

УДК 376(075.8)
ББК 74.3я73 X52

Рецензенты:

И.Н. Логинова - заведующая кафедрой дефектологии
Академии последипломного образования,
кандидат педагогических наук, доцент;

Т.В. Варенова - доцент кафедры основ дефектологии
БГПУ им. Максима Танка, кандидат педагогических наук, доцент

**Хитрюк, В.В. Основы дефектологии: учеб. пособие /
В.В. Хитрюк. – Мн.: Изд-во Гревцова, 2009. – 280 с.**

Хитрюк, В. В.

X52 Основы дефектологии : учеб.
пособие Изд-во Гревцова, 2009. - 280 с. :
ил. ISBN 978-985-6826-75-0.

Раскрываются основные положения дефектологии: структура дефектологического знания, психологические основы, общая психолого-педагогическая характеристика различных категорий детей с особенностями психофизического развития и др.

Предназначено для студентов педагогических специальностей вузов, практикующих учителей начальных классов, педагогов дошкольных учреждений, слушателей системы повышения квалификации и переподготовки кадров.

УДК 376(075.8)
ББК 74.3я73

ISBN 978-985-6826-75-0

© Хитрюк В.В., 2009

© Оформление. ООО «Издательство Гревцова»,

ПРЕДИСЛОВИЕ

В основе государственной политики в сфере образования лежит идея интеграции детей с особенностями психофизического развития в общество, обучение не рядом с другими детьми, а вместе, в более благоприятных условиях, чем изоляция, в условиях максимально способствующих социальной адаптации личности. Содержание, формы и модели организации образования детей с особенностями психофизического развития имеют специфику, детерминированную рядом социальных и культурных факторов, характером и глубиной нарушения развития, индивидуальными особенностями детей.

К сожалению, исследователи констатируют тенденцию к увеличению числа детей, имеющих проблемы психофизического развития. Так, если в 1995 г. число детей с особенностями психофизического развития было 93 342 ребенка, то к 2006 г. их число увеличилось до 126 379 человек, что составляет 6,5% от общей детской популяции. Сегодня, по мнению некоторых исследователей, к группе детей с особенностями психофизического развития, кроме традиционно выделяемых категорий детей с интеллектуальной недостаточностью, трудностями в обучении, нарушениями речи, слуха, зрения, функций опорно-двигательного аппарата, причисляются и дети с эмоциональными расстройствами (проявлениями раннего детского аутизма, синдромом дефицита внимания, психопатоподобным поведением и др.).

Дети с особенностями психофизического развития могут обучаться и воспитываться как в специальных учреждениях образования, так и в условиях интегрированного обучения и воспитания. Педагоги, не имеющие специального образования, вовлекаются в педагогическое сопровождение детей с особенностями психофизического развития. Это означает, что современные требования, предъявляемые к педагогической подготовке, сфера профессиональной реализации педагогов определяют целесообразность и необходимость изучения учебной дисциплины «Основы дефектологии». Знание специфики детей с особенностями психофизического развития дает возможность педагогу организовать образовательный

процесс с опорой на принципы коррекции и компенсации нарушения, избежать ошибок в определении путей и методов обучения и воспитания ребенка.

Цель изучения учебной дисциплины «Основы дефектологии» состоит в формировании профессиональной педагогической компетентности будущих педагогов посредством овладения знаниями и умениями работы с детьми с особенностями психофизического развития.

Среди основных задач изучения дисциплины «Основы дефектологии» можно выделить:

- овладение общими представлениями об особенностях познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и всей личности в целом различных категорий детей с особенностями психофизического развития;
- ознакомление с системой специального образования в Республике Беларусь;
- изучение проблем и условий образовательной и социальной интеграции детей с особенностями психофизического развития.

Предлагаемая книга - это попытка представить в обобщенном виде сложную и очень объемную специальную педагогическую информацию в форме, доступной для каждого педагога.

Содержание пособия отражает современный уровень состояния и проблемного поля дефектологии, отношение общества к детям с особенностями психофизического развития, роль и место системы специального образования, тенденции развития коррекционно-педагогической помощи таким детям, соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта и типовым учебным планам по специальности «Дошкольное образование», квалификационным характеристикам будущего специалиста.

Учебное пособие структурировано по принципу учебно-методического комплекса, и его содержание представлено четырьмя основными блоками: 1) информационным (раскрывает основные теоретические положения современного научного поля дефектологии); 2) контрольно-проверочным (практические задания дают возможность определить уровень учебных достижений студентов); 3) дидактическим (сопровождает содержание практических занятий); 4) справочным (знакомит с наиболее яркими персоналиями отечественной и зарубежной дефектологической науки, содержит глоссарий основных дефектологических терминов).

