследования выступили одним из факторов формирования дошкольной коррекционной педагогики. Возрастной диапазон интересов специальной психологии увеличивается не только за счет дошкольников, но и лиц зрелого и пожилого возраста. В середине 60-х годов тема компенсаторных механизмов, анализируемых преимущественно на физиологическом уровне, постепенно сменилась на проблему социальной адаптации и реабилитации, общественного бытия взрослых инвалидов в широком аспекте: получение дальнейшего образования, профессиональное и личностное самоопределение.

Со временем трансформации подвергается и предмет разных разделов коррекционной педагогики. От изучения выраженных форм той или иной патологии акцент смещается в сторону резидуальных характеристик. Так, например, первоначально объектом сурдопедагогики и тифлопедагогики были лишь глухие и слепые, по мере развития этих наук он стал включать в себя также слабослышащих и слабовидящих лиц.

Помимо внутренней модификации традиционных отраслей коррекционной педагогики (тифло-, сурдо- и олигофренопедагогики) можно наблюдать формирование ее новых направлений, таких как педагогика детей с задержкой психического развития, педагогика лиц с патологией опорно-двигательного аппарата. Закладываются основы логопедии. Одновременно практика обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии отчетливо свидетельствует об изменениях в составе учащихся коррекционно-воспитательных учреждений. Основная особенность этих перемен заключается в усложнении структуры психических расстройств, проявляющемся в комбинированных сочетаниях разных аномалий. Эти нарушения создают качественно иные варианты отклоняющегося развития, не сводящиеся к простой сумме патологических элементов.

Наиболее часто встречаются нарушение интеллектуального развития с одновременной патологией зрения и (или) слуха, расстройство опорно-двигательного аппарата в сочетании с умственным недоразвитием и т. д. Появление подобных форм сочетанной патологии с неизбежностью ставит вопрос о специфике обучения и воспитания подобных детей, а это, в свою очередь, стимулирует проведение исследований своеобразия их психического развития. Таким образом, закладываются основы новых разделов коррекционной педагогики, возникающих на стыке традиционных.

5. Эволюция отношения общества и государства к лицам с физическими и психическими недостатками

Н.Н. Малофеев (1997), исследовав эволюцию отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии от античных времен до наших дней, выделил **пять периодов эволюции**. Выделенные периоды охватывают временной отрезок в два с половиной тысячелетия. Условными рубежами пяти выделенных периодов являются исторические прецеденты существенного изменения отношения государства к лицам с отклонениями в развитии. Исследование показало, что в Западной Европе разные страны пережили все эти периоды, причем в сопоставимые исторические сроки. Сопоставив выделенные периоды в Западной Европе и России, Н.Н. Малофеев показал, что в эволюции отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии в России воспроизводятся все те же периоды, что и в европейской цивилизации, но со значительным отставанием в масштабе исторического времени, вследствие чего в конце XX в. Россия и Западная Европа переживают разные периоды эволюции (таблица).

Таблица

Хронологические сроки прохождения периодов эволюции отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии в Западной Европе и в России

Период	Западная Европа	Россия
I	IX – VIII вв. до н.э. – начало XII в.	996 – 1715
II	XII в. – конец XVIII в.	1706 – 1806
III	конец XVIII в. – начало XX в.	1806 – 1927
IV	начало XX в. – 70-е гг. XX в.	1927 – 1991
V	70-е гг. – ?	1991 – ?

Первый период – от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии. Условная граница периода в Западной Европе – первый прецедент государственной заботы об инвалидах – *открытие в Баварии первого приюта для слепых в 1198 г.* Нижней границей в России условно можно считать время христианизации Киевской Руси в X в. и *возникновения первых монастырских приютов.* Верхняя граница – *указы Петра I, запрещающие умерщвлять детей с врожденными дефектами (1704), повелевавшие повсеместно открывать церковные приюты и госпитали для оказания помощи сиротам, нищим и убогим (1715).* Окончание периода обусловлено знакомством монарха с западноевропейским государственным устройством и его стремлением

реформировать страну по зарубежному образцу, в контексте которого, и возникает прецедент государственной заботы об инвалидах.

Второй период – от осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них. Условной границей периода в Западной Европе является переосмысление во Франции гражданских прав людей с сенсорными нарушениями и первые прецеденты открытия в Париже специальных школ: для глухонемых (1770) и для слепых (1784). В России – прецеденты открытия первых специальных школ. Первое специальное учебно-воспитательное учреждение в России (опытное училище для 12 глухонемых) было открыто 14 октября 1806 г. в г. Павловске по указанию Императрицы Марии Федоровны. Первая школа для слепых учреждена по инициативе Александра I в 1807 г. и связана с приглашением французского тифлопедагога Валентина Гаюи для работы в Россию.

Третий период – от осознания возможности к осознанию целесообразности обучения трех категорий детей: с нарушениями слуха, зрения, умственно отсталых. Условной границей периода в Западной Европе можно считать последнюю четверть XIX века – время принятия в западноевропейских странах законов об обязательном всеобщем начальном образовании и на их основе законов об обучении глухих, слепых и умственно отсталых детей. Это время создания параллельной образовательной системы – системы специального образования для трех категорий детей. В России оформление параллельной образовательной системы с теми же тремя типами специальных школ приходится на советский период – 1927 – 1935-е гг. и связано с Законом о всеобуче.

На протяжении этого периода в России, как и в Европе, развиваются три основных направления помощи детям с отклонениями в развитии: христианско-благотворительное (организационные формы – приют, богадельня, дом призрения), лечебно-педагогическое (отделение при больнице, школа-санаторий) и педагогическое (школа, детский сад, колония).

Четвертый период – от осознания необходимости обучения части аномальных детей к пониманию необходимости обучения всех аномальных детей. Он приходится в Западной Европе на период от начала XX в. до конца 70-х гг. и характеризуется там развитием законодательной базы специального образования, структурным совершенствованием национальных систем (в некоторых странах имеется до 20 типов спецшкол). Существенно расширяется охват специальным обучением нуждающихся детей. К концу 70-х гг. специальным образованием в странах Западной Европы охватывается от 5 до 15 % детей школьного возраста. В России же дифференциация системы, ее структурное совершенствование, переход от 3 к 8 типам спецшкол и 15 типам специального обучения осуществляется в 50 – 90-е гг. Однако специальным образованием на территории СССР было охвачено не более 3% детей школьного возраста, а специальные образовательные учреждения и дефектологические кадры крайне неравномерно распределялись по территории страны.

Пятый период эволюции – от изоляции к интеграции. Интеграция инвалидов в общество является в Западной Европе ведущей тенденцией этого периода эволюции, базирующейся на их полном гражданском равноправии и новой философии общества. Период характеризуется в западноевропейских странах перестройкой в 80 – 90-е гг. организационных основ специального образования, сокращением числа специальных школ и резким увеличением количества специальных классов в общеобразовательных школах, перестройкой взаимоотношений массового и специального образования. Россия же в 1991 г. была только на границе перехода к этому периоду эволюции отношения к лицам с отклонениями в развитии.

6. Понятие «нормальное развитие». Проблема нормы и ее вариантов.

Нормальным развитием, по мнению Томаса Вейса, считается относительно гармоничное равновесие между многими возможными разнообразными отклонениями и неправильным формированием, что свойственно любому развитию.

Среди условий, определяющих возможности нормального развития ребенка, исследователи выделяют как биологические, так и социальные. Так, среди основных условий нормального развития ребенка Г.М. Дульнев и А.Р. Лурия называют следующие показатели:

- 1) нормальную работу головного мозга и его коры;
- 2) нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов;
- 3) сохранение органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром;
- 4) систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.

Понятие **нормы** восходит к латинскому «правило», «образец», «руководящее начало». Так, выделяют различные виды норм – статистические, физиологические, индивидуальные и др.

1. Статистическая норма. Уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т.д.;

2. Функциональная, или индивидуальная норма. Нормальным считается то, что обеспечивает человеку, как субъективное удовлетворение, так и самореализацию при адекватном восприятии и принятии реальности. Объектом анализа и оценки является индивид с его возможностями, способностями, потребностями, желаниями, опытом и др.

3. Идеальная норма. В идеальной норме при оценке человека на передний план выступает образцовое, идеальное. Возникает в виде обобщения положительных качеств выдающихся людей.

4. Социальная норма. Это общепризнанные правила, образцы поведения, стандарты деятельности, обеспечивающие упорядоченность, регулярность социального взаимодействия индивидов и групп.

5. Групповая норма. Это специфический вид и своеобразное преломление социальных норм. Наличие в группе достаточно развитой, разветвленной и устойчивой системы норм позволяет ей соотнести поведение каждого ее члена с эталоном и на этом основании выбрать эффективное средство воздействия на индивидуума.

Аномальность. Показатели, характеризующие нормальную психическую деятельность, ограничены достаточно определенными параметрами, выход за границы которых позволяет говорить о ее нарушении. При этом настроение человека, его эмоции, суждения, решения возникают не вследствие соответствующих внешних стимулов, а в результате измененной высшей нервной деятельности. У людей с дефектами слуха, зрения, интеллекта, речи, неадекватно воспринимающих и оценивающих внешние стимулы, формируется неадекватное представление об окружающем мире, а часто и неправильная адаптация к нему

М. Совак определяет дефективность (аномальность) как *нарушение целостности человека, его связей и отношений с обществом, в том числе в сфере воспитания и образования, профессиональной деятельности.*

7. Критерии выявления отклонений. Изменения в современной терминологии.

В процессе исследования нарушений психофизического развития специалисты выделяют четыре аспекта.

1. Клинический – направлен на изучение причин и симптомов, полученных в результате обследования ребенка. Основная цель исследований – выявление стойких отклонений в морфологии и физиологии отдельных органов, систем и организма в целом.

2. Психологический – изучение состояния и развития психических процессов. Цель – выявление особенностей отклоняющегося развития ребенка и тех сохранных путей, с

помощью которых можно их компенсировать в адекватных условиях, видах и формах обучения.

3. Педагогический – направлен на изучение уровня обучаемости и воспитуемости ребенка и включает следующие задачи: изучение познавательных возможностей, черт личности, выявление уровня актуального и зоны ближайшего развития; определение оптимальных условий для коррекции недостатков познавательной деятельности; разработка способов педагогического влияния на учащихся; выявление готовности ребенка к обучению в школе, определение степени сформированности школьных навыков, причин, вызывающих различные трудности в усвоении программы, и школьной адаптации.

4. Социологический – рассматривает место инвалида в обществе, его поведение в различных жизненных ситуациях.

В специальной педагогике, пока преимущественно в зарубежной, принято опираться на международную классификацию понятий, связанных с нарушениями, отклонениями в развитии человека, разрабатываемую ВОЗ, которая занимается этим вопросом с 1957 г., постоянно совершенствуя терминологию. Так, в 1980 г. ВОЗ выдвинула три категории понятий: «*impairment*», «*disability*», «*handikap*».

Impairment — дефект, потеря физической субстанции или необратимое изменение в психологической, физиологической или анатомической структуре или функции.

Disability — помеха, ограничение, возникшее вследствие нарушения, которое приводит к частичному или полному сокращению обычных умений или навыков человека.

Handikap — социальное ограничение индивидуума, являющееся следствием нарушения, которое не позволяет или ограничивает возможность принятия им адекватной данному возрасту и полу социальной роли в типовых социокультурных условиях.

Эти три категории могут быть соотнесены с тремя сферами — биологической (*impairment*), психической (*disability*) и социальной (*handikap*) — и означают соответственно *дефект*, *снижение способности* и *ограничение возможности*.

В 1997 г. ВОЗ разработала обновленную классификацию понятий, которая была социально детерминирована в большей степени. В ней присутствуют такие категории, как *impairment*, *activity*, *participation*. Новая классификация ВОЗ трактует выделенные категории следующим образом.

Impairment — дефект — понятие, включающее органические дефекты и функциональные нарушения, относящееся к кругу медицинских дисциплин анатомии и физиологии (патоанатомия, патофизиология).

Activity — активность, ее ограничение — акцентирует внимание на степени возможности для человека, имеющего нарушение или нарушения, вести самостоятельную, независимую жизнь; мера личностной самореализации; относится к сфере психолого-педагогических наук.

Participation — возможности и ограничения участия — оценивает меру социальной включенности; показывает, как нарушения здоровья и жизнедеятельности влияют на участие человека в разных аспектах жизни общества; относится к сфере социальных наук.

Специальная педагогика пока не завершила разработку системы устойчивых общепринятых терминов, отражающих ее специфическую образовательную сущность. Несмотря на предложенную ВОЗ международную классификацию (1997—1999) с преобладающей социокультурной детерминантой, некоторые понятия, используемые в специальной педагогике, все еще далеки от корректности.

Используемые в педагогической и социальной сферах медицинские термины становятся все более неприемлемыми как диагнозные, некорректные, ущемляющие достоинство взрослых, детей и их родителей, но также и не отражающие особых потребностей этих людей в образовании, особенностей и возможностей их социального адаптирования. Часто эти термины ограничивают проблемную область специальной

педагогики периодом детского возраста («аномальные дети», «дети-инвалиды») и по своей сути в педагогическом контексте являются личности дискриминационными.

8. Международные стандарты в области прав и свобод личности. Законодательные акты Республики Беларусь в области прав и свобод ребенка.

В Республике Беларусь права лиц с проблемами в развитии признаются рядом документов ООН: Всеобщей декларацией прав человека, Декларацией о правах инвалидов, Декларацией о правах умственно отсталых лиц, Конвенцией о правах ребенка. Свободы, права и обязанности граждан, закрепленные в нормах международного права, регулируются системой нормативно-правовых актов, издаваемых органами государственной власти: Конституцией Республики Беларусь, законом Республики Беларусь «Об образовании».

Декларация о правах умственно отсталых лиц принята Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1971 г. В ней провозглашаются равные права умственно отсталых лиц с другими людьми: право на надлежащее медицинское обслуживание и лечение; право на образование, восстановление трудоспособности и покровительство; право на материальное обеспечение и на удовлетворительный жизненный уровень; право на защиту от эксплуатации, злоупотреблений и унижительного обращения.

В *Декларации о правах инвалидов*, принятой резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 9 декабря 1975 г., определяется неотъемлемое право инвалидов на уважение их человеческого достоинства; на основные права граждан их возраста; право на медицинское лечение, восстановление здоровья и положения в обществе; право на образование, ремесленную профессиональную подготовку. Они имеют право в соответствии со своими возможностями получить и сохранить за собой рабочее место, жить в кругу семьи или в условиях, благоприятных для них, участвовать в общественной деятельности и досуге, пользоваться квалифицированной юридической помощью.

В *Конвенции о правах ребенка*, принятой резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 20 ноября 1989 г., определен перечень прав детей депривелигированных категорий (в том числе и детей с психофизическими аномалиями) и обязанности государства по защите и помощи таким детям, закреплены права таких детей на соответствующий уровень медицинского обслуживания (ст. 20 – 26).

Глава 10 закона Республики Беларусь «Об образовании» (от 29 октября 1991 г.) определяет возможности получения образования лицами с ОПФР (на дому, в условиях стационарных лечебных учреждений и учреждений социальной защиты). Организация образовательного процесса и содержание образования таких лиц должны строиться в соответствии с требованиями образовательных стандартов общего среднего и специального образования и обеспечивать дополнительную коррекционно-образовательную помощь, предупреждение и преодоление нарушений в развитии (ст. 39). В ст. 38 говорится, что специальное образование призвано обеспечить доступность образования лицам с ОПФР, коррекционные услуги, социальную адаптацию и интеграцию их в общество.

Закон «О правах ребенка» (от 19 ноября 1993 г.) в Республике Беларусь определяет права детей-инвалидов и детей с недостатками умственного и физического развития (ст. 27): дети, у которых есть физические и умственные недостатки, имеют право на особую защиту, бесплатное медицинское обслуживание, помощь в получении профессии и устройстве на работу.

В законе «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» (18 мая 2004 года) определены правовые, экономические, социальные и организационные основы специального образования с целью создания необходимых условий для получения образования, социальной адаптации и интеграции в общество лиц с ОПФР. Структура закона представлена восьмью главами, включающими 38 статей. Содержательная часть закона отражает все аспекты специального образования: цели,

государственную политику в сфере специального образования, права лиц с ОПФР в обществе, международное сотрудничество в сфере специального образования, структуру, организации и учреждения, обеспечивающие получение специального образования, содержание образовательного процесса и др.

Организация *интегрированного обучения и воспитания* регламентируется Инструкцией о порядке открытия и функционирования специальных классов (групп) интегрированного (совместного) обучения, утвержденного постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 28.08.06. № 85.

9. Основные проблемы коррекционной педагогики

1. Ранняя реабилитация детей с дизонтогенезом – одна из наиболее важных проблем, от степени ее решения во многом будет зависеть состояние других проблем. Чем больше будет вложено усилий и средств в раннюю коррекционную помощь новорожденному ребенку, тем меньше придется тратиться в будущем на его реабилитацию. Прежде раннее вмешательство (или ранняя интервенция), особенно в психолого-педагогическом смысле, практически не имело места в нашем обществе. Основная коррекционная работа начиналась только тогда, когда ребенок достигал школьного возраста, в лучшем случае в дошкольном периоде.

2. Создание широкого и разнообразного спектра специальных образовательных услуг. Специальное образование является частью системы общего (массового) образования, которая под воздействием новых социально-политических и социально-экономических причин претерпела за последние годы значительные изменения — от безвариативности к широкому разнообразию как по форме, так и по содержанию. В связи с этим по-особому встала проблема обоснования многоуровневой и дифференцированной системы специального обучения.

3. Поиск новых организационных форм обучения связан с введением интегрированного (совместного) обучения, которое направлено не на сегрегацию (изоляция) одной части общества от другой, а на консолидацию, создание единого общества людей с разными типами развития, особенностями и потребностями. В ряде стран этот процесс идет в рамках программы «Быть разными – это нормально».

4. Индивидуализация программ коррекционного воздействия (обучения, воспитания и развития). Решение этой проблемы осуществляется под девизом «Каждому ребенку – своя программа развития», и оно стало возможным только в условиях гуманизации системы образования.

5. Разработка и внедрение новых информационных технологий – проблема, вызванная современным уровнем развития науки и техники. Компьютерные технологии, современные средства связи, создание аппаратуры на цифровой основе и технологии *digital* не только активно входят в жизнь людей интеллектуальных профессий, но и эффективно работают в системе коррекционно-реабилитационного процесса. Новые информационные технологии успешно могут компенсировать утраченное зрение, слух, двигательные и другие функции.

6. Совершенствование системы профессионально-трудовой подготовки. Эта проблема может быть отнесена к разряду вечных, так как она существовала во все времена, но никогда она не была такой острой, как сейчас, в условиях роста конкуренции и появившейся безработицы. Тем не менее, есть целый ряд позитивных примеров ее решения, когда акцент делается на интеллектуализацию рабочих профессий, уход от подготовки кадров для крупных предприятий и переориентацию на обучение ремеслам, народным промыслам, изучение рынка труда и сбыта.

6. Коррекционное обучение детей со сложной структурой дефекта хотя и имеет глубокие исторические корни, но прежде осуществлялось только в единичных случаях. До недавнего времени большинство детей с резко ограниченными возможностями входило в так называемую «необучаемую» группу, включавшую примерно 2/3 всех детей с

нарушениями развития. Когда от этой практики отказались, то увидели, что решение этой проблемы фактически следует начинать чуть ли не с нуля: разрабатывать содержание, формы, методы и приемы обучения и воспитания. В ряде случаев этот процесс ограничивается модификацией поведения с применением условно рефлекторного метода.

7. Лингвосемантическая проблема сводится к правильному использованию терминологии. Она имеет несколько аспектов: научный, практический, межнациональный, межведомственный и нравственный. Одним из препятствий во взаимопонимании специалистов одной области, но разных стран, либо специалистов разных областей внутри одной страны является различное толкование одних и тех же понятий и терминов. Многие термины из научной лексики перешли в бытовую и зачастую используются как оскорбления. Суть этой проблемы составляют перспективы развития и конвергенции понятийного аппарата данной теоретико-практической области знаний.

8. Создание системы непрерывного образования для кадров в общих чертах осуществляется в рамках программы ЮНЕСКО «Образование для жизни, а не на всю жизнь».

10. Многоуровневая и дифференцированная система специального обучения

Специальная помощь детям с ОПФР в Республике Беларусь на государственном уровне оказывается в рамках трех министерств: *Министерства образования, Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты.*

Структура системы специального образования включает:

- участников образовательного процесса;
- образовательные стандарты и разработанные на их основе учебные планы и учебные программы;
- республиканские органы государственного управления и местные исполнительные и распорядительные органы по управлению в сфере специального образования.

Система специального образования может быть представлена как вертикальными уровнями, так и горизонтальными составляющими. В основу вертикальной структуры положена возрастная периодизация развития личности, она включает *5 уровней*:

1. Период раннего младенчества (от рождения до 3 лет).
2. Дошкольный период (от 3 до 6 – 7 лет),
3. Период обязательного обучения (от 6 – 7 до 16 лет).
4. Период среднего образования и профессиональной подготовки (от 15 до 18 лет вплоть до 21 года – для незрячих, глухих, с нарушениями опорно-двигательного аппарата).
5. Период обучения взрослых – инвалидов.

В основу горизонтальной структуры специальных учебных заведений положены уровень психофизического развития ребенка, особенности его познавательной деятельности, характер и степень нарушения. В системе специального образования выделяются *три ступени*: дошкольная, школьная (общее образование) и профессиональная. Выделяют следующие *уровни* специального образования: *дошкольное образование; общее базовое и общее среднее образование; профессионально-техническое образование; среднее специальное, высшее и послевузовское образование.*

В системе специального образования также определены дифференцированные возможности в выборе форм получения специального образования: допускается сочетание различных форм получения образования, а также обучение по индивидуальным учебным планам. Организация специального образования *осуществляется*:

- в учреждениях, обеспечивающих получение специального образования (специальные учреждения: специальные дошкольные учреждения, специальные общеобразовательные школы (школы-интернаты), вспомогательные школы (школы-интернаты), центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации; учреждения образования общего типа, создавшие условия для получения образования лицам с ОПФР: спецклассы (группы), классы (группы) интегрированного обучения и воспитания, пункты

коррекционной помощи и др.);

- на дому;
- в условиях организаций здравоохранения;
- в условиях учреждений социального обслуживания.

11. Информационные технологии в специальном образовании

Технология – научно и/или практически обоснованная система деятельности, применяемая человеком в целях преобразования окружающей среды, производства материальных или духовных ценностей.

Технологический подход к обучению предусматривает *точное инструментальное управление учебным процессом и гарантированный успех поставленных учебных целей*. Технологический подход позволяет:

- с большей определенностью предсказывать результаты и управлять педагогическими процессами;
- анализировать и систематизировать на научной основе практический опыт и его использование; комплексно решать образовательные и социально-воспитательные проблемы;
- обеспечивать благоприятные условия для развития личности;
- оптимально использовать имеющиеся в распоряжении ресурсы;
- выбирать наиболее эффективные и разрабатывать новые технологии и модели для решения возникающих социально-педагогических проблем.

Новые информационные технологии (НИТ) – это новые способы передачи и обработки материала. Система новых информационных технологий (НИТ) включает в себя тесты и диагностические, контролирующие и обучающие программы, словари, справочники, тренажеры для отработки контрольных навыков, лабораторные практикумы, моделирование и проектирование. Главные сферы применения компьютерных технологий, которые могут оказать значительное воздействие на систему специального обучения:

1. Производство учебного материала. Бесспорное преимущество электронного способа подготовки и хранения информации состоит в ускорении и упрощении процесса ее переработки и обновления.

2. Хранение и быстрый поиск информации независимо от места ее хранения – на жестких, гибких, видеодисках или в базе данных.

3. Создание на базе компьютерной техники систем связи (электронной почты, телеконференцсвязи), позволяющих учащимся, педагогам общаться между собой на расстоянии и даже проводить групповые семинары и дискуссии со своих терминалов.

Программа «*Видимая речь*» является средством формирования и коррекции произношения, позволяет также работать над высотой голоса, громкостью, темпом речи, интонацией. Первая ее версия была создана на основе десятилетнего экспериментального исследования, проведенного специалистами 29 стран мира. «Видимая речь» позволяет работать как с нормально слышащими детьми, так и с лицами, имеющими нарушения слуха, слабослышащими и глухими, при этом невозможность пользоваться слуховым контролем речи заменяется зрительным контролем, о чем весьма красноречиво свидетельствует название программного обеспечения.

Программа «*Экранный чтец*» предназначена для незрячих и слабовидящих. Она позволяет компенсировать утраченное зрение озвучиванием той информации, которая обычно выводится на монитор (наличие его необязательно), либо распечаткой текста на принтере с брайлевской строкой.

ТЕМА 2: ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА (6 ЧАСОВ)

Основные понятия: классификации, нарушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, общения, трудности в обучении, дети с тяжелыми и (или) множественными нарушениями в развитии.

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Проблема общепринятой терминологии и классификаций для лиц с нарушениями психического и физического развития.
2. Основные причины нарушений в развитии
3. Дети с нарушениями анализаторов: слуха и зрения.
4. Дети с интеллектуальными нарушениями (умственная отсталость)
5. Дети с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития
6. Дети с тяжелыми нарушениями речи
7. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата
8. Дети с нарушениями общения
9. Дети с тяжелыми и (или) множественными нарушениями в развитии.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ:

1. Проблема общепринятой терминологии и классификаций для лиц с нарушениями психического и физического развития

На сегодняшний день можно констатировать отсутствие общепринятой терминологии и психолого-педагогических классификаций нарушений психического и физического характера. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр в частности, раздел «О психических и поведенческих нарушениях» внедряется в практику в нашей стране с немалым опозданием и большими трудностями. Во всем мире стараются избегать прямого названия диагноза и указания на функциональные недостатки людей. В качестве универсального термина, обозначающего физический или психический недостаток, принят термин *ограничение* (возможностей).

Дети с особенностями психофизического развития (ОПФР) (термин, официально признанный в Республике Беларусь) – это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. *Синонимами* данного термина могут выступать ряд альтернативных понятий: «дети с ограниченными возможностями здоровья» (российский вариант), «дети с особыми образовательными потребностями», «дети с отклонениями в развитии», «дети с особыми нуждами», «нетипичные дети», «дети с трудностями в обучении», «дети с дизонтогенезом» (нарушение индивидуального хода развития), «исключительные дети», «дети с недостатками в умственном и физическом развитии», «дети с недугом» и др. Объектом дискуссии остается термин «аномальные дети» и в последнее время этот термин вытеснен альтернативными понятиями.

По данным Министерства образования РБ по состоянию на 15.09. 2004 г. детей с ОПФР – **6,11 %** от общей численности детей. Из общего количества детей с ОПФР:

- 67,54 % составляют дети с нарушениями речи,
- 17,36 % – дети с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития,

- 14,00 % – дети с умственными ограничениями,
- 6,45 % – дети с нарушениями зрения,
- 4,07 % – дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата,
- 2,19 % – дети с комбинированными нарушениями,
- 2,15 % – дети с нарушениями слуха.

Существуют различные классификации детей с особенностями в развитии. В их основу положены различные критерии. Наиболее распространенными критериями являются следующие: *причины нарушений; виды нарушений с конкретизацией их характера; последствия нарушений, которые сказываются в дальнейшей жизни.*

По характеру нарушений различают следующие категории:

- 1) глухие;
- 2) слабослышащие;
- 3) позднооглохшие;
- 4) незрячие;
- 5) слабовидящие;
- 6) лица с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- 7) лица с нарушением эмоционально-волевой сферы;
- 8) лица с нарушением интеллекта;
- 9) лица с задержкой психического развития (труднообучаемые);
- 10) лица тяжелым нарушением речи;
- 11) лица со сложными недостатками развития.

Есть более *обобщенная классификация*. В ее основе – группировка вышеуказанных категорий нарушений в соответствии с локализацией нарушения в той или иной системе организма:

- 1) телесные (соматические) нарушения;
- 2) сенсорные нарушения (слух, зрение);
- 3) нарушения деятельности мозга (умственная отсталость, нарушения движений, психические и речевые нарушения).

По причинам возникновения нарушений различают:

- 1) врожденное нарушение развития;
- 2) несчастный случай, стихийное бедствие;
- 3) дорожно-транспортное происшествие;
- 4) экология; болезнь и др.

Наиболее распространенной является классификация *Б.П. Пузанова и В.А. Лапина*.

Дети с нарушением слуха и зрения:

- 1) с недостатками слуха:
 - а) глухие (неслышащие) дети;
 - б) слабослышащие (тугоухие) дети;
- 2) со стойкими дефектами зрения:
 - а) слепые (незрячие) дети;
 - б) слабовидящие дети.

2. Умственно отсталые дети и дети с задержкой психического развития:

- 1) умственно отсталые:
 - а) олигофрения;
 - б) деменция;
- 2) интеллектуальная недоразвитость:
 - а) идиотия;
 - б) имбецильность;
 - в) дебильность;
- 3) с задержкой психического развития (ЗПР):
 - а) ЗПР конституционного происхождения;

- б) ЗПР соматогенного происхождения;
- в) ЗПР психогенного происхождения;
- г) ЗПР церебростенического характера.
- 3. *Дети с тяжелыми нарушениями речи:*
 - 1) нарушения устной речи (дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия);
 - 2) нарушения письменной речи (дислексия, дисграфия).
- 4. *Дети с нарушением опорно-двигательной системы (ДЦП).*
- 5. *Дети со смешанным (сложным) дефектом (умственно отсталые неслышащие или слабослышащие; умственно отсталые слабовидящие или незрячие; слепоглухонемые и т. д.)*
- б. *Дети с искаженным развитием – психопатия, патология влечений.*

2. Основные причины нарушений в развитии

Нарушения в зависимости от времени возникновения подразделяются на *врожденные и приобретенные*. К причинам врожденных нарушений относят различные патогенные факторы, вызывающие заболевания матери в период беременности: токсикозы, интоксикации, нарушение обмена веществ, травмы, иммуно-патологические состояния, токсоплазмоз, многообразная акушерская патология, а также наследственные генетические поражения организма. К последствиям внутриутробных инфекций (среди разных видов особенно опасна краснуха) относят микроцефалию, гидроцефалию, сенсорные и двигательные нарушения. Возможны различные эмбриональные мозговые поражения вследствие резус-несовместимости крови матери и плода. В этом случае чаще всего страдают подкорковые образования, височные области коры и слуховые нервы. Существует отчетливая связь между временем патогенного воздействия на развивающийся организм и клиническими проявлениями: чем раньше в эмбриогенезе повреждается мозг плода, тем более выражены последствия вредоносных влияний.

Приобретенные нарушения включают разнообразные отклонения в развитии, вызванные родовыми и послеродовыми поражениями организма ребенка (асфиксии, черепно-мозговые травмы, нейроинфекции).

По характеру расстройств выделяют *органические и функциональные* нарушения. При *органических* нарушениях отмечается поражение материальной структуры мозга (клетки и волокна), что является следствием перинатального поражения, перенесенных нейроинфекций, черепно-мозговых травм или наследственных причин. К ним могут относиться различные парезы, параличи, нарушение функций черепно-мозговых нервов, мозжечковые или экстрапирамидные расстройства, нарушение функций сенсорных систем. В основе *функциональных* расстройств лежит не результат какого-то патологического процесса (воспалительного, токсического и др.), а дезинтеграция различных мозговых структур.

По степени распространенности патологического процесса различают *локальные и диффузные* нарушения, которые затрагивают только отдельный участок либо носят разлитой характер, глубина проникновения при этом различна.

По причине происхождения нарушения могут носить биологический и социальный характер. На отклонения в развитии оказывают влияние такие факторы, как: загрязнение окружающей среды, недостаточное питание (например, нехватка аминокислот), наркомания и алкоголизм, неблагоприятные климатические условия, неправильный уход в раннем возрасте, психическая депривация (нехватка сенсорных и эмоциональных раздражителей), нищета, неграмотность и т. п. По ряду причин экологического, морфофизиологического и социального характера, включая патологические особенности протекания беременности и раннего постнатального развития ребенка, в первую очередь страдает раннее моторное развитие, формирование базисных иерархических механизмов анализа пространства и пространственно-временных отношений, а также функций

программирования, контроля и регуляции деятельности. В связи с этим все больше расходятся в сроках возрастные показатели уровня актуального развития и имеющиеся в настоящее время социально-психологические требования к ребенку.

По *типу развития* нарушения делятся на *психические и физические*. К причинам патологии, известным прежде, добавились новые: научный и цивилизационный факторы. Успехи в развитии медицины привели к повышению степени выживаемости. Так, научно-технический прогресс сделал возможным выхаживание преждевременно родившихся младенцев с массой тела меньше 1000 г (500—999), а также находившихся в состоянии асфиксии больше 8 мин., т. е. тех, которые раньше не смогли бы остаться в живых. К росту врожденной патологии зарубежные авторы относят также фактор развития цивилизации — повышение терпимости к инвалидам. Родители уже не стесняются, как прежде, иметь больного ребенка.

3. Дети с нарушениями анализаторов: слуха и зрения

Детей с сенсорными нарушениями подразделяют на глухих и слабослышащих, слепых и слабовидящих. Недоразвитие органов слуха или зрения лишает ребенка важнейших источников информации, что ведет к отставанию не только в психическом, но и в физическом плане. Степень выраженности отставания в значительной мере зависит от тяжести и времени возникновения сенсорных нарушений, а также раннего начала специальной коррекционно-реабилитационной работы.

Дети с нарушениями слуха

Основой классификации являются следующие критерии: *степень потери слуха, уровень развития речи* (Р.М. Боскис). В соответствии с этими критериями выделяют следующие группы детей.

Глухие (неслышащие). К ним относят детей со степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Среди них выделяют:

1. ***ранооглохших***. В эту группу входят дети, родившиеся с нарушенным слухом либо потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах. Обычно сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать сильные резкие звуки;

2. ***позднооглохших***. Дети, сохранившие в той или иной мере речь, потерявшие слух в возрасте, когда речь была сформирована. Главной задачей является закрепление уже имеющихся речевых навыков, предохранение речи от распада и обучение чтению с губ.

Слабослышащие (тугоухие). Дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но с сохранной способностью к самостоятельному накоплению речевого запаса при помощи остаточного слуха. Речь имеет ряд существенных недостатков, которые подлежат коррекции в процессе обучения:

1. при *легкой степени* тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии 3 – 6 м от уха, разговорная – на расстоянии 6 – 8 м;

2. при *умеренной степени* тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии 1 – 3 м, разговорная – на расстоянии 4 – 6 м;

3. при *значительной степени* тугоухости шепотная речь воспринимается на расстоянии не далее 1 м, разговорная средней громкости – на расстоянии 2 – 4 м;

4. при *тяжелой степени* тугоухости – шепот воспринимается на расстоянии 0,5 м, разговорная речь – на расстоянии не более чем 2 м.

Известна также классификация слабослышащих, разработанная *Л.В. Нейманом*:

воспринимают самые низкие частоты – 125-250 Гц; эти дети не различают каких-либо звуков, реагируют на громкий голос у уха;

125-250-500 Гц. Реагируют на громкий голос, различают гласные о, у;

125-250-500-1000 Гц. Реагируют на голос разговорной громкости около уха, различают 3 – 4 гласных, некоторые знакомые слова;

125-2000 Гц. Слышат разговорный голос на небольшом расстоянии, различают почти все гласные, некоторые согласные, отдельные знакомые слова и фразы.

Для научно обоснованного построения системы обучения важно знание биологических и социальных факторов развития детей с недостатками слуха. Своеобразие взаимодействия ребенка с окружающей средой определяется тем, что у него не развита речь как средство общения и орудие мышления. Социальная среда по-разному воздействует на процесс развития ребенка. Поэтому для него необходимо создать такие специальным образом организованные условия, которые развивали бы его. Можно выделить некоторые характерные особенности ребенка с нарушением слуха:

1. состояние слуха оказывает решающее влияние на речевое и психологическое становление ребенка;
2. при нарушении слухового анализатора у детей в первую очередь и в наибольшей мере страдает речь;
3. нарушение слуха сказывается на ходе психического и речевого развития, приводит к возникновению целого ряда вторичных нарушений в развитии мышления, речи, познавательной деятельности. У детей с нарушением слуха мышление почти или абсолютно не продвигается в своем развитии от наглядно-образного к словесно-логическому.