Контрольно-проверочный блок представлен тематическими тестовыми заданиями, которые имеют уровневый характер. Задания

репродуктивного уровня ориентированы на узнавание, воспроизведение ранее приобретенных знаний в том виде, в котором осуществлялось их усвоение, конструктивного уровня - на воспроизведение приобретенных знаний в измененных условиях, а выполнение заданий творческого уровня предполагает перенос полученных знаний (умений, компетенций) в новые условия. Такой подход позволяет выявить уровень владения учебным материалом, проследить и сохранить этапность формирования знаний, индивидуализировать процесс обучения. Использование предложенных заданий в аудиторной работе способно придать практическим и семинарским занятиям творческий поисковый характер, повысить познавательную активность и профессиональную мотивацию студентов, сформировать умения применять теоретические позиции, закономерности, положения ориентированные на анализ, оценке и решении практических задач.

В пособие включены также примерные сценарии проведения пресс-конференции и деловой игры, педагогические этюды для анализа и обсуждения, а также список литературных источников для самообразования.

Учебное пособие по дисциплине «Основы дефектологии» предназначено для самостоятельной работы студентов дневной и заочной форм обучения педагогических специальностей вузов, практикующих учителей начальных классов, педагогов дошкольных учреждений, слушателей системы повышения квалификации и переподготовки кадров.

Автор выражает уверенность в том, что полученные теоретические знания в процессе творческого переосмысления материалов пособия помогут сформировать гуманное отношение к детям с особенностями психофизического развития и, в целом, повысить качество профессиональной подготовки будущих педагогов.

Автор

Глава 1 (ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ДЕФЕКТОЛОГИИ

Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, ребенок, но иначе развитой ... дефективным ребенок представляет отличный, своеобразный тип развития.

Л.С. Выготский

1.1. Дефектология как интегрированная область научного знания

1.1.1. Дефектология как наука: предмет, объект, задачи

Как целостная наука дефектология сложилась в результате установления общих закономерностей в развитии, обучении и воспитании различных категорий детей с особенностями психофизического развития (ОПФР). Теоретические основы отечественной дефектологии были заложены Л. С. Выготским.

Дефектология как интегрированная область научного знания сегодня переживает времена вытеснения самого термина «дефектология» по причине недостаточной корректности - семантика его имеет уничижительный характер - указание на дефект. Изменение терминологии связано с необходимостью уже в самом понятии перенести акцент с выявления отклонений на их устранение, с недостатков (дефектов) личности на ее позитивные стороны.

Ключом одним фактором, оказавшим влияние на необходимость изменения терминологии, является все большее число случаев в социальном психолого-педагогической практике, когда трудно поставить однозначный диагноз отклонениям в развитии и поведении ребенка (нарушение⁴ выражено неярко, отклонения имеют негрубые формы, т.е. речь идет о пограничном состоянии между нормой и нарушенным развитием).

Однако до сих пор не найден эквивалент термина, приемлемый по этимологии и адекватно отражающий содержание данной науки именно как интегрированной области знания. Поэтому при характеристике области дефектологических знаний в целом специалисты вынуждены использовать формулы типа «специальная психология», «коррекционная педагогика и психофизиология отклоняющегося развития» и другие. Понятие «коррекционная педагогика» имеет большее педагогическое значение, чем «дефектология», но его клинический аспект значительно уже.

Дискуссия о правомерности использования тех или иных терминов продолжается, однако, термин «дефектология» не утратил своей актуальности и пока еще достаточно широко используется исследователями.

Дадим несколько определений термина «дефектология».

1. *Дефектология* (от лат. defectus - недостаток и греч. logos - учение) - интегрированная область научного знания, соединяющая клинко-физиологическое и психолого-педагогическое направления исследований процессов развития, обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития (Н.Н. Малофеев).

2. Дефектология - наука о психофизических особенностях развития детей с физическими и психическими недостатками, закономерностях их воспитания, образования и обучения (Краткий дефектологический словарь, 1970, с. 87).

3. Дефектология - наука о психофизических особенностях развития аномальных детей, закономерностях их обучения и воспитания (Дефектология. Словарь-справочник, 2005, с. 76).

4. Дефектология - наука, включающая специальную (коррекционную) педагогику, специальную психологию и клинические (медицинские) дисциплины (В.Н. Наумчик, М.А. Паздников, О.В. Ступикевич. Педагогический словарь, 2006, с. 58).

Как отмечал Л.С. Выготский, «...дефектология изучает развитие, у которого есть свои законы, свой темп, свои циклы, свои диспропорции, свои метаморфозы, свое перемещение центров, свои структуры; ... ;>то особая и относительно самостоятельная область знания о глужко своеобразном предмете».

Очевидно, что дефектология рассматривается как интегрированная область научного знания, которая включает, по крайней мере, три направления: педагогическое, психологическое, клинко-психологическое и изучает развитие детей с особенностями психофизического развития, закономерности их обучения и воспитания,

определяет условия, способствующие преодолению (ослаблению) имеющихся у них нарушений в умственном и физическом развитии.