На основе классификации детей с нарушением слуха осуществляется дифференцированное специальное образование. Рекомендации для детей того или иного вида специальной школы учитывают не только характер и степень нарушения слуха, но и состояние речевого развития.

Социокультурная адаптация детей с нарушениями слуха часто (40%) осложняется эмоциональными и поведенческими расстройствами, которые формируются как вторичные за счет сенсорной и социальной депривации, возникающей при неадекватных условиях воспитания ребенка, как в семье, так и в детском учреждении. Такие дети, в большинстве случаев замкнуты, предпочитают общение с себе подобными, болезненно реагируют на случаи обнаружения их дефекта. Их речь характеризуется количественной недостаточностью и качественным своеобразием. Часто отмечаются нарушения звуко-буквенного состава слов: некоторые звуки ребенок не улавливает, другие воспринимает неправильно, отчетливо слышит только ударные части слова, недостаточно ясно дифференцирует на слух приставки, окончания слов. Таким образом, как указывает Н.Д. Шматко, ребенок искаженно слышит слово, искаженно запоминает его и искаженно произносит, пишет. Все это обуславливает необходимость предельно раннего начала коррекционной учебно-воспитательной работы.

Дети с нарушениями зрения

Воспитанием и обучением лиц с нарушением зрения занимается тифлопедагогика. В зависимости от степени нарушения выделяют:

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

слабовидящих, которые имеют отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето-светоощущений, периферического и бинокулярного зрения).

Слепота и слабовидение – категории психофизических нарушений, проявляющиеся в ограничении зрительного восприятия или его отсутствии, что влияет на весь процесс формирования и развития личности.

Врожденная слепота обусловлена повреждением и заболеваниями плода в период внутриутробного развития либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения. *Приобретенная слепота* – следствие заболевания органов зрения (сетчатки, роговицы) и заболеваний ЦНС (менингита, опухоли мозга), осложнений после общих

заболеваний организма (кори, гриппа, скарлатины), травматических повреждений мозга или глаза.

Время наступления нарушения зрения существенно для психического и физического развития ребенка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, особенности психофизического развития. Отсутствие визуальной тренировки у слепорожденных сказывается наиболее заметно на двигательной сфере, на содержании социального опыта. Основным фактором ориентировки для таких детей становится звуковой раздражитель.

У детей с нарушением зрения возникают трудности в игре, учении, овладении профессиональной деятельностью. В более старшем возрасте возникают бытовые проблемы, что вызывает сложные переживания и негативные реакции. У слепых в одних случаях могут развиваться отрицательные черты характера: неуверенность, пассивность, склонность к самоизоляции; в других случаях – повышенная возбудимость, раздражительность, переходящие в агрессию.

Развитие внимания, логического мышления, памяти, речи у слепорожденных протекает нормально, хотя проявляется некоторое своеобразие мыслительной деятельности с преобразованием развития абстрактного мышления. У ослепших детей: чем позже ребенок потерял зрение, тем больше у него объем зрительных представлений, который можно воссоздать за счет словесных описаний. Если этого не делать, происходит постепенное стирание зрительных образов.

Степень выраженности отставания в психическом развитии у таких детей зависит от этиологии, тяжести и времени возникновения дефектов зрения, а также от своевременного начала коррекционно-реабилитационной работы. Особенности психического развития слепых и слабовидящих детей являются: слабость абстрактно-логического мышления, ограниченность знаний и представлений об окружающем с преобладанием общих, неконкретных знаний. Характерен малый объем чувственного опыта, формальный словарный запас и недостаточно точная предметная соотнесенность слов. Дефекты зрения тормозят развитие двигательных навыков и умений, пространственной ориентировки и определяют малую моторную активность ребенка, общую его медлительность. Такие дети, как указывает Н.Д. Шматко, часто пытаются "скрыть" или отрицать дефект, если о нем узнают окружающие. Они чувствуют себя скованно, неестественно и дискомфортно. Стесняются обращаться за помощью. Бывают ранимы и чувствительны к критике. При глубоких нарушениях зрения могут наблюдаться навязчивые движения. Дети надавливают на глаза, чтобы получить ощущение света, раскачиваются, издают стереотипные звуки.

4. Дети с интеллектуальными нарушениями (умственная отсталость)

Умственная отсталость – это стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, а также эмоционально-волевой и поведенческой сфер, обусловленное органическим поражением коры головного мозга, имеющим диффузный характер. По времени возникновения умственная отсталость включает в себя две **основные формы**:

- 1) олигофрению;
- 2) деменцию.

Первый из указанных видов умственной отсталости – **олигофрения** – проявляется на более ранних этапах онтогенеза (до 1,5 – 2 лет), второй – **деменция** – на более поздних этапах онтогенеза (после 2 лет). Преобладающее большинство в полиморфной группе умственно отсталых составляют дети с олигофренией.

По степени выраженности интеллектуального недоразвития олигофрения в свою очередь делится на три группы (МКБ-9):

- 1) **дебильность** (легкая степень);
- 2) **имбецильность** (средняя степень);

3) *идиотия* (тяжелая степень).

По современной международной классификации (МКБ-10) *на основе психометрических исследований и подсчета коэффициента интеллекта (IQ)* все формы умственной отсталости подразделяют на четыре степени глубины интеллектуального дефекта:

1. *легкую* (IQ в пределах 50 – 69) (**F 70** по МКБ-10);
2. *умеренную* (IQ в пределах 35 – 49) (**F71**);
3. *тяжелую* (IQ в пределах 20 – 34) (**F 72**);
4. *глубокую* (IQ ниже 20) (**F 73**).

Деление по степени выраженности дефекта имеет большое значение, так как глубина поражения влияет на особенности клинических проявлений. Также оно имеет практическое значение, поскольку в зависимости от степени выраженности нарушения решается вопрос о типе учреждения, куда рекомендуют направить ребенка. Но количественное определение степени интеллектуальной недостаточности не отражает всей структуры дефекта. Симптоматика умственно отсталых детей богаче. Необходимо учитывать, что на обучаемость, продуктивность и приспособляемость умственно отсталых детей влияет не только тяжесть интеллектуального дефекта, но и другие нарушения психики.

Большинство среди умственно отсталых составляют лица, имеющие медицинский диагноз *олигофрения*. У них поражение нервных клеток головного мозга произошло в период внутриутробного развития, в период родов или в первые три года жизни. Многие из них практически здоровы. У них не отмечается психических заболеваний, но с ранних этапов их развитие протекает замедленно и своеобразно. Наиболее выражена задержка в развитии высших психических функций и ограничены возможности развития произвольного внимания, восприятия, памяти, словесно-логического мышления, что существенно затрудняет познавательную деятельность таких детей и делает необходимым создание специальных условий для их обучения.

Умственная отсталость, возникающая в результате повреждения нормально сформированного мозга (после трех лет), называется *деменцией*. В результате травм головного мозга, различных заболеваний ЦНС (менингита, энцефалита, менингоэнцефалита и др.) происходит распад уже сформировавшихся психических функций, потеря сформированных ранее навыков. Например, у ребенка четырех лет деменция может проявиться в распаде фразовой речи, навыков самообслуживания, снижении и потере интереса к игре, рисованию. Поражения при деменции неоднородны. Наряду с выраженными нарушениями в одних областях мозга может наблюдаться более или менее выраженная сохранность других его отделов.

По *динамике слабоумия* при деменции различают:

1. резидуальную органическую;
2. прогрессирующую деменцию.

По *этиологическому критерию* различают:

1. эпилептическую;
2. шизофреническую;
3. постэнцефалическую;
4. травматическую и другие деменции.

На основе специфики *клинико-психологической структуры* деменции Г.Е. Сухарева выделяет четыре типа, характеризующиеся преобладанием того или иного дефекта:

1. низкий уровень обобщений;
2. грубые нейродинамические расстройства;
3. недостаточность побуждений к деятельности;
4. нарушения критики и целенаправленности мышления.

5. Дети с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития

Задержка психического развития (ЗПР) – это нарушение нормального темпа психического развития. Термин "задержка" подчеркивает временной характер нарушения, т.е. уровень психофизического развития в целом может не соответствовать паспортному возрасту ребенка. Причины ЗПР могут быть различны: дефекты конституции ребенка (гармонический инфантилизм), соматические заболевания, органические поражения ЦНС (минимальная мозговая дисфункция). Отягчающими факторами могут служить неблагоприятные социокультурные условия. Главными причинами ЗПР, по результатам исследований П. Улба, выступают биологические механизмы: патология беременности, ненормальные роды, частые соматические болезни ребенка в первые годы жизни. Данные факторы обуславливают сниженный физический статус детей, их малую выносливость, что не позволяет им своевременно усвоить актуальный для их возраста объем информации. Однако, если объем поступающей информации мал, методы и средства его подачи (образования) неадекватны возможностям ребенка, а окружение продуцирует по отношению к нему стрессогенные ситуации, то причиной ЗПР будут также выступать и социокультурные факторы.

Все отклонения у таких детей со стороны нервной системы отличаются изменчивостью и диффузностью, носят временный характер. При ЗПР имеет место, в отличие от умственной отсталости, *обратимость интеллектуального дефекта*. Ряд отечественных исследователей (Т.А. Власова, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, М.С. Певзнер) выделяют две наиболее многочисленные группы детей с ЗПР:

1. дети с нарушенным темпом физического и умственного развития. Задержка их развития связана с медленным темпом созревания лобной области коры мозга и ее связей с другими областями коры и подкорки;

2. дети с функциональными расстройствами психической деятельности (цереброастенические состояния), которые чаще всего являются следствиями черепно-мозговых травм. Для этих детей свойственна слабость основных нервных процессов и их лабильность.

Особенностью ЗПР является *неравномерность (мозаичность) нарушений различных психических функций*. Неспособность концентрировать внимание на существенных признаках объектов, избирательное восприятие наблюдаемого являются отличительными особенностями психической деятельности детей с ЗПР. Нарушения психической и недостаточность интегральной деятельности мозга (малое количество образований связей между отдельными перцептивными и моторными функциями) определяют ограниченность и фрагментарность представлений детей об окружающем мире. Кроме того, отсутствует патологическая инертность психических процессов. Такие дети способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные умственные навыки в другие сходные ситуации. С помощью взрослого дети с ЗПР могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне, хотя и в замедленном темпе. Выраженная познавательная активность при выполнении заданий и в ходе повседневной жизнедеятельности не наблюдается. Отмечается слабость регуляции произвольной деятельности, недостаточная ее целенаправленность, несформированность функций контроля. Дети с ЗПР отличаются, как правило, эмоциональной неустойчивостью, они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны резкие колебания настроения, гиперутомляемость. На первый план в развитии таких детей выступает замедленность становления эмоционально-личностных характеристик. Это дети с различными формами психофизического инфантилизма (от лат. *infantilis* – детский, младенческий). Категорию детей с задержкой психического развития принято называть *«дети с трудностями в обучении»*.

В задержке психического развития выделяют 4 группы:

1. ЗПР конституционного происхождения, или гармонический инфантилизм (сильно выражено отставание в развитии эмоциональной сферы: яркость эмоций сочетается с их неустойчивостью и лабильностью, игровые интересы преобладают даже в школьном возрасте);

2. ЗПР соматогенного происхождения (связана с длительными тяжелыми

соматическими заболеваниями в раннем возрасте);

3. ЗПР психогенного происхождения (связана с неблагоприятными условиями воспитания: безнадзорность, жестокость со стороны родителей либо гиперопека);

4. ЗПР церебростенического характера (самая многочисленная группа; причины – различные патологические ситуации беременности и родов, а также травмы и заболевания ЦНС в первые месяцы и годы жизни; обязательно предполагает нарушение интеллектуальных функций, ущербность эмоционально-волевой сферы, физическую незрелость, что еще больше осложняет тяжелое состояние ребенка; эти дети нуждаются в более сложном лечении, а также в более сложной педагогической коррекции).

К *типичным особенностям*, свойственным детям с трудностями в обучении, обусловленным ЗПР, А.Д. Гонеев (1999) и другие относят.

1. Наивность, несамостоятельность, непосредственность, частые конфликты со сверстниками; ребенок не воспринимает и не выполняет школьных требований, но прекрасно чувствует себя в игре, прибегая к ней в тех случаях, когда возникает необходимость уйти от трудной для него учебной деятельности, хотя высшие формы игры со строгими правилами (например, сюжетно-ролевые игры) детям с ЗПР недоступны и вызывают страх или отказ играть.

2. Не осознавая себя учеником и не понимая мотивов учебной деятельности и ее целей, такой ребенок затрудняется в организации собственной целенаправленной деятельности.

3. Информацию, идущую от учителя, ученик воспринимает замедленно и так же медленно ее перерабатывает, а для более полного восприятия он нуждается в наглядно-практической опоре и в предельной развернутости инструкций. Словесно-логическое мышление недоразвито, поэтому ребенок долго не может освоить свернутые мыслительные операции.

4. Наблюдается низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость, объем и темп работы снижен.

5. Обучение по программе массовой школы недоступно, т.к. усвоение программы не соответствует темпу их индивидуального развития.

6. В массовой школе такой ребенок впервые начинает осознавать свою несостоятельность как ученика, у него возникает чувство неуверенности в себе, страх перед наказанием и уход в более доступную деятельность.

6. Дети с тяжелыми нарушениями речи

Соотношение нозологического (клинико-педагогического) и симптомологического (психолого-педагогического) подхода выразилось в настоящее время в *двух основных классификациях речевых расстройств* – психолого-педагогической (Р.Е. Левина) и клинико-педагогической (М.Е. Хватцев, Ф.А. Рау, О.В. Правдина, С.С. Ляпидевский, Б.В. Гриншпун), которые рассматривают речевые расстройства в различных аспектах.

Психолого-педагогическая классификация создавалась с учетом практических потребностей работы логопеда. В этой классификации характеристики расстройств речи сгруппированы от частного к общему. Эта классификация учитывает, какие компоненты речи нарушены и в какой степени. Нарушения речи в данной классификации подразделяются на две группы. *Первая группа – нарушение средств общения*. Выделяют следующие речевые нарушения:

1) *фонетическое нарушение речи* (ФН) – нарушение произношения отдельных звуков;

2) *фонетико-фонематическое нарушение речи* (ФФН), наряду с нарушением фонетической стороны имеется и недоразвитие фонематических процессов;

3) *общее недоразвитие речи* (ОНР), нарушены все компоненты языковой системы (лексика, грамматика, фонетика и фонематика).

Вторая группа – нарушение в применении средств общения (заикание, возможен комбинированный дефект – заикание сочетается с ОНР).

Клинико-педагогическая классификация строго не соотнесена с клиническими синдромами и ориентирована на нарушения, которые подлежат логопедической коррекции. Расстройства речи в зависимости от того, какой вид речи нарушен – устная или письменная, подразделяются на две большие группы.

1. Нарушения устной речи

К расстройствам фонационного оформления высказывания относятся.

Дислалия (от греч. *dis* – приставка, означающая расстройство, и *lalia* – речь) – расстройство речи, проявляющееся в нарушении произношения звуков.

Дисфония (или афония) – расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Отсутствует звучный голос при сохранении шепотной речи.

Ринофония – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи.

Ринолалия – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба.

Дизартрия (от греч. *dis* – приставка, означающая расстройство, *arthron* – сочленение) – нарушение звуковой системы языка (звукопроизношение, просодика, голос), обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Брадилалия – патологическое замедление темпа речи. Проявляется в замедленной реализации артикуляционной речевой программы и имеет в своей основе усиление тормозного процесса.

Тахилалия – патологическое ускорение темпа речи. Проявляется в ускоренной ритмизации артикуляционной речевой программы и связана с преобладанием у человека процесса возбуждения.

Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами: алалией и афазией.

Алалия (от греч. *a* – отрицат. частица и *lalia* – говорю) – отсутствие или недоразвитие речи при нормальном слухе и достаточном уровне интеллекта. Обусловлена повреждениями речевых зон коры головного мозга.

Афазия (от греч. *a* – отрицат. частица и *phasis* – высказывание) – системные нарушения речи, вызванные локальными поражениями коры головного мозга.

2. Нарушения письменной речи

Дислексия (от греч *dis* – приставка, означающая расстройство, и *lego* – читаю) – нарушение чтения, связанное с поражением или недоразвитием некоторых участков коры головного мозга, выражается в замедленном, часто угадывающем характере чтения.

Дисграфия (от греч. *dis* – приставка, означающая расстройство, *grapho* – пишу) – нарушение письма, при котором наблюдается характерная замена букв, напоминающая «косноязычие в письме», пропуски и перестановки букв и слогов, а также слияние слов. В случае несформированности процессов чтения и письма (в ходе обучения) говорят об *алексии* и *аграфии*.

7. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата

Выделяют *три группы* таких детей, у которых выполнение произвольных движений невозможно или затруднено. К *первой* относят детей, страдающих остаточными проявлениями периферических параличей и парезов, изолированными дефектами стопы или кисти, легкими проявлениями сколиоза (искривлениями позвоночника). Ко *второй* группе относят детей, страдающих различными ортопедическими заболеваниями, вызванными, главным образом, первичными поражениями костно-мышечной системы

(при сохранности двигательных механизмов центральной и периферической нервной системы), а также детей, страдающих тяжелыми формами сколиоза. *Особую группу* составляют дети с последствиями полиомиелита и церебральными параличами, у которых нарушения опорно-двигательного аппарата связаны с патологией развития или повреждением моторных механизмов ЦНС.

В основе *детского церебрального паралича* (ДЦП) лежит раннее (как правило, внутриутробное – до 50% случаев) повреждение или недоразвитие мозга, вследствие эндокринных, инфекционных и хронических заболеваний матери, интоксикации, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, иммунологическим характеристикам и др., иногда – возникающее в результате родовой травмы или асфиксии новорожденного, реже – как следствие энцефалита. Наследственным заболеванием ДЦП, как правило, не является. Основным симптом ДЦП – двигательные расстройства, которые могут наблюдаться в одной конечности (монопарез или моноплегия), обеих верхних или нижних конечностях (верхний/нижний парапарез или параплегия), на одной половине тела (гемипарез или гемиплегия), во всех 4-х конечностях (тетрапарез или тетраплегия). Частым клиническим проявлением ДЦП является слюнотечение. В целом, при ДЦП наблюдается синтез двигательных, речевых, ментальных, эмоционально-волевых дефектов. Сложность общего развития детей с церебральным параличом заключается в наличии выраженных нарушений скоординированной двигательной работы (*асинергии* – от греч. а – приставка со значением отрицания, sin – вместе и ergon – работа).

Психическое развитие детей с ДЦП имеет типичные особенности, которые обусловлены как органическим поражением ЦНС, так и ограниченностью самостоятельного передвижения и самообслуживания. Во-первых, оно замедленно, во-вторых, характерна непропорциональность в развитии высших психических функций, в частности мышления. При некоторых формах заболевания отмечается несоответствие между удовлетворительным общим уровнем сформированности абстрактно-логического мышления и недостаточностью пространственных представлений, что в дальнейшем обуславливает специфические трудности в усвоении ребенком, например, счетных операций. Часто имеют место нарушения умственной работоспособности. Уровень интеллектуального развития широко варьирует – от нормального интеллекта (IQ около 110) до различных по структуре и выраженности форм олигофрении (до IQ = 20). У большинства детей с ДЦП наблюдается специфическая задержка психического развития (70%). Норма наблюдается в 10% случаев, умственная отсталость – в 20%.

Такие дети ранимы, впечатлительны, имеют эмоционально-поведенческие и личностные расстройства. Отмечается сильная привязанность к родителям или людям их заменяющим.

Отклонения психического развития в большинстве случаев обусловлены недостаточностью практической деятельности (в частности, игровой), социокультурного опыта, а также невозможностью осуществлять в большинстве случаев продуктивную коммуникацию с окружающими людьми. Более половины детей имеют дизартрические расстройства речи.

8. Дети с нарушениями общения

Нарушения общения у детей, как указывает К.С. Лебединская, могут возникать по разным причинам:

- а) наличие умственной отсталости;
- б) наличие невротических расстройств, обусловленных психотравмирующими ситуациями, в результате чего ребенок может бояться общения из-за страха повторных психических травм;
- в) поражение нервной системы, явившееся причиной недостаточности речи или слуха;

г) наличие тяжелых форм психической депривации, когда условия воспитания, жизни препятствуют развитию человеческих особенностей психики (например, феномен Маугли).

Во всех вышеперечисленных случаях нарушения общения, имеют вторичный характер. Они значительно уменьшаются или исчезают при коррекции основного расстройства, целенаправленном адекватном возмощении ребенка обучении и т.д.

Однако существует отклонение психического развития, при котором нарушение общения является доминирующим во всем развитии и поведении ребенка. Речь идет о **раннем детском аутизме** (РДА), от греч. (autos – сам), который представляет собой особый вариант атипичного развития. Термин "**аутизм**" ввел в 1912 г. швейцарский психиатр Э. Блейлер для обозначения особого вида аффективной (чувствительной) сферы и мышления, которые регулируются внутренними эмоциональными потребностями человека и мало зависят от окружающей действительности. Впервые РДА был описан Л. Каннером в 1943г., но из-за гиперзамкнутости детей до конца данное нарушение еще не изучено. Причиной РДА обычно отмечают недостаточность ЦНС, которая может быть вызвана широким кругом причин: врожденной аномальной конституцией, врожденными обменными нарушениями, органическим поражением ЦНС в результате патологии беременности и родов, рано начавшимся шизофреническим процессом и т.д. Средняя частота встречаемости аутизма – 5 : 10 000 с явным преобладанием (1 : 4) лиц мужского пола. РДА может сочетаться с любой другой формой нетипичного развития.

Аутизм – особая патология нервной системы, при которой затруднено формирование эмоциональных контактов человека другими людьми. У аутичных детей природный дефицит общения искажает ход всего психического развития и препятствует социальной адаптации. При отсутствии своевременной психокоррекционной работы состояние аутизма усугубляется вплоть до прекращения контактов ребенка с реальностью. И наоборот, психологическое сопровождение детей приводит к смягчению состояния аутизма. Иногда у аутичных детей обнаруживается особая одаренность в отдельных областях науки и искусства.

Существует ряд основных *симптомов аутизма*, которые наиболее ярко проявляются у детей в возрасте от 3 до 5 лет.

1. Склонность к одиночеству, нарушение социального развития не связано с уровнем интеллектуального развития, который может быть достаточно высоким.
2. Стремление к постоянству. Стереотипность поведения.
3. Задержка в развитии речи и самосознания.
4. Повышенная чувствительность к сенсорным раздражителям, патология влечений.
5. Искусственность, манерность поведения.

О.С. Никольская выделила следующие группы аутичных детей:

1. Дети с аутистической *отрешенностью от мира*. Это самая тяжелая форма аутизма. У детей выражена аффективная патология, снижен психический тонус, отсутствует речь. Они нуждаются в постоянном уходе, т.к. мало контактируют с реальностью.

2. Дети с аутистическим *отвержением окружающего мира*. Такие дети отличаются повышенной физической и коммуникативной ранимостью. Их связь с окружающим миром осуществляется с помощью посредника (чаще всего с помощью матери). Этим детей можно подготовить к обучению в школе (во вспомогательной школе или в специальных классах массовой школы), если с ранних лет проводить специальную психокоррекционную работу.

3. Дети с аутистическим *замещением мира*. Эти дети в мире фантазий живут больше, чем в реальности. Эмоциональные связи с близкими недостаточны. Низка способность к сопереживанию, чувствительность носит внутренний характер. С помощью специальных коррекционных занятий таких детей можно подготовить к обучению в

массовой школе.

4. Дети с эмоционально-коммуникативной сверхтормозимостью. Такие дети отличаются особой робостью и застенчивостью. У них часто формируется чувство собственной незначительности. Эмоциональное развитие хорошее, они склонны к «эмоциональному симбиозу» с близкими людьми. Могут отличаться особой эмоциональной и познавательной одаренностью. При благоприятных условиях воспитания и развития возможно обучение таких детей в массовой школе без предварительной подготовки.

Аутичные дети из всех групп отличаются пониженной стрессоустойчивостью. При длительных стрессовых ситуациях усиливается так называемый «эндогенный компонент расстройства», проявления аутизма становятся более болезненными. В благоприятных условиях, при психологической поддержке, эти проявления компенсируются.

Экспериментально-психологическое обследование аутичных детей затруднено, т.к. дети отвергают любые попытки проникнуть в их внутренний мир. Наблюдение за поведением с помощью специальных диагностических карт – самый целесообразный способ получения диагностической информации. При наблюдении за аутичными детьми обращают на себя внимание следующие нарушения.

1. Речь ребенка автономна, эгоцентрична, недостаточно связана с ситуацией.
2. Могут наблюдаться специфические нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, вербальные штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица).
3. Отсутствие потребности в общении, предпочтение своего внутреннего мира любым контактам с окружающими людьми, отгороженность от реальности, погруженность в мир собственных переживаний.
4. Поведение ребенка нецеленаправленное. Ребенок испытывает трудности в установлении эмоциональных контактов, избегает смотреть в глаза собеседнику, уходит от общения, отстраняется от телесного контакта.
5. В поведении ребенка проявляется аффективная недостаточность: сверхчувствительность, пугливость.
6. Для поддержки ослабленного физического и психического тонуса ребенок использует приемы аутостимуляции, например, раскачивание на стуле, пощипывание тела и т.п.
7. Двигательное беспокойство в виде однообразных моторных действий: раскачивание, постукивание, прыжки и т.п. чередуется с периодами заторможенности, застывания в одной позе.
8. Отсутствует «чувство края», ребенок может совершить экстраординарный поступок.
9. Эмоциональность больше выражена во взаимодействии с растениями, животными, предметами искусства, чем в общении с людьми.
10. У ребенка возможны мало мотивированные колебания настроения.
11. Он часто «уходит» в мир фантазий.
12. В отношениях к людям проявляется противоречивость характера: отгороженность – привязанность, осторожность – импульсивность, холодность – эмоциональность.

В психодиагностической работе с аутичными детьми часто используются рисуночные методы и другие методики творчества. В рисунках и других продуктах творчества дети проявляют все богатство своего внутреннего мира, неожиданное для окружающих.

Психокоррекционная работа с аутичными детьми наиболее эффективна от 3 до 7 лет. Ее целями являются: смягчение аффективных недостатков (гиперчувствительности, витальной расторможенности и т.п.), формирование целенаправленности поведения и деятельности, развитие навыков общения со сверстниками и взрослыми, развитие бытовых и практических навыков, психологическая подготовка к школе.

Психокоррекционные занятия проводятся с ребенком в индивидуальной форме. В сложных случаях аутизма психологическая коррекция сочетается с медицинским лечением. Обязательно проводятся консультативные занятия с родителями, т.к. именно они (прежде всего мать) становятся основными посредниками между хрупким внутренним миром ребенка и окружающей действительностью. В коррекционной работе с аутичными детьми используются разнообразные коррекционные программы: холдинг-терапия, музыкотерапия, арттерапия, сказкотерапия, психогимнастика, сенсорно-моторный тренинг и т.д. При правильно проведенной коррекционной работе к школьному возрасту проявления аутизма значительно смягчаются, ребенок становится более самостоятельным, предсказуемым, адекватным во взаимодействии.

9. Дети с тяжелыми и (или) множественными нарушениями в развитии

Сложный дефект представляет собой не просто сочетание (сумму) двух и более дефектов развития; он является качественно своеобразным и имеет особую структуру, отличную от составляющих его аномалий.

Категорию детей со сложными дефектами составляют:

1. дети с умственной отсталостью, отягощенной нарушениями слуха;
2. дети с умственной отсталостью, осложненной нарушениями зрения;
3. дети глухие слабовидящие;
4. слепоглухие дети;
5. дети с задержкой психического развития, которая сочетается с дефектами зрения или слуха;
6. глухие дети с нарушениями соматического характера (врожденные пороки сердца, заболевания почек, печени, желудочно-кишечного тракта).

Таким образом, к детям со сложными дефектами можно отнести детей, у которых отмечаются нарушения развития сенсорных и моторных функций в сочетании с недостатками интеллекта (задержка психического развития, умственная отсталость). Причинами возникновения сложных дефектов могут быть наследственные и экзогенные факторы.

Наиболее тяжелой группой детей со сложными дефектами выступают *слепоглухие дети*. Её составляют дети, не только полностью лишённые зрения, слуха и речи, но и с парциальным (частичным) поражением сенсорной сферы: слепые с такой потерей слуха, которая препятствует усвоению речи на слух, и глухие с такой потерей зрения, которая препятствует зрительной ориентировке.

Специфической особенностью таких детей является практически полная невозможность получать информацию об окружающем по естественным каналам, что увеличивает значимость коррекционного образования для них, по сравнению с другими детьми, имеющими сложные дефекты. При этом у слепоглохого ребенка часто могут быть развиты все усложняющиеся формы общения – от элементарных жестов (воспринимаемых посредством осязания) до вербальной речи. Это позволяет детям относительно успешно овладевать программой школы, а некоторым оканчивать высшие учебные заведения.

ТЕМА 3: СИСТЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ. ИНТЕГРАЦИОННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ ДЕТЕЙ С ОПФР (2 ЧАСА)

Основные понятия: цензовость, интеграция, интегрированное обучение, методическая работа

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Цензовость образования. Противопоказания к приему в специальную школу.
2. Система специального образования.

3. Развитие сети специальных учреждений в современных условиях.
4. Интегрированное обучение.
5. Виды интеграции. Достоинства и недостатки идеи интеграции.
6. Научно-методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса в специальных учреждениях.
7. Назначение и направления методической работы в специальных учреждениях.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ:

1. Цензовость образования. Противопоказания к приему в специальную школу.

В Концепции реформирования специального образования в Республике Беларусь определяются четыре варианта по цензовости/нецензовости образования.

Цензовое образование:

1. Начальная школа (подготовительный, 1-3 классы), базовая (основная) школа (4-9 классы). Структура специального образования идентична структуре общего образования. В подготовительный класс принимаются дети в возрасте 6-7 лет.

Специальное образование обеспечивает формирование базового объема знаний, соответствующего государственному уровню обязательных требований и оказание коррекционной помощи и поддержки. Такой вариант приемлем для детей с нарушениями зрения, слуха (I отделение), с задержкой психического развития, речевыми нарушениями, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другими нетяжелыми отклонениями.

2. Цензовое образование с увеличением срока обучения. Начальная школа (подготовительный, 1-4 классы) и базовая (основная) школа (5-10 классы). Сроки обучения в этом случае по сравнению с обычной школой увеличены на один год. В подготовительный класс принимаются дети в возрасте 6-7 лет. Этот вариант приемлем для детей с тяжелыми формами нарушения слуха, зрения, речи, двигательной сферы.

Учащиеся, успешно окончившие базовую школу первого или второго варианта специального образования, имеют право получить общеобразовательную подготовку в лицейских 10-11 (11-12) классах или общеобразовательную и профессиональную подготовку в ПТУЗах, ССУЗах.

Нецензовое образование:

3. Младшие классы (подготовительный, 1-4 классы), старшие (5-9 классы), углубленная социальная и профессиональная подготовка (10-11 классы). В подготовительный класс принимаются дети в возрасте 7-8 лет в зависимости от когнитивной зрелости. Образование обеспечивает адекватную познавательным возможностям общеобразовательную подготовку, коррекционную помощь и поддержку, профессионально-трудовое обучение. Рекомендуется для детей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости.

4. Нецензованное, абилитационное образование. Срок обучения определяется степенью выраженности нарушения и уровнем обучаемости. Специальное образование обеспечивает общее развитие, коррекцию и компенсацию нарушений, бытовую адаптацию и социализацию. Обучение осуществляется по специально разработанным учебным планам и типовым программам или индивидуальным образовательным программам различных вариантов. Рекомендуется для детей с тяжелой и глубокой формой умственной отсталости, тяжелыми множественными нарушениями.

Противопоказания к приему в специальную школу:

1. Соматические заболевания (ревматизм в активной фазе, бронхиальная астма с частыми тяжелыми приступами, туберкулез, гемофилия, эндокринные нарушения и др.).
2. Неврологические заболевания (миопатия, тяжелые нарушения опорно-двигательного аппарата).
3. Хирургические заболевания (спинномозговая грыжа, недержание мочи, кала).
4. Кожные заболевания (все в стадии обострения).

5. Психоневрологические (тяжелые формы умственной отсталости с выраженной дезадаптацией, отсутствием навыков самообслуживания, явные психопатоподобные и психические расстройства, органические заболевания головного мозга с дневными или частыми ночными судорожными припадками, выраженные энцефалостенические состояния, синдром двигательной расторможенности).

2. Система специального образования

Принципы построения системы специального образования:

1. государственный характер;
2. общедоступность образования;
3. приоритет общечеловеческих ценностей;
4. опора на наследие национальной культуры;
5. адаптивность системы образования к уровням и особенностям развития и подготовки учащихся;
6. коррекционно-компенсаторная направленность учебно-воспитательного процесса;
7. личностно-ценностная ориентация в обучении и воспитании;
8. преемственность в работе всех звеньев образования и другие.

В современных условиях *система* специального образования представлена *следующими учреждениями*.

Дошкольные учреждения:

- специализированные детские сады с круглосуточным пребыванием;
- специализированные детские дома;
- специальные группы при массовых детских садах;
- дошкольные группы при специальных школах-интернатах;
- группы кратковременного пребывания.

Специальные школы:

- вспомогательные школы (школы-интернаты);
- для детей с тяжелыми нарушениями речи;
- для неслышащих / слабослышащих детей;
- для незрячих / слабовидящих детей;
- для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- для детей с ЗПР.

Другие формы получения образования

- обучение на дому;
- интегрированное обучение;
- обучение в условиях стационарного лечебного учреждения;
- специальные техникумы;
- специальные группы в техникумах и колледжах;
- отделения в вузах;
- реабилитационные центры;
- учебно-производственные мастерские от общества глухих, слепых, инвалидов.

3. Развитие сети специальных учреждений в современных условиях

Реформирование специального образования в Республике Беларусь проходит по *трем основным направлениям*:

- организационно-структурные преобразования (создание специальных школ нового типа для незрячих и слабовидящих (гимназии и лицеи), увеличение срока обучения на один год, введение подготовительного класса, расширение сети интегрированных учреждений, обеспечение оптимальных условий получения профессионального образования,

уменьшение числа интернатов, создание службы коррекционной психолого-педагогической помощи и др.)

- обновление содержания специального образования;
- совершенствование образовательных технологий и методик обучения.

С 1992 года широкое распространение в Республике Беларусь получил новый тип учреждения – центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР). В рамках ЦКРОиР реализуется создание комплексной системы социально-педагогической, психологической, медицинской реабилитации детей с ОПФР с целью интеграции их в общество. Достижение поставленной цели осуществляется средствами ранней диагностики и глубокого изучения аномального развития, формированием банка данных детей с ОПФР; тесного сотрудничества с органами исполнительной власти по вопросам создания рациональной сети учреждений специального образования; координации и методического руководства деятельностью учителей-дефектологов, учителей, ведущих обучение на дому, психологов и других специалистов системы образования; проведения консультативной работы среди родителей по вопросам развития, обучения и воспитания ребенка.

Разновидностью учреждений по оказанию квалифицированных дефектологических услуг детям с ОПФР являются пункты коррекционно-педагогической помощи. Пункты коррекционно-педагогической помощи создаются в учреждениях, обеспечивающих получение дошкольного, общего базового, общего среднего образования, для оказания своевременной квалифицированной коррекционно-педагогической помощи детям с ОПФР, имеющим стойкие или временные трудности в освоении учебных программ.

Изучение мирового опыта формирования сети учреждений для людей с психическими и физическими недостатками показывает, что формами социализации личности индивида могут быть общины (самостоятельные обособленные поселения) и в отдаленных сельских местностях, и в небольших городах, и в промышленных регионах, в которых появляется возможность самовыражения, а не необходимость подстраиваться под нормальное большинство («кэмпхилл-общины»). Это своеобразная форма изоляции с элементами интеграции. Наиболее известными являются общины Карла Кенинга Кэмпхилл в Абердине (Шотландия, 1940), Жана Ванье – общины «Ковчег» (недалеко от Парижа, 1964), «Вера и Свет» (1971), которые положили начало широкому движению по всему миру.