Изучение любой науки предполагает знание и правильное использование специальной терминологии. В развитии дефектологической науки терминологический аппарат претерпел значительные изменения.

Отечественные и зарубежные исследователи в начале XX в. использовали термин «ненормальные дети». Практически в это же время в ходу было понятие «дефективные дети» (В.П. Кашенко, Л.С. Выготский и др.), а в конце 30-х годов появился термин «аномальные дети», охватывающий все проявления недоразвития. Все частные термины (глухой, слабовидящий, умственно отсталый и т.д.) указывали на определенный недостаток.

В 60-х годах XX в. за рубежом по мере развития идеи и внедрения моделей интегрированного обучения стали происходить изменения в терминологии. Так, в США начали использовать достаточно широкий и не всегда точный термин «дети с особыми потребностями (нуждами)», а законодательно применялся термин «disabled» -лицо с ограниченными возможностями.

В настоящее время термин «аномальные дети» практически нигде не применяется. В качестве эквивалентных в разных странах используются альтернативные понятия, среди которых можно назвать: дети с особенностями психофизического развития (официально признанный в Республике Беларусь), дети с особыми образовательными потребностями, дети с отклонениями в развитии, дети с патологией развития, дети с дизонтогенезом (нарушение индивидуального хода развития), дети с трудностями в обучении, дети с недостатками в умственном и физическом развитии, лица с ограниченными возможностями здоровья (российский вариант) и др.

Термин «дети с особенностями психофизического развития» семантически подтверждает отказ социума от деления людей на полноценных и неполноценных, т.е. смещает акцент с недостатков в развитии на потребности детей в особых педагогических условиях, «на ответственность общества за выявление и удовлетворение их потребностей» (В.Н. Наумчик и др.).

В нашей стране нормативно закреплена (закон «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)») корректная терминология: понятие «умственная отсталость» обозначается термином «интеллектуальная

недостаточность», понятие «задержка психического развития» - термином «нарушения психического развития (трудности в обучении)».

С позиций психолого-педагогического аспекта в дефектологической науке принято выделять следующие основные предметные области:

- сурдопедагогика (обучение и воспитание неслышащих и слабослышащих) и сурдопсихология;
- тифлопедагогика (обучение и воспитание незрячих и слабовидящих) и тифлопсихология;
- олигофренопедагогика (обучение и воспитание детей, имеющих интеллектуальную недостаточность) и олигофренопсихология;
- логопедия (теория и практика преодоления нарушений развития речи) и логопсихология.

В исследовании стоящих проблем дефектология опирается на следующие мировоззренческие аспекты:

- *онтологический* определяет место специального образования в структуре бытия;
- *гносеологический* дает представление о связи обучения и познания;
- *аксиологический* называет приоритеты и ценностные предпосылки специального образования;
- *философско-антропологический* обобщает научные данные о человеке с особенностями психофизического развития;
- *историко-философский* реконструирует взгляды философов прошлого на специально-педагогическую проблематику;
- *социально-философский* изучает явления дефектологии в социокультурном контексте.

Цели дефектологической науки по степени общности подразделяют на общие и частные. *Общие цели:*

- определение путей повышения уровня функционирования детей с учетом коррекции недостатков психического и (или) физического развития и компенсации их педагогическими средствами;
- изучение и определение путей реабилитации (реадаптации) и алипитации детей с особенностями психофизического развития.

Специфические цели:

- преодоление чувства малоценности личности и воспитание чувства собственного достоинства у лиц с ОПФР;

- формирование адекватных форм социального поведения людей с ОПФР.

Основными задачами дефектологии являются:

- разработка методологических, теоретических и методических основ эффективных систем специального обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития, направленных на достижение каждым ребенком максимально возможного уровня личностного развития, образования, жизненной компетенции, интеграции в социум;
- изучение и определение педагогических закономерностей развития, обучения и воспитания личности в условиях ограниченных возможностей жизнедеятельности;
- обобщение и популяризация передового педагогического опыта работы с детьми с ОПФР.

Центральная проблема дефектологии - поиск путей разрешения противоречия между необходимостью взрослых передать ребенку социальный и культурный опыт и возможностью сделать это, поскольку в случаях нарушения развития перестают действовать или оказываются недостаточно состоятельными традиционные способы решения образовательных и воспитательных задач.

Дефектология как наука широко опирается на результаты психологических исследований в различных отраслях: общей психологии (психические процессы, свойства, состояния и др.), психологии развития, медицинской психологии, педагогической психологии, психодиагностики.

В основе дефектологического знания лежат психологические законы, теории, учения, закономерности:

- законы психического развития личности (развитие психики детей, имеющих различные нарушения, подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормально развивающегося ребенка (Л.С. Выготский));
- теории компенсации (А. Адлер, Л.С. Выготский);
- учение о зоне