Опыт лечебной педагогики накоплен в «кэмпхилл-общинах». В рамках кэмпхиллов организуются детские сады и школы интегрированного типа. Здесь дети с отклонениями находятся вместе с братьями и сестрами, детьми сотрудников, где каждый получает должный уход и внимание. Индивидуальная психолого-педагогическая работа и дополнительные лечебные мероприятия рассчитаны на все категории.

В опыте мировой практики имеют место такие объединения, как детские деревни SOS, целью которых является помощь осиротевшим и покинутым детям. Основателем этого движения является Герман Гмайнер, который организовал первую SOS-деревню в 1949 году в Австрии. Сейчас насчитывается 343 такие деревни в 125 странах, в том числе в Беларуси и других бывших советских республиках, а также более 1000 связанных с ними заведений типа SOS – детских садов, молодежных, социальных и медицинских центров им. Германа Гмайнера.

Еще одной разновидностью форм учреждений для детей является хостис – это лечебно-воспитательное учреждение для безнадежно больных людей, где им помогают без боли и лишних страданий оставить этот мир, наполнить каждый уходящий день радостью. Современный детский хостис – это особая система взглядов, мировосприятия, иная философия общества, заключающаяся в осознании того, что, если в силу обстоятельств (онкология, миопатия) дальнейшая жизнь ребенка невозможна и его неминуемо ждет смерть, нужно сделать все, чтобы оставшееся время он прожил по возможности полноценно, в нормальных условиях.

4. Интегрированное обучение

Интеграция (лат. – объединение частей в целое) – это двусторонний процесс, который предусматривает совместные усилия как со стороны ребенка, так и со стороны среды, в которую он входит, что является характерным для эволюционного пути развития интеграции в отличие от революционного.

Успешная реализация интегрированного обучения, как отмечает Н.М. Назарова (2000), возможна при соблюдении следующих *условий*:

- демократическое общественное устройство с гарантированным соблюдением прав личности;
- финансовая обеспеченность, создание адекватного ассортимента специальных образовательных услуг и особых условий жизнедеятельности для детей с особыми образовательными потребностями в структуре массовой общеобразовательной школы;
- ненасильственный характер протекания интеграционных процессов, возможность выбора, альтернативы при наличии гарантированного перечня образовательных и коррекционных услуг, предоставляемых системой образования общего назначения и специального образования;
- готовность общества в целом, составляющих его слоев и социальных групп, отдельных людей к интеграционным процессам, к сосуществованию и взаимодействию с людьми с ограниченными возможностями жизнедеятельности.

5. Виды интеграции. Достоинства и недостатки идеи интеграции.

В целом для всего мира характерны четыре варианта интеграции в обучении: *комбинированная, частичная, временная, полная*. При *комбинированной* интеграции дети с уровнем психофизического и речевого развития, соответствующим или близким к возрастной норме, находятся в массовых группах или классах, получая постоянную коррекционную помощь учителя-дефектолога. *Частичная* интеграция – дети с проблемами развития, еще не способные на равных со здоровыми сверстниками овладеть образованием, вливаются в массовые группы (классы) на часть дня. *Временная* интеграция – все воспитанники специальных групп, вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития, объединяются со здоровыми детьми не реже 1 – 2 раз в месяц для проведения различных мероприятий воспитательного характера. Название «*полная интеграция*» говорит само за себя.

Формы интеграции: интернальная и экстернальная. *Интернальная интеграция* имеет место внутри системы специального образования. *Экстернальная* предполагает взаимодействие специального и массового образования. Примером интернальной интеграции может служить совместное обучение глухих и слабослышащих, слепых и слабовидящих, детей с ЗПР и с тяжелыми речевыми нарушениями и др.

Сторонники интеграции выделяют такие его положительные моменты:

- стимулирующее воздействие более способных одноклассников;
- наличие широкого диапазона ознакомления с жизнью;
- развитие навыков общения и нестандартного мышления;
- возможность проявления гуманности, сочувствия, милосердия, терпимости в реальных жизненных ситуациях, что является эффективным средством нравственного воспитания;
- снижение опасности возникновения снобизма у преуспевающих детей в условиях подчеркивания их исключительности;
- исчезновение страха у здоровых, нормально развивающихся школьников перед возможной инвалидностью.

Противники идеи интеграции выдвигают следующие аргументы:

- неоднородность состава класса наносит ущерб хорошо успевающим учащимся, лишая их возможности продвигаться в обучении более быстрыми темпами, замедляя рост способных учеников;

- дети с проблемами находятся в невыгодных и несправедливых условиях конкуренции, они не получают необходимого внимания;
- учителя стоят перед неразрешимой нравственной проблемой: кого обделить вниманием, заботой и временем;
- стране нужны граждане, обладающие интеллектуальным потенциалом.

В последние годы за рубежом (США, Канада, Великобритания и другие страны) на смену понятию «интеграция» приходит понятие «инклюзия» (*включение – inclusion*). Этому способствовало распространение Декларации ЮНЕСКО о мерах в социальной политике, способствующих «включающему образованию» (Испания, 1994 г.). *Инклюзивный подход* предполагает понимание различных образовательных потребностей детей и предоставление услуг в соответствии с этими потребностями через более полное участие в образовательном процессе, привлечение общественности и устранение сегрегации и дискриминации в образовании.

6. Научно-методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса в специальных учреждениях

Особенности процесса обучения в специальной школе определяются особенностями познавательной деятельности контингента учащихся и выражаются в следующем:

1. Выделение комплекса специальных коррекционно-развивающих задач, которые не включаются в содержание образования нормально развивающихся детей того же возраста.
2. Наличие пропедевтического периода в обучении.
3. Опора на предметно-наглядную основу.
4. Расчлененно-целостный характер обучения: разделение материала на составные части, изучение каждой в отдельности с последующим объединением в систему знаний при целенаправленном формировании, уточнении и закреплении имеющегося опыта.
5. Стимулирование познавательной активности и положительной мотивации учения.
6. Активная роль учителя в организации учебной деятельности учащихся, но дифференцированная по их возрастам и познавательным возможностям. (М. Монтессори считала активность константой, величиной постоянной, т. е. если учитель заберет из нее большую часть, то детям на весь класс достанется меньшая).
7. Построение системы необходимых «обходных путей» обучения, использование специфических методов, приемов и средств.
8. Значительно более глубокая, чем в массовом образовании, дифференциация и индивидуализация обучения, особая организация образовательной среды.

7. Назначение и направления методической работы в специальных учреждениях.

Цель методической работы – повышение профессионального уровня учителей, формирование педагогического мастерства, творчества для сохранения и развития положительных результатов в обучении и воспитании учащихся.

Основными функциями методической службы общеобразовательного учреждения являются: *восстановительная* (воспроизведение тех знаний, которые могли быть утрачены по каким-либо причинам); *компенсаторная* (преодоление пробелов в профессиональной подготовке учителей); *коррекционная* (внесение коррективов в умения и навыки учителей); *адаптационная* (приспособление к меняющимся социальным условиям, запросам общества); *развивающая* (осуществление качественного роста педагогов); *опережающая* (профессиональная подготовка учителей с учетом прогнозов развития системы образования).

Содержанием методической работы в общеобразовательном учреждении являются:

- совершенствование учебно-воспитательного процесса (контроль, диагностика, анализ, коррекция результатов работы);
- повышение профессиональной подготовки учителей на основе использования современных информационных технологий;
- разработка учебно-методической документации;
- организационно-методическое обеспечение научно-исследовательской работы, инновационных процессов;
- технологическое обеспечение образовательного процесса;
- организация работы учителей по самообразованию;
- выявление, обобщение и распространение положительного опыта работы учителей;
- проведение профессиональных смотров, конкурсов;
- аттестация педагогических кадров и др.

ТЕМА 4: ОСНОВЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ В СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (12 ЧАСОВ)

Основные понятия: коррекция, компенсация, сенсорика, восприятие, педагогическое общение

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Коррекция: направления, пути и виды
2. История специальной педагогики как история развития теории и практики коррекции.
3. Принцип коррекционно-развивающего обучения и коррекционно-воспитательная работа
4. Сущность процесса компенсации, ее виды.
5. Коррекция сенсорики
6. Коррекция моторики
7. Коррекция познавательных функций
8. Коррекция эмоционально-волевой сферы
9. Коррекция личности

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ:

1. Коррекция: направления, пути и виды

Коррекция (от лат. correctio – исправление) – система психолого-педагогических мер, направленных на исправление, ослабление или сглаживание недостатков психофизического развития детей с ОПФР. Это может быть как исправление отдельных дефектов (коррекция произношения или зрения), так и целостное влияние на личность ребенка в целях достижения положительного результата в процессе коррекционной учебно-воспитательной работы.

Коррекция может быть *прямой и косвенной*. **Прямая коррекция** заключается в проведении тренинга с использованием учителем специальных дидактических материалов и приемов воздействия, планирования содержания и прогнозирования результатов коррекционной работы во времени. При **косвенной коррекции** предполагается, что в процессе обучения наступает продвижение в развитии ребенка, корректируется его психомоторная и мыслительная деятельность. Путиами коррекции при этом выступают обогащение, исправление имеющегося опыта, формирование нового.

Коррекционное образование представляет собой систему специальных психолого-педагогических, социокультурных и лечебных мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психофизического развития детей, сообщение им доступных знаний, умений и навыков, развитие и формирование их личности в целом.

Сущность коррекционного образования состоит в формировании психофизических функций ребенка и обогащении его практического опыта наряду с преодолением или ослаблением, сглаживанием, имеющихся у него нарушений психики, сенсорики, моторики, поведения.

Образовательный **коррекционный процесс** состоит из элементов (по Б.К. Тупоногову):

1. *коррекционное обучение* – это усвоение знаний о путях и средствах преодоления недостатков психофизического развития и усвоение способов применения полученных знаний;

2. *коррекционное воспитание* – это воспитание типологических свойств и качеств личности, инвариантных предметной специфике деятельности (познавательной, трудовой, эстетической и т.д.), позволяющих адаптироваться в социальной среде;

3. *коррекционное развитие* – это исправление (преодоление) недостатков умственного и физического развития, совершенствование психических и физических функций, сохранной сенсорной сферы и нейродинамических механизмов компенсации дефекта.

В основе функционирования коррекционной педагогической системы находят отражения следующие положения, сформулированные Л.С. Выготским в рамках, разработанной им теории культурно-исторического развития психики: сложность структуры дефекта, общие закономерности развития нормального и аномального ребенка. Целью коррекционной работы по Л.С. Выготскому должна выступать ориентация на всестороннее развитие аномального ребенка как обычного, попутно осуществляя исправление и сглаживание его недостатков: «Надо воспитывать не слепого, но ребенка, прежде всего. Воспитывать же слепого и глухого – значит воспитывать глухоту и слепоту...»

Коррекция нетипичного развития эффективно могут осуществляться лишь в процессе развивающего обучения, при максимальном использовании сензитивных периодов и опоре на зоны актуального и ближайшего развития. Процесс образования в целом опирается не только на сформировавшиеся функции, но и на формирующиеся. Отсюда, важнейшей задачей коррекционного обучения является – постепенный и последовательный перевод зоны ближайшего развития в зону актуального развития ребенка. Реализация коррекционно-компенсаторных процессов развития ребенка с особенностями возможна только при постоянном расширении зоны ближайшего развития, которая должна выступать ориентиром деятельности учителя, воспитателя, социального педагога и социального работника. Необходимо систематическое, повседневное качественное совершенствование и приращение уровня ближайшего развития.

Коррекция развития ребенка с нарушениями в развитии не могут происходить стихийно. Необходимо создание определенных *условий* для этого: педагогизация окружающей среды, а также продуктивное сотрудничество различных социальных институтов. Решающим фактором, от которого зависит положительная динамика психомоторного развития, выступают адекватные условия воспитания в семье и раннее начало комплексных лечебно-реабилитационных и коррекционных психолого-педагогических, социокультурных мероприятий, которые подразумевают создание трудотерапевтической среды, ориентированной на формирование адекватных отношений к окружающим, обучение детей простейшим трудовым навыкам, развитие и совершенствование интегративных механизмов с целью включения, по возможности на равных, детей с проблемами в обычные, общепринятые социокультурные отношения. Л.С.Выготский в связи с этим писал: «Чрезвычайно важно с психологической точки зрения не замыкать таких детей в особые группы, но возможно шире практиковать их общение с остальными детьми». Чем раньше начинается организация и проведение коррекционной работы, тем успешнее осуществляется преодоление дефекта и его последствий.

Основные направления коррекционной работы:

- коррекция сенсорики (деятельность анализаторов);
- коррекция моторики (физическое развитие);
- коррекция познавательных функций (мышление, память, речь и др.);
- коррекция эмоционально-волевой сферы;
- коррекция личности.

Средства коррекции условно можно разделить на *традиционные* и *нетрадиционные* (альтернативные). Наиболее распространенные (традиционные) – это игра, учеба, труд, внеклассная работа, общественно-полезная деятельность, режим, лечебно-профилактические мероприятия (сбалансированное питание, витаминизация, закаливание, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение) и др. При этих средствах коррекция в основном достигается косвенным образом.

В последнее время приобретают популярность такие средства коррекции, как сенсорный и психомоторный тренинг, леготека (лего – игры конструктивного содержания), ароматерапия, иппотерапия (от греч. слова «иппо» – лошадь), арттерапия, музыкотерапия и др. Присутствие во многих названиях слова «терапия» подчеркивает лечебный, но не медикаментозный эффект. В современной отечественной практике перечисленные средства выступают как нетрадиционные. Очень важно при выборе средств коррекции делать опору на социально значимое содержание материала.

2. История специальной педагогики как история развития теории и практики коррекции

В истории развития взглядов на содержание и формы коррекционной работы существовали различные направления.

1. *Сенсуалистическое* (лат. *sensus* – ощущение). Его представители полагали, что наиболее нарушенным процессом у аномального ребенка является восприятие, которое считалось основным источником познания мира (М. Монтессори, 1870-1952, Италия). Поэтому в практику специальных учреждений были введены особые занятия по воспитанию сенсорной культуры, обогащению чувственного опыта детей. Недостатком данного направления было представление о том, что улучшение в развитии мышления происходит автоматически в результате совершенствования сенсорной сферы.

2. *Биологизаторское* (физиологическое). Основатель – О. Декроли (1871-1933, Бельгия). Представители считали, что весь учебный материал необходимо группировать вокруг элементарных физиологических процессов и инстинктов детей. О. Декроли выделял 3 этапа коррекционно-воспитательной работы: наблюдение (во многом этап созвучен теории М. Монтессори), ассоциация (этап развития мышления посредством изучения грамматики родного языка, общеобразовательных предметов), выражение (этап подразумевает работу над культурой непосредственных действий ребенка: речи, пения, рисования, ручного труда, движений).

3. *Социально-деятельностное*. А.Н. Граборов (1885-1949) разработал систему воспитания сенсорной культуры с опорой на социально значимое содержание: игра, ручной труд, предметные уроки, экскурсии в природу. Реализация системы осуществлялась с целью воспитания у детей с умственной отсталостью культуры поведения, развития психических и физических функций, произвольных движений.

4. *Концепция комплексного воздействия на личность аномального ребенка в процессе образования*. Направление оформилось в отечественной олигофренопедагогике в 30-40-гг. XX в. под влиянием исследований о развивающем значении процесса обучения (Л.С. Выготский, М.Ф. Гнездилов, Г.М. Дульнев, Л.В. Занков, Н.Ф. Кузьмина-Сыромятникова, И.М. Соловьев). Данное направление связано с *концепцией динамического подхода* в понимании структуры дефекта и перспектив развития умственно отсталых детей. Основным положением данного направления было и остается в настоящее время то, что исправление дефектов познавательных процессов у таких детей

не выделяется в обособленные занятия, как это имело место ранее, а осуществляется во всем процессе обучения и воспитания.

3. Принцип коррекционно-развивающего обучения и коррекционно-воспитательная работа

Принцип коррекционно-развивающего обучения предполагает слияние коррекционной работы с учебным процессом. В учебных планах всех типов специальных школ, кроме базового и школьного компонента, выделяются коррекционные блоки предметов. Это может быть развитие слухового восприятия, ориентировка в пространстве, социально-бытовая ориентировка, логопедические занятия и др. Современные авторы нередко представляют *коррекцию* как совокупность коррекционно-воспитательной и коррекционно-развивающей деятельности.

С учетом онтогенетических особенностей детей с проблемами в развитии выделяют ряд *принципов коррекционной учебно-воспитательной работы*:

1. принцип единства диагностики и коррекции развития;
2. принцип коррекционно-развивающей направленности обучения;
3. принцип комплексного подхода к диагностике и реализации возможностей детей в процессе образования;
4. принцип ранней интервенции, подразумевающий медико-психолого-педагогическое корригирование пораженных систем и функций организма, по возможности – с младенческого возраста;
5. принцип опоры на сохранные и компенсаторные механизмы организма с целью повышения результативности проводимой системы психолого-педагогических мер;
6. принцип индивидуального и дифференцированного подхода в рамках коррекционного образования;
7. принцип непрерывности, преемственности дошкольного, школьного и профессионально-технического специального коррекционного образования.

Реализация *принципа коррекционной направленности* деятельности в специальном учреждении возможна при следующих *педагогических условиях*:

- 1) Целостное воздействие педагогического процесса на личность ребенка.
- 2) Адаптация средств педагогического процесса к особенностям познавательной деятельности и направленность этих средств на максимально возможную мобилизацию способностей учащихся, на овладение элементами социальной культуры в неадаптированном виде.
- 3) Ориентация на формирование высших психических функций с акцентом на их осознанность и произвольность.
- 4) Опора на предметно-практическую деятельность учащихся с обеспечением ее интеллектуализации и вербализации на уровне внешней и внутренней речи.
- 5) Использование специальных коррекционных приемов в процессе обучения.
- 6) Выполнение учащимися заданий, соответствующих по уровню трудности зоне их ближайшего развития.
- 7) Специально организованный процесс познания ребенком своих слабых и сильных сторон.

Коррекционная учебно-воспитательная работа представляет собой систему педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление нарушений психофизического развития ребенка посредством применения специальных средств образования. Она является основой процесса социализации таких детей. Коррекционной задаче подчинены все формы и виды классной и внеклассной работы в процессе формирования у детей общеобразовательных и трудовых знаний, умений и навыков. Система коррекционной учебно-воспитательной работы строится на активном

использовании сохранных возможностей нетипичного ребенка, «пудов здоровья», а не «золотников болезни», по образному выражению Л.С. Выготского.

4. Сущность процесса компенсации, ее виды.

Компенсация (от лат. *compensatio* – возмещение, уравнивание) – замещение, перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма, своеобразное его приспособление к изменившимся негативным условиям существования и попытка заменить пораженные, вышедшие из строя или непродуктивно работающие структуры относительно сохранными, компенсаторными механизмами.

Сущность процесса компенсации заключается в возмещении в той или иной мере нарушенных функций и состояний: в мозг поступают сигналы с поврежденных участков, в ответ на которые он мобилизует защитные механизмы, «запасы надежности живого организма» и противодействуют патологическому процессу. Одновременно с этим в высший отдел ЦНС непрерывно идут «доклады» о достигнутых результатах и на основе этого вносятся определенные коррективы в процесс компенсации: мобилизуются новые и демобилизуются прежние, оказавшиеся малоэффективными механизмы и приспособления. По достижении оптимальных результатов мобилизация защитных механизмов прекращается. Состояние скомпенсированности функций становится относительно устойчивым. В организме возникает тенденция к сохранению этой устойчивости.

Выделяют **первичную и вторичную компенсации** (Л. Пожар, 1996). **Первичная** протекает в виде целенаправленной деятельности по относительно уменьшению меры проявления основного дефекта (коррекционные технические средства – очки, слуховые аппараты и др.). Значительно сложнее **вторичная компенсация** – формирование и развитие высших психических функций, и, прежде всего психической регуляции поведения. Вторичная компенсация возможна лишь в том случае, когда организм и психика обладают достаточным компенсаторным фондом, а у индивида сформированы необходимые предпосылки компенсации: воля, мотивация, другие структуры личности для достаточно интенсивных продолжительных упражнений и тренировок.

Также компенсация бывает: **органическая (внутрисистемная) и функциональная (межсистемная)**. Так, **внутрисистемная компенсация** достигается при замещении поврежденных нервных элементов активностью сохранных нейронов в результате перестройки деятельности нейронных структур в анализаторах под влиянием адекватной стимуляции и специального перцептивного (т.е. с помощью восприятия) обучения. Примером является коррекционная работа со слабослышащими и слабовидящими по развитию остаточной слуховой и зрительной функций.

Межсистемная компенсация связана с перестройкой деятельности или формированием новых функциональных систем, включающих проекционные и ассоциативные области коры головного мозга. При формировании новых функциональных систем решающее значение имеет психофизиологический фактор активации обратных связей анализатора, являющийся важным механизмом обработки поступающей из внешнего мира информации.

Таким образом, компенсация выступает как условие и как результат коррекции: чем эффективнее коррекция, тем стабильнее закрепляются новые условные связи в ЦНС. **Единство и взаимообусловленность процессов коррекции (внешнего) и компенсации (внутреннего)** Л.С. Выготский выразил в законе превращения минуса дефекта в плюс компенсации, подчеркнув необходимость создания и использования обходных путей.

При рассмотрении теории компенсации психических функций Л.С. Выготский выделил несколько положений:

- включение аномального ребенка в разнообразную социально значимую деятельность и создание активных и действенных форм детского опыта;
- применение медицинского воздействия для преодоления первичных

дефектов и корригирующего психолого-педагогического воздействия в борьбе с вторичными отклонениями;

- специальное воспитание по собственным методикам обучения на основе выработки у ребенка интереса и потребностей в такой деятельности;
- включение людей с различными нарушениями в активную трудовую деятельность, которая обеспечивает условия для полноценной интеграции в общество;
- уровень компенсации определяется, с одной стороны, характером и степенью дефекта, резервными силами организма, с другой – *внешними социальными условиями*.

К числу *благоприятных условий формирования компенсации* относятся:

- ранняя диагностика и начало коррекционных воздействий;
- правильно организованная система обучения и воспитания; построение учебного процесса на основе применения специальных приемов и методов коррекционно-воспитательной работы;
- использование принципа соединения обучения с трудом;
- хорошая психологическая атмосфера в детском коллективе, взаимопонимание педагогов и учащихся;
- правильная организация режима учебной работы и отдыха детей, исключающая перегрузки;
- чередование методов обучения учащихся;
- использование технических средств, специального оборудования и учебных пособий.

Сложившиеся компенсаторные процессы не носят абсолютного (устойчивого) характера, поэтому при неблагоприятных условиях (чрезмерные нагрузки, стрессы, болезни, сезонные ухудшения состояния организма, резкое прекращение учебно-тренировочных занятий и др.) они могут распадаться. В таких случаях наблюдается **декомпенсация**, т. е. *рецидив функциональных нарушений*. При явлениях декомпенсации отмечаются серьезные нарушения умственной работоспособности, снижение темпа развития, изменение отношений к деятельности, людям.

От явлений компенсации следует отличать **псевдокомпенсацию** – *мнимые, ложные приспособления, вредные образования, возникающие в результате реакции человека на те или иные нежелательные проявления к нему со стороны окружающих людей*.

Учение о компенсации открывает творческий характер развития. Ряд ученых строили на нем происхождение одаренности. Так, В. Штерн выступил с тезисом: «То, что меня не губит, делает меня сильнее; благодаря компенсации из слабости возникает сила, из недостатков – способности» (1923). А. Адлер выдвинул идею **сверхкомпенсации**: «Он (ребенок) будет хотеть все видеть, если он близорук; все слышать, если у него аномалия слуха; все будет хотеть говорить, если у него есть на лицо затруднение в речи или есть заикание ... Желание летать будет, выше всего выражено, у тех детей, которые уже при прыгании испытывают большие затруднения» (1927).

Сверхкомпенсация развивает предчувствие и предвидение, а также их действующие факторы – память, интуицию, внимательность, чувствительность, интерес, т.е. все психические явления в усиленной степени, что приводит к выработке сверхполноценности из неполноценности, к превращению дефекта в одаренность, способность, талант. Так, Адлер приводит в качестве примера истории из жизни величайшего оратора Греции Демосфена, страдавшего недостатками речи, Бетховена, потерявшего слух и продолжавшего писать музыку, слепоглухой писательницы Е. Келлер.

5. Коррекция сенсорики

Сенсорное развитие – это развитие восприятия и формирование представлений о внешних свойствах предмета. К. Д. Ушинский неоднократно подчеркивал мысль о том, что дитя мыслит красками, звуками, образами. Вот почему так важно для становления

полноценной личности дарить детям богатство впечатлений, избегать сенсорного голода и депривации (обедненности) чувств. Известный швейцарский педагог И. Г. Песталоцци, выдвинувший идею саморазвития, писал, что глаз хочет смотреть, ухо – слышать, нога – ходить, рука – хватать..., но нельзя оставлять без помощи усилия, делаемые природой для развития: «час рождения ребенка – есть первый час его обучения». Примерно 87 % информации поступает в мозг через зрительные рецепторы, 9 % – через слуховые, 4 % – через другие органы чувств.

Сенсорное воспитание – это последовательное планомерное ознакомление ребенка с сенсорной культурой человечества. Понятие «сенсорная культура» как результат усвоения общепринятых представлений о цвете, форме и других свойствах предметов было введено Марией Монтессори. Опирается на усвоение *сенсорных эталонов*, которые выделены для всех пяти органов чувств (эталон = образец = мерка, термин введен А.В. Запорожцем). Усвоение сенсорного эталона – это далеко не только правильное его название, но и использование в качестве мерки для оценки свойств других предметов, т.е. допускается его знание в пассивном словаре и активное использование в предметно-практических действиях.

Этапы формирования различных сенсорных представлений.

1. Привлечение внимания к признаку предмета (цвет, форма, звук и т. д.).
2. Соотнесение признака с сенсорным эталоном.
3. Соединение полученного представления со словом.
4. Формирование образа восприятия признака. Выделение его в окружающей обстановке.
5. Включение сформированного образа в детскую деятельность (рисование, аппликация, лепка, конструирование и т. п.).

Сенсорные действия: рассматривание, ощупывание, выстукивание, обнюхивание, прокатывание и т.п.

Различают два типа *сенсорных расстройств*:

Элементарные сенсорные расстройства, отражающие нарушения различных видов ощущений (светоощущение, цветоощущение, ощущение высоты, громкости, длительности звука и др.).

Сложные гностические расстройства (агнозии), отражающие нарушения разных видов восприятия (восприятие формы предмета, символов, пространственных отношений, звуков речи и т. д.).

Сенсорика выполняет 3 главных функции: 1) стимуляцию психической активности; 2) релаксацию, снятие напряженности, стресса; 3) создание основы для развития высших психических процессов.

6. Коррекция моторики

Цель коррекции моторики состоит в преодолении недостатков физического статуса. К таким недостаткам относятся общая ослабленность организма, сниженный иммунитет (индекс здоровья у «проблемных» детей, как правило, ниже по сравнению со здоровыми сверстниками). Многим детям-инвалидам свойственна гипокинезия, или гиподинамия (малоподвижный образ жизни), что зачастую вызвано «охранительным режимом», страхом родителей и воспитателей перед возможными травмами. Развитие моторики тесно связано с нервно-психической деятельностью, мышечной, сердечно-сосудистой и дыхательной системами. Особый акцент следует делать на формирование и развитие произвольных движений, которые стимулируют работу высшей нервной деятельности.

Физкультурно-оздоровительная работа направлена на улучшение общего состояния здоровья, закаливание организма, повышение жизненного тонуса, улучшение физической и умственной работоспособности, освоение основных двигательных умений (ходьба, бег,

прыжки) и основных физических качеств (сила, быстрота, выносливость, ловкость, гибкость), обучение рациональному дыханию, воспитание правильной осанки и походки.

Направления коррекции моторики:

1. *Общая моторика.*
2. *Мелкая моторика.*
3. *Артикуляционная моторика.*

Состояние *общей моторики* характеризуется правильным телосложением, пропорциями, осанкой, положением стопы, координацией движений, умением держать равновесие. ***Средства коррекции общей моторики*** весьма разнообразны: 1) *лечебная физкультура*; 2) *утренняя гимнастика*; 3) *уроки физкультуры*.

7. Коррекция познавательных функций

Учебные цели по развитию и коррекции познавательных функций:

1. Развитие сенсомоторных интеллектуальных реакций (визуально-двигательная координация «глаз – рука», артикуляционно-слуховая и др.).
2. Формирование и использование понятий и концепций (обобщающие понятия типа «овощи», «мебель», «транспорт», а также время: продолжительность, ритм, скорость, интенсивность; Пространство: размер, форма, расстояние, направленность, место локализации; количество, энергия и др.). Обучение решению проблем.
3. Воспитание творческого отношения к жизни, способности удивляться и познавать, нацеленности на открытие нового.
4. Развитие опережающего мышления (планирование будущего, выбор и постановка краткосрочных и долгосрочных целей), формирование метода экстраполяции.
5. Формирование оценочных навыков посредством показа их относительности (в соответствии с образцом, на фоне себя и других).
6. Осознание мышления как функции, присущей только человеку (*homo sapiens* – человек разумный, мыслящий).

Для реализации указанных учебных целей наиболее важными являются следующие методические условия.

- Необходимость постановки конкретных коррекционно-развивающих целей.
- Создание эмоционально положительного настроения.
- Степень развития восприятия как основа для обучения продуктивному мышлению.
- Организация предметно-практических действий с реальными объектами и их изображениями.
- Развитие регулирующей функции речи⁵.
- Создание мотивации
- Использование педагогом различных возможностей для организации самостоятельного действия и мышления учащихся, а также создания ситуаций типа «Вызов самому себе», «Слабо?». Поощрение самостоятельных решений, признание права на эксперимент.
- Обучение составлению стратегий и тактики разрешения проблем с развитием творческого мышления.

8. Коррекция эмоционально-волевой сферы

Содержание эмоциональной сферы составляют эмоции, чувства и настроения.

Эмоция – относительно кратковременное, средней силы переживание, связанное с восприятием предметов (одушевленных и неодушевленных) и социальных событий. Установлено, что вся разнообразная гамма эмоций у человека строится из *шести стандартных масок: удивление, страх, злость, отвращение, печаль, радость*. *Чувство* – устойчивое эмоциональное отношение к различным сторонам окружающей действительности. *Настроение* – длительное эмоциональное состояние, сложившееся из

суммы различных эмоций и обычно не связанное в сознании людей с определенными объектами или событиями. Настроения (положительные и отрицательные, радостные и печальные, оптимистические и пессимистические) влияют на разные стороны психической деятельности человека.

Среди нарушений эмоционального развития в детском и подростковом возрасте первое место занимают *тревожность, страх, агрессия, повышенная эмоциональная истощаемость, трудности общения, депрессия, дистресс*.

При жалобах на эмоциональные и личностные проблемы (сниженное настроение, повышенная возбудимость, частая смена настроения, страхи, раздражительность, безволие и т. п.) рекомендуются следующие направления сбора анамнеза:

Задачи развития и коррекции эмоционально-волевой сферы следующие:

- развитие понимания эмоционального смысла происходящего;
- развитие формы эмоционального поведения;
- знакомство со способами и приемами проявления и понимания эмоций, чувств в тех формах, которые приняты в обществе;
- привлечение внимания ребенка к самому себе и окружающим;
- формирование умения различать и воспроизводить экспрессию эмоций, проявлять эмпатию;
- обучение пониманию причин переживания и возможных последствий эмоциональных состояний; вычленению эмоционально окрашенной детали или ситуации в целом; описанию эмоциональных проявлений;
- расширение запаса слов, употребляемых для характеристики чувств.

Широкие возможности для коррекции эмоций предоставляют *игры* (манипулятивные, дидактические, подвижные, сюжетно-ролевые).

9. Коррекция личности

Цель коррекции личности заключается в формировании социального опыта, навыков культурного поведения и социального взаимодействия, т.е. успешной социализации. *Социализация* — это процесс и результат усвоения человеком общественно-исторического опыта, становление его как общественного существа. Нередко под социализацией понимают осознанную адаптацию ребенка к окружающей действительности, а также постепенное включение в систему общественных и производственных отношений. Один из аспектов социализации – воспитание как целенаправленное формирование личности. В настоящее время воспитание понимают по-разному:

- передача социального опыта и мировой культуры;
- воспитательное воздействие на человека, группу людей или коллектив (прямое и косвенное, опосредованное);
- организация образа жизни и деятельности воспитанника;
- взаимодействие воспитателя и воспитанника;
- создание условий для развития личности воспитанника, т.е. оказание ему помощи и поддержки в случае семейных проблем, трудностей в учебе, общении или профессиональной деятельности.

Сущность процесса воспитания – это управление развитием. Человек не рождается личностью, а становится ею, он формируется как личность в определенной системе общественных отношений путем целенаправленного и продуманного воспитания.

Следует различать понятия «*воспитанность*» как результат воспитания и «*воспитуемость*» как способность быть воспитанным. Восприимчивость к воспитанию бывает четырех степеней:

Высокая, когда ребенок положительно реагирует на требования старших, активно поддерживает педагога.

Средняя, когда выборочно реагирует на педагогические требования, болезненно

воспринимает замечания в свой адрес.

Низкая – положительно реагирует лишь на единые и устойчивые требования, стремится уйти из-под педагогического контроля.

4. Невосприимчивость (трудновоспитуемость) – сопротивление положительному воздействию и демонстрация вызывающего поведения.

Основными *показателями воспитанности* выступают интегративные качества:

- коллективизм и гуманизм;
- трудолюбие, потребность в труде;
- честность – умение держать данное слово, откровенность;
- самостоятельность и организованность — навыки самоконтроля и самооценки, исполнительность, инициативность;
- любознательность – наблюдательность, познавательный интерес, устойчивая работоспособность;
- эмоциональность – жизнерадостность, доброжелательность, стыдливость, сострадание;
- отношение к учению — умение учиться, логически мыслить, самостоятельно добывать знания, преодолевать трудности, добросовестность.

Содержание коррекции личности включает следующие направления:

- воспитание адекватного отношения к себе (своему дефекту развития) и окружающим;
- воспитание специальных умений и навыков познавательной деятельности, общения в условиях сенсорной и интеллектуальной депривации;
- воспитание в развивающей среде;
- подготовка к выполнению социальных ролей;
- воспитание гуманистического типа отношений между людьми. В специальных образовательных учреждениях совмещаются общая и коррекционная направленность воспитательной работы: специально организованное социокультурное воспитание и коррекционная помощь. Коррекция личности в целом включает в себя все виды воспитания: нравственное, физическое, трудовое, эстетическое и т. д.

ТЕМА 5. ТРАДИЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ И НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СПЕЦИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ (6 ЧАСОВ)

Основные понятия: обучение, принципы, методы, формы, содержание образования, информационные технологии

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Процесс обучения детей с особенностями психофизического развития.
2. Принципы и методы обучения в специальной школе.
3. Содержание образования
4. Новые информационные технологии в специальном образовании
5. Формы организации учебного процесса.

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ:

1. Процесс обучения детей с особенностями психофизического развития

Процессом обучения называют целостный процесс осуществления воспитания в его широком смысле путем обеспечения единства обучения, воспитания и развития личности. *Процесс обучения* состоит из следующих основных компонентов.

Целевой компонент отражает осознание учителями и принятие учениками целей обучения. В процессе обучения достигаются три основные группы целей: образовательные, воспитательные, развивающие.

Развивающий компонент связан с развитием внимания, памяти, мышления, творческих способностей использования приобретенных знаний и умений в различных ситуациях.

Стимулирующе-мотивационный компонент предполагает формирование у школьников мотивов учения и стимулирование их учебно-познавательной деятельности в учебном процессе.

Содержательный компонент определяется учебным планом и учебной программой изучаемого предмета.

Операционно-деятельностный компонент связан с процессуальной стороной обучения: восприятием учебного материала, его осмыслением, запоминанием и применением его на практике.

Эмоционально-волевой компонент предполагает возникновение у учащихся интереса к учению, привлечение к учебно-познавательной деятельности. Он также предполагает приложение волевых усилий, направленных на преодоление учащимися внешних и внутренних препятствий, возникающих в процессе обучения.

Контрольно-регулирующий компонент связан с организацией обратной связи учителем в ходе учебно-познавательной деятельности учащихся.

Оценочно-результативный компонент предполагает оценку учителем и самооценку учащимися результатов обучения. Регулярное использование этого компонента в обучении повышает активность учащихся, формирует ответственность и прилежание к работе, предупреждает упущения в учебной работе.

2. Принципы и методы обучения в специальной школе

Принцип – это основное положение, которое распространяется на все явления в той области, из которой он выведен путем обобщения и абстрагирования. Под *дидактическими принципами* понимают основные положения, которыми руководствуются в деле обучения подрастающего поколения и подготовки его к участию в жизни общества.

Общедидактические принципы в специальной школе

Принцип наглядности в обучении. Наглядность признается исходным началом обучения, так как, во-первых, наглядность выступает как важное средство познания окружающего мира, во-вторых, использование наглядности основано на особенностях мышления детей, которое развивается от конкретного к абстрактному, и, в-третьих, она повышает интерес учащихся к знаниям и делает процесс обучения более интересным.

Принцип коррекционно-воспитательного обучения выражается в требовании осуществлять обучение и воспитание не только через отбор учебного материала, но и через всю систему школьных учебно-воспитательных мероприятий, положительно влияющих на формирование личности ребенка.

Принцип доступности – это не только соответствие учебного материала, трудовых заданий возрасту школьников, уровню их развития, подготовленности, имеющимся знаниям, опыту, но и индивидуальным особенностям. Доступность не снижает значения фронтального вида работы, но требует в процессе обучения строгого учета индивидуальных особенностей детей. Доступность понимается как мера посильной трудности.

Принцип научности предполагает, что даже на самых первых этапах овладения научными понятиями очень важно не допустить упрощенчества и примитивизма в преподавании учебного материала.

Принцип сознательного обучения требует активного включения детей в познание изучаемых предметов и явлений. Дети должны уметь сознательно применять знания в конкретных практических ситуациях. Активность ребенка стимулируется самостоятельным выполнением посильных заданий, подчеркиванием его успехов. Надо добиваться, чтобы дети не механически зазубривали учебный материал, сообщаемые им сведения, а усваивали его осмысленно, целенаправленно.

Принцип систематичности и последовательности трактуется не только применительно к содержанию программы, его расположению, но и к соблюдению последовательности действий учащегося и учителя, диктуемой логикой трудовых процессов. Для лучшего закрепления и прочного усвоения важна вариативность повторения, при которой каждый раз вносится что-то новое в содержание материала, в характер его усвоения.

В основе реализации *принципа прочности* в обучении лежат объективные закономерности памяти, ее роли в психической жизни человека. У школьников с нарушением интеллекта отмечаются значительные нарушения памяти. У большинства учащихся снижен объем запоминаемого материала, причем установлена зависимость между объемом запоминания и степенью абстрактности материала: чем абстрактнее, отвлеченнее материал, тем хуже он запоминается.

Принцип связи обучения с жизнью способствует формированию мировоззрения учащихся, повышает значимость для них учебной деятельности, придает этой деятельности осмысленный характер и тем самым мобилизует волевые усилия детей для учения, способствует формированию у них умения применять полученные знания на практике.

Принцип коллективного характера обучения и учета индивидуальных особенностей учащихся предполагает необходимость воспитывать класс как единый учебный коллектив, создавать условия для активной, организованной работы всех учащихся, и в то же время индивидуально подходить к каждому ученику.

Метод обучения – способ упорядоченной взаимосвязанной деятельности преподавателя и обучаемых, направленный на решение задач образования. Традиционно выделяют *словесные, наглядные и практические методы обучения*: 1) *словесные* – рассказ, инструкции, беседа; 2) *наглядные* – демонстрация различных наглядных пособий, трудовых приемов и операций, ТСО; 3) *практические* – упражнения, самостоятельная работа учащихся, лабораторные работы, наблюдения, графические и письменные работы.

3. Содержание образования

Особенностью образования детей с интеллектуальной недостаточностью является его *завершенный характер*. Образование во вспомогательной школе имеет нецензовый характер, что не соответствует принятым в нашей стране для массовых школ образовательным стандартам. При определении содержания образования во вспомогательной школе учитывается характер *доступности* материала. Доступность не обозначает, что в программе нет такого материала, который требует максимальных усилий и соответствует учащимся с достаточно высоким уровнем психофизического развития. Доступность во вспомогательной школе не может быть обеспечена без дифференциации его содержания, без выделения нескольких уровней изучения материала.

Содержание характеризуется *вариативностью и вариантностью*. Современная олигофренопедагогика признает соединение общеобразовательной значимости учебного материала с его практической реализацией. У учащихся формируются трудовые, практические, моральные, бытовые умения и навыки на основе тех знаний, которые усваиваются. Все содержание образования носит прикладной характер.

Содержание образования определяется **учебным планом и программами**.

Учебный план вспомогательной школы (*I отделение*) представлен предметами общеобразовательного характера (*русский язык, белорусский язык, математика, литературное чтение, человек и мир, естествознание, география, биология, история Белоруссии*), предметами, направленными на эстетическое образование и воспитание (*изобразительное искусство, музыка*), физическое воспитание (*физическая культура и здоровье*). Предусматривается *трудовое обучение* в течение всего срока обучения. Учебный план обеспечивает социальную адаптацию (*социально-бытовая ориентировка – СБО*), коррекцию недостатков развития (коррекционные занятия – *занятия по развитию*

познавательной деятельности, по ритмике и танцам, игра). В старших классах вводятся – элементы компьютерной грамоты.

Учебный план II отделения представлен предметами: элементы грамоты и развитие речи, элементы арифметики, ориентировка в окружающем, социальная адаптация, санитарно-гигиенические умения и самообслуживание, человек и мир, изобразительная деятельность, музыкально-ритмические занятия, адаптивная физическая культура, предметно-практическая деятельность, хозяйственно-бытовой труд, трудовое обучение, коррекционные занятия.

Содержание образования конкретизируется в **программах**, которые отображают коррекционный характер обучения. В них конкретизируются пути и средства исправления недостатков общего, речевого и физического развития в процессе овладения каждым предметом.

Размещение материала в программах может быть *линейным* (каждая следующая часть учебного материала является продолжением предыдущей) или *концентрическим* (учебный материал повторяется с усложнением и дополнением на следующей степени обучения). Программы вспомогательной школы в основном построены концентрично, что позволяет неоднократно обращаться к учебному материалу, повторять его и углублять.

Содержание образования представлено в **учебниках** вспомогательной школы, которые отвечают определенным требованиям. Прежде всего, учебники отображают структурную упрощенность знаний. Задания в учебниках позволяют реализовать образовательную и коррекционно-воспитательную функции: формируются как знания, так и способы познавательной деятельности и учебной работы. Как правило, в учебниках выделены основная мысль и выводы. Значительный материал представлен для закрепления и повторения, есть неплохое наглядное обеспечение, серии рисунков для устных и письменных работ. Учебный материал имеет практическую направленность.

4. Новые информационные технологии в специальном образовании

Понятие **«информационные технологии»** означает технологии на базе ЭВМ, компьютерной основе, которые дают возможность обеспечивать различные категории пользователей услугами по получению и восприятию информации. Новые информационные технологии (НИТ) — это новые способы передачи и обработки материала. Система НИТ включает в себя тесты и диагностические, контролирующие и обучающие программы, словари, справочники, тренажеры для отработки контрольных навыков, лабораторные практикумы, моделирование и проектирование.

Главные сферы применения компьютерных технологий, которые могут оказать значительное воздействие на систему специального обучения: 1) *Производство учебного материала*; 2) *Хранение и быстрый поиск информации независимо от места ее хранения*; 3) *Создание на базе компьютерной техники систем связи*.

Программа **«Видимая речь»** является средством формирования и коррекции произношения, позволяет также работать над высотой голоса, громкостью, темпом речи, интонацией. Первая ее версия была создана на основе десятилетнего экспериментального исследования, проведенного специалистами 29 стран мира. «Видимая речь» позволяет работать как с нормально слышащими детьми, так и с лицами, имеющими нарушения слуха, слабослышащими и глухими, при этом невозможность пользоваться слуховым контролем речи заменяется зрительным контролем, о чем весьма красноречиво свидетельствует название программного обеспечения.

Программа **«Экранный ттец»** предназначена для незрячих и слабовидящих. Она позволяет компенсировать утраченное зрение озвучиванием той информации, которая обычно выводится на монитор (наличие его необязательно), либо распечаткой текста на принтере с брайлевской строкой.

Проект **«Нетрудоспособные дети и инвалиды»** позволил открыть ранее неизвестную эмоционально-нравственную роль компьютера в жизни человека.

Осуществление проекта стимулировало активизацию поисков в данном направлении: в институтах стали открываться лаборатории, ведущие тематические разработки, в журнале «Дефектология» появилась постоянная рубрика «Компьютер в руках дефектолога».

ТЕМА 6. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБЩЕНИЯ (4 ЧАСА)

Основные понятия: общение, педагогическое общение, уровни коммуникации, альтернативные системы коммуникации

ПЛАН ЛЕКЦИИ

- 1. Общение. Формы общения. Педагогическое общение.**
- 2. Уровни коммуникации**
- 3. Альтернативные системы коммуникации.**
- 4. Этапы организации общения с ребенком**

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ

1. Общение. Формы общения. Педагогическое общение

Общение — это многоплановый процесс развития контактов между людьми, порождаемый потребностями совместной деятельности. Оно предполагает, прежде всего умение делиться — мыслями, чувствами, мнениями, информацией с помощью комплектов кодов и символов, которые все участники в состоянии понимать и трактовать. Писатель Антуан де Сент-Экзюпери назвал общение самой большой роскошью.

Процесс общения у детей от рождения до 7 лет протекает как смена нескольких целостных форм, что представляет собой коммуникативную деятельность на определенном этапе ее развития, **взятой** в целостной совокупности черт (М. И. Лисина). При этом выделяется **четыре формы общения**: ситуативно-личностная, ситуативно-деловая, внеситуативно-познавательная, внеситуативно-личностная.

Педагогическим общением называют отношения между педагогом и учащимися, в ходе которых решаются учебные, воспитательные и лично-развивающие задачи. *Сущность педагогического взаимодействия* — прямое или косвенное воздействие субъектов процесса друг на друга, порождающее их взаимную связь. Общение в учебно-воспитательной деятельности педагога может выступать как: 1) источник знаний; 2) условие формирования личности учащегося; 3) средство коммуникации; 4) способ управления учащимися; 5) средство приобщения к ценностям другого человека; 6) творчество.

По А. А. Леонтьеву, для оптимального педагогического общения учителю необходимо: 1) управлять своим поведением; 2) обладать качеством внимания; 3) владеть социальной перцепцией или «чтением по лицу»; 4) адекватно моделировать личность ученика, его психическое состояние по внешним признакам; 5) «подавать себя» в общении с учащимися; 6) вербально общаться (оптимально строить свою речь в психологическом плане); 7) устанавливать речевой и неречевой контакт с детьми; 8) обладать гностическими умениями, связанными с самоанализом своей деятельности, с осознанием, систематизацией и переносом информации.

2. Уровни коммуникации

Общение можно представить в виде своеобразной пирамиды, где в зависимости от количества людей, с которыми человек контактирует и степени его раскрытия перед ними, выстраивается пять уровней коммуникации:

I. *Поверхностное общение* как самый безопасный уровень (типа «Здравствуйте — до свидания»). В этом случае человек раскрывается минимально, а количество людей, с которыми он вступает в контакт, — максимально.

II. *Фактологический уровень* — сообщение информации без комментариев.

III. *Уровень мнений* (наиболее приемлемый в обучении).

IV. *Эмоциональный уровень* (предпочтительный для общения в семье).

V. *Уровень прозрачности* — самый рискованный, при этом варианте человек раскрывается полностью.

Причинами нарушения общения у детей могут быть недоразвитие речи, заикание, снижение слуха, психическая депривация, интеллектуальные нарушения, невротические расстройства, комплекс застенчивости, который включает различные проблемы состояния и свойства личности.

3. Альтернативные системы коммуникации

Дактилология и жестовая речь — это особая кинетическая система для компенсации импрессивной и экспрессивной устной речи. Движения пальцев рук (жесты) обозначают, буквы алфавитов национальных языков. Используя набор дактильных знаков, говорящий следует грамматике словесного языка. Жестовый способ общения был придуман слышащими людьми для общения в экстремальных ситуациях.

Система Брайля — это рельефно-точечный шрифт для письма и чтения незрячими, разработанный в 1829 г. французским слепым тифлопедагогом Луи Брайлем (1809—1852). Вскоре брайлевский шрифт был адаптирован к различным языкам и получил всемирное распространение, вытеснив менее совершенные виды рельефного письма. Он состоит из комбинаций от одной до шести выпуклых точек, с помощью которых изображаются различные знаки: буквы, алфавиты, цифры, знаки препинания, математические и химические формулы, ноты.

Пиктограммно-идеограмное общение. Альтернативные системы коммуникации используются не только для людей с нарушениями слуха или зрения, но и при тяжелой дизартрии, моторной алалии, афазии, вербальной апраксии, афонии после трахео- и ларингостомии, глубокой умственной отсталости и раннем детском аутизме, когда имеются препятствия для адекватной коммуникации.

Блессимволика — письменная система, разработанная Ч. Блиссом. Она понятна говорящим на любом языке. Набор блессимволов состоит приблизительно из одной сотни картинных идеографов и произвольно выбранных символов, которые могут использоваться как самостоятельно, так и в определенных комбинациях. Блисс рассматривал свою систему как упрощенный вариант китайского идеографического письма, которое было понятно и использовалось в течение тысячелетий людьми, не говорящими на едином языке.

ЛЕБ-система охватывает 60 символов (пиктограмм) с напечатанным под рисунком значением слов. Она используется в работе с детьми, имеющими ограничения в развитии, а также с нормально развивающимися дошкольниками и детьми иностранцев без напечатанного значения слов. Она включает следующие разделы: общие знаки взаимопонимания; слова, обозначающие качества, состояние здоровья; посуда и продукты питания; личная гигиена; игры и занятия; религия, чувства, работа и отдых.

Знаковая система Макатон представляет собой две взаимосвязанные части, которые служат компенсирующими средствами для экспрессивной и импрессивной речи: словарь жестовой речи (9 уровней) и словарь пиктограмм, соответствующих жестам. Все картинки — отдельные и располагаются в файловой книге (блокнот, папка, тетрадь), как разрезная азбука в касе букв. Это дает возможность называть слова, составлять из них предложения, сообщать о своих желаниях, учиться делать выбор осознанно.

Фонетическая система речевой коммуникации Кьюд Спич. Каждый звук имеет свой код (форма губ, позиция и форма руки). Визуально-фонетическая система включает

8 форм ладони для согласных и 4 положения для гласных. Речь строится не послогово, а позвучно.

4. Этапы организации общения с ребенком

1. Установление эмоционального контакта.
2. Повышение психической активности ребенка.
3. Создание продуктивного педагогического общения.

ТЕМА 7. ВОСПИТАНИЕ РЕБЕНКА С ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ В СЕМЬЕ (2 ЧАСА)

Основные понятия: семья, функции семьи, типы семей, методы воспитания, раннее вмешательство (интервенция)

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Семья, функции семьи.
2. Семейное воспитание аномального ребенка.
3. Типы семейного воспитания.
4. Методы и приемы воспитания.
5. Раннее вмешательство (интервенция).

ТЕКСТ ЛЕКЦИИ:

1. Семья, функции семьи

«*Семья* – основанная на браке или кровном родстве малая группа, члены которой связаны общностью быта, взаимной помощью и моральной ответственностью...» (Советский энциклопедический словарь, 1985). «*Семья* – ячейка (малая социальная группа) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство» (Н.Я. Соловьев). Жизнедеятельность семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов, называется функцией семьи. Выделяют следующие *функции семьи*.

1. *Воспитательная* – удовлетворение индивидуальных потребностей в отцовстве и материнстве, в контактах с детьми и их воспитании.

2. *Хозяйственно-бытовая* – удовлетворение материальных потребностей членов семьи, содействует сохранению их здоровья.

3. *Эмоциональная* – удовлетворение ее членами потребностей в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите, активно содействует сохранению психического здоровья семьи.

4. *Духовного (культурного) общения* – удовлетворение потребностей в совместном досуге, взаимном духовном обогащении, играет значительную роль в духовном развитии членов общества.

5. *Первичного социального контроля* – обеспечение выполнения социальных норм, особенно теми, кто в силу обстоятельств (возраст, болезнь) не обладает способностью самостоятельно строить свое поведение в соответствии с социальными нормами.

6. *Сексуально-эротическая* – удовлетворение сексуально-эротических потребностей членов семьи. С точки зрения общества семья обеспечивает биологическое воспроизводство общества.

Нарушения функций семьи – особенности ее жизнедеятельности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций.

2. Семейное воспитание аномального ребенка

Рождения желанного ребенка ожидает практически каждая семья, но в рождение больного ребенка не хочет верить никто, даже если имеются предупреждения специалистов. При этом на психологическом уровне осознание факта рождения ребенка с нарушением делится на **фазы**.

Первая – состояние растерянности, страха. Родители испытывают чувство неполноценности, беспомощности, тревоги за судьбу больного ребенка. В это время закладываются предпосылки для установления социально-эмоциональной связи между родителями и ребенком.

Во второй фазе состояние шока трансформируется в негативизм и отрицание поставленного диагноза. Крайняя форма – отказ от обследования ребенка и проведения какой-либо коррекции.

Третья – состояние депрессии по мере принятия диагноза и правильной оценки ситуации.

Четвертая – психическая адаптация на основе полного принятия диагноза и правильной оценки ситуации.

Все семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, характеризуются следующими **признаками** (по Л.М. Шипицыной):

- родители испытывают нервно-психическую и физическую перегрузку, тревогу за перспективы ребенка;
- поведение ребенка в той или иной степени не отвечает ожиданиям родителей, вызывая у них раздражение, горечь, неудовлетворение;
- внутрисемейные, в том числе супружеские, отношения нарушаются и искажаются;
- социальный статус семьи снижается;
- в семье возникает психологический конфликт как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению ребенка.

3. Типы семейного воспитания

Типологизация предоставляет возможность разработки дифференцированной и вследствие этого адекватной системы мер по разрешению возникающих у семьи жизненных, в том числе психологических проблем.

Типология семьи *по семейному стажу*:

- молодые пары;
- молодая семья;
- семья, ждущая ребенка;
- семья среднего супружеского возраста;
- семья старшего супружеского возраста;
- пожилая супружеская пара.

Типология семьи по количеству детей:

- многодетные;
- малодетные;
- одноподетные.

Типология семьи по составу:

- неполная семья, когда женщина рождает ребенка и воспитывает его одна;
- однопоколенная (только супруги);
- двухпоколенная (родители и дети);
- межпоколенная (дети, родители и родители родителей)

Типология по качеству жизнедеятельности семьи:

- благополучная;
- нестабильная;
- устойчивая;
- проблемная.
- неблагополучная;

Типология по стилям семейных взаимоотношений

- семья с попустительским стилем взаимоотношений;
- семья с авторитарным стилем взаимоотношений;
- семья с демократическим стилем взаимоотношений.

Е.А. Стребелевой выделены типы семей, в которых отражено отношение родителей к своему ребенку (во-первых, к принятию ребенка с нарушениями в развитии; во-вторых, к принятию самого нарушения). Автор выделяет *5 видов отношений*:

1. неадекватная позиция – ребенок в семье рассматривается как жертва, и родителями осуществляется гиперопека ребенка;

2. родители принимают нарушение, но не принимают ребенка, т.е. ребенок находится в условиях постоянной эмоциональной депривации;

3. родители не принимают нарушение, но принимают ребенка, т.е. они считают, что их ребенок нормально развивается;

4. родители не принимают ни нарушение, ни ребенка;

5. родители принимают и нарушение, и ребенка, создают условия для его развития.

Кроме этого авторы отмечают, что семьи используют различные **стратегии (внутренние и внешние) как реакции на отклонения у детей.** *Внутренние стратегии:*

1) *Пассивная позиция.* Избегание поиска решения проблемы («страусиная позиция»). Основана на надежде, что все уладится само собой. Что бы ни случилось – все воспринимается как должное; 2) *Активная позиция.* Идентификация тех условий, которые можно изменить, активная деятельность по их изменению, способность идентифицировать условия, которые изменить невозможно на данный момент и принять их как данность. *Внешние стратегии:*

1) Умение находить и использовать *помощь других людей* – соседей, друзей, других семей, имеющих или не имеющих сходные проблемы; 2) Способность находить *духовную поддержку* – советы и помощь религиозных деятелей, участвовать в работе религиозных институтов; 3) Умение *использовать ресурсы государственной поддержки.*

В семьях, где есть ребенок с нарушенным развитием, вырабатываются **две стратегии поведения по отношению к ребенку** – контроль или протекция. *Стратегия контроля.* Члены семьи берут на себя функцию контроля над поведением больного. Роль контролера как бы придает особый смысл их жизни. Постепенно поведение больного начинает контролироваться и осуждаться в случае несовпадения со схемой, существующей в сознании контролера. Такой контроль характеризуется подозрительностью, вызывает взаимный негативизм. *Стратегии протекции.* Больного защищают от возможных последствий его поведения, не дают ему возможности активно общаться с окружающими, чтобы не подорвать авторитет семьи, ограждают от всех забот и хлопот.

В семьях, где есть ребенок с нарушенным развитием, вырабатываются **две стратегии поведения по отношению к ребенку** – контроль или протекция. *Стратегия контроля.* Члены семьи берут на себя функцию контроля над поведением больного. Роль контролера как бы придает особый смысл их жизни. Постепенно поведение больного начинает контролироваться и осуждаться в случае несовпадения со схемой, существующей в сознании контролера. Такой контроль характеризуется подозрительностью, вызывает взаимный негативизм. *Стратегии протекции.* Больного защищают от возможных последствий его поведения, не дают ему возможности активно общаться с окружающими, чтобы не подорвать авторитет семьи, ограждают от всех забот и хлопот.

В семьях, где есть ребенок с нарушенным развитием, вырабатываются **две стратегии поведения по отношению к ребенку** – контроль или протекция. *Стратегия контроля.* Члены семьи берут на себя функцию контроля над поведением больного. Роль контролера как бы придает особый смысл их жизни. Постепенно поведение больного начинает контролироваться и осуждаться в случае несовпадения со схемой, существующей в сознании контролера. Такой контроль характеризуется подозрительностью, вызывает взаимный негативизм. *Стратегии протекции.* Больного защищают от возможных последствий его поведения, не дают ему возможности активно общаться с окружающими, чтобы не подорвать авторитет семьи, ограждают от всех забот и хлопот.

4. Методы и приемы воспитания

Комплекс *медико-педагогических мероприятий*, используемый в целях коррекционного воздействия на ребенка с речевой патологией, должен включать следующие аспекты:

- особый режим;
- благоприятное отношение;
- благоприятное окружение;
- рациональное питание;
- медикаментозное лечение;
- психотерапию;
- логопедические занятия;
- воспитательную работу.

Формы работы учителя-дефектолога с родителями делятся на *три* основные группы:

- *индивидуальные:* беседы; консультации; практикумы; посещение занятий; ведение тетрадей для домашних заданий;

- *групповые (коллективные)*: родительские собрания; вечера вопросов и ответов; заседания круглого стола; занятия-тренинги; совместные праздники и развлечения; дни открытых дверей; школы для родителей; родительские конференции; семейные (домашние) педсоветы; деловые игры, семинары-практикумы; кружки для родителей и детей и др.;
- *наглядно-информационные*: выставки детских работ; фотовыставки; реклама книг, статей из газет, журналов; информационный банк; стенды; папки-передвижки; библиотеки; тематические выставки; санбюллетень; информационные корзины (шкатулка, ящики) – родительская почта; памятки; рекламные буклеты, листовки, плакаты, видеоролики; телефон доверия, копилка советов и др.

Этапы индивидуального *консультирования* родителей в условиях специальных учреждений представлены в исследованиях Т. Н. Волковской, Е. А. Стребелевой, И. В. Филипс и др. *На первом этапе* (диагностическом) устанавливаются доверительные отношения с родителями (при необходимости используется беседа, интервью, экспериментально-психологические методики).

Второй этап проводится по итогам обследования ребенка. Учитель-логопед информирует родителей о состоянии речевого, в целом психического развития ребенка, разъясняет меры помощи с учетом структуры дефекта, планирует последующие встречи с целью обсуждения динамики продвижения ребенка.

На третьем этапе консультирования, который соотносится с собственно коррекционной работой, решаются следующие задачи: повышение уровня педагогической компетентности родителей через расширение круга знаний в области дефектологии, включение родителей в систему оказания коррекционной помощи. Наиболее эффективными формами взаимодействия учителя-логопеда и родителей являются: совместные обсуждения с родителями хода и результатов коррекционной работы, выработка рекомендаций по преодолению негативных тенденций в развитии ребенка, проведение индивидуальных практикумов по обучению родителей (артикуляционная, дыхательная, голосовая гимнастики).

Четвертый этап (заключительный) консультирования носит рекомендательный характер. Позитивным результатом этого этапа становится изменение отношения родителей к ребенку в сторону принятия его особенностей.

5. Раннее вмешательство (интервенция)

Раннее вмешательство (интервенция) (early intervention) — система мероприятий, включающая выявление, обследование, коррекцию физических и (или) психических нарушений, индивидуализированное обучение ребёнка с особенностями психофизического развития в возрасте до 3 лет с психолого-медико-педагогическим сопровождением в условиях семьи, учреждения образования и организаций здравоохранения. К таким *мероприятиям* относятся:

- обнаружение младенца с отставанием или риском отставания в развитии, предполагающее единство ранней диагностики, идентификации, скрининга и направления в соответствующую территориальную службу ранней помощи;
- определение уровня развития ребенка и проектирование индивидуальных программ раннего образования;
- обучение и консультирование семьи;
- оказание первичной помощи в реализации развивающих программ, как в условиях семьи, так и в условиях специально организованной педагогической среды, отвечающей особым образовательным потребностям младенца (группы развития);
- целевая работа по формированию сенсомоторной сферы ребенка;
 - психологическая и правовая поддержка семьи;
 - ранняя плановая или экстренная медицинская коррекция;
 - координация деятельности всех социальных институтов и служб в оказании полного комплекса услуг семье и ребенку в рамках индивидуальной программы развития.

Концептуальной основой таких программ раннего вмешательства послужили утвержденные на уровне государственной политики западных стран принципы

интеграции и нормализации детей вне зависимости от их медицинского, генетического или какого-либо другого индивидуального отличия. Идея **нормализации** выражается следующими словами: жизнь человека с ограничениями должна быть организована **«настолько нормально, насколько это возможно»**. Концепция нормализации, разработанная шведским ученым *Бенгтон Нирье* (Bengt Nirje) в 1969 году, утверждает положение о том, что жизнь и быт людей с нарушениями в умственном развитии должны быть как можно ближе к условиям и стилю жизни общества, в котором они живут. В *восьми пунктах* он показал, что должно включать понятие «нормальная жизнь» для людей с интеллектуальными ограничениями: 1) нормальный дневной ритм; 2) недельный ритм; 3) годовой ритм; 4) естественный жизненный путь (стадии жизни); 5) уважение потребностей; 6) соответствующий контакт между полами; 7) нормальный экономический стандарт; 8) стандарты обстановки.

Предлагаемая литература по всему курсу

Обязательная

1. Артеменок, Е.Н. Введение в коррекционную педагогику / Сборник теоретико-методических материалов. - Витебск: ВГУ, 2002. - 199 с.
2. Блинова, Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития : учеб. пособие для студ. пед. вузов / Л. Н. Блинова ; М-во образования РФ, Управление спец. образования. - Москва: Изд-во НЦ ЭНАС, 2004. - 134 с. : ил.
3. Бобла, И.М. История становления и развития специального образования детей с особенностями психофизического развития в Беларуси / И.М. Бобла, И.Ю. Макавичик. – Минск : БГПУ, 2010. – 180 с.
4. Бородулина, С. Ю. Коррекционная педагогика. Психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников : учеб. пособие для студ. недефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений / С. Ю. Бородулина. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. - 352 с.
5. Варенова, Т.В. Коррекционная педагогика: учебно-методический комплекс / Т.В. Варенова ; Гос. ин-т управления и соц. технологий БГУ. - Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. - 112 с.
6. Варенова, Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики : Учеб. пособие для студ. дефектол. спец. высш. учеб. заведений / Т. В. Варенова. - Мн. : АСАР, 2003. - 287с.
7. Введение в коррекционную педагогику: краткий курс лекций / [авт.-сост. Л.И. Кунцевич] ; М-во образования РБ, УО «ВГУ им. П. М. Машерова». - Витебск : Изд-во УО "ВГУ им. П. М. Машерова", 2007. - 41 с.
8. Глухов, В. П. Основы коррекционной педагогики и специальной психологии: учебно-методическое пособие для пед. и гуманитарных вузов / В. П. Глухов ; [авт.-сост. В. П. Глухов] ; М-во образования и науки РФ, Московский гос. гуманитарный ун-т им. М. А. Шолохова. - Москва : МГГУ им. М. А. Шолохова, 2007. - 311 с.
9. Гонеев, А. Д. Основы коррекционной педагогики: учеб. пособие для студ. высших пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева ; под ред. В. А. Слостенина. - 2-е изд., перераб. - Москва : Академия, 2002. – 272 с.
10. Григорьева, Н.М. Основы специальной методики воспитания учащихся с особенностями психофизического развития: уч.-метод. пособие / Н.М. Григорьева. - Минск: БГПУ, 2011. – 102 с.
11. Коррекционная педагогика : Учеб.пособие для студ.пед.спец.вузов / И. А. Зайцева [и др.] ; Под ред. В.С.Кукушина. - Ростов н/Д : МарТ, 2002. - 304с.

12. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии : Учеб.пособие для студ.сред.пед.учеб.заведений / Б. П. Пузанов [и др.] ; Ред. Пузанов Б.П. - 3-е изд.,доп. - М. : Академия , 1999.
13. Малофеев, Н.Н. Основы управления специальным образованием/ Под ред. Шилова Д.С. / Н.Н. Малофеев, Э.Н. Макшанцева, Н.М. Назарова. - М. : Академия, 2001. – 336 с.
14. Мишина, Г. А.Коррекционная и специальная педагогика : учеб. пособие для студ. учреждений сред. проф. образования / Г. А. Мишина, Е. Н. Моргачева. - Москва : ФОРУМ : ИНФРА-М, 2007. - 137 с.
15. Никуленко, Т. Г.Коррекционная педагогика : [учебное пособие] / Т. Г. Никуленко. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2006. - 382 с.
16. Основы дефектологии : пособие / [авт.-сост.: Е. Н. Михайлова [и др.]] ; М-во образования РБ, УО "Мозырский гос. пед. ун-т им. И. П. Шамякина". - Изд. 2-е, испр. - Мозырь : УО "МГПУ им. И. П. Шамякина", 2009. - 74 с. : ил.
17. Основы коррекционной педагогики : курс лекций / [авт.-сост. С. В. Лауткина] ; М-во образования РБ, УО "Витебский гос. ун-т им. П. М. Машерова", Каф. коррекционной работы. – Витебск : УО" ВГУ им. П. М. Машерова", 2008. - 211 с.
18. Основы специальной педагогики и психологии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обуч. по пед. спец. (ОПД.Ф.03 - основы спец. педагогики и психологии) / Н. М. Трофимова [и др.]. - Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2005; 2006. - 304 с. : ил.
19. Основы управления специальным образованием: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Н.Н. Малофеев и др.; Под ред. Д. С. Шилова. – М.: Академия, 2001. – 336 с.
20. Подласый, И. П. Курс лекций по коррекционной педагогике : Учеб.пособие для студ.сред.спец.учеб.заведений / И. П. Подласый ; Подласый И.П. - М. : Гуманитарный издательский центр "Владос", 2002 2003. - 352с.
21. Современные педагогические технологии в специальном образовании / Под ред. Т.Л. Лещинской – Мн.: Народная асвета, 2005.- 143 с.
22. Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2000.
23. Специальная педагогика : в 3 т. : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н. М. Назаровой. — Н.М.Назарова, Г.Н.Пенин. — М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 352 с
24. Хитрюк, В. В. Основы дефектологии : учеб. пособие / В. В. Хитрюк. - Минск : Изд-во Гревцова, 2009. - 280 с.: ил.
25. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития / Сост. В. Астапов. – Международная педагогическая академия, 1995. – 264 с.
26. Чумакова, С. П. Основы коррекционной педагогики : пособие / С. П. Чумакова ; М-во образования РБ, УО "Могилевский гос. ун-т им. А. А. Кулешова". - Могилев : МГУ им. А. А. Кулешова, 2005. - 80 с.
27. Шамарина, Е. В. Основы специальной педагогики и психологии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по пед. спец. (ОПД.Ф.03 - основы спец. педагогики и психологии) / Е. В. Шамарина. - Минск : Книголюб, 2007. - 247 с. : ил.
28. Щербакова, А. М. Воспитание ребенка с нарушениями развития / А. М. Щербакова; А.М.Щербакова. - М. : Изд-во НИЦ ЭНАС, 2002. - 40с.

Дополнительная

1. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М, 1994.
2. Андарало, А.И. История олигофренопедагогики / А.И. Андарало, И.Ю. Макавчик, В.А. Шинкаренко. – Минск : БГПУ, 2011. – 76 с.
3. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. М., 1991.

4. Ануфриев А.Ф.; Костромина С.Н. Как преодолеть трудности в обучении детей. М., 1998.
5. Борякова Н.Ю., Соболева А.В., Ткачева В.В. Практикум по коррекционно-развивающим занятиям. М., 1994.
6. Вайзман Н.П. Реабилитационная педагогика. М.: Аграф, 1996.
7. Варенова Т. В. Система социально-педагогической реабилитации в Великобритании // Дефекталопа. 1996. Выпуск
8. Вейс Томас Й. Как помочь ребенку? Опыт лечебной педагогики в Кэмпхилл-общинах. Московский центр вальдорфской педагогики. М., 1992.
9. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе // Под ред. В.В. Воронковой. Книга для учителя. М., 1995.
8. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. М., 1990.
9. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М. Если ваш ребенок отстает в развитии. М., 1993.
10. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков. Кн. для учителя. М., 1994.
11. Красота и мозг. Биологические аспекты эстетики / Под ред. И. Ренглера, Б. Херцберга, Д. Эпстайна. М., 1993.
12. Лебединская К.С. Дети с нарушениями общения. М., 1989.
13. Либлинг М.М., Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка//Дефектология. 1996. № 3.
8. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей М,1985.
10. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р. Эмоциональные нарушения у детей и их коррекция. М., 1990.
11. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.
12. Малофеев Н.Н. Специальное образование в России и за рубежом. М, 1996.
14. Маллер А.Р. Педагог и семья ребенка-инвалида//Дефектология. 1995. № 5.
15. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. М., 1997.
16. Новикова Л.А. Влияние нарушений зрения и слуха на функциональное состояние мозга. М., 1966.
17. Певзнер М.С., Ростягайлова Л.И., Мастюкова Е.М. Психическое развитие детей с нарушением умственной работоспособности (вариант гидроцефалии). М.; 1982.
18. Раттер М. Помощь трудным детям. М., 1987.
19. Семаго М.М. Психологические и когнитивные детерминанты в процессе медико-генетического консультирования (обзор зарубежной литературы) // Дефектология. 1991. №2.
20. Современные подходы к болезни Дауна / Под ред. Д. Лейна, Б. Стрэтфорда. М, 1991.
21. Тингей-Михаэлис Кэрл. Дети с недостатками развития. Книга в помощь родителям. М, 1988.
22. Цветкова Л.С. Мозги интеллект. М., 1995.
23. Чистякова М.И. Психогимнастика. М. 1990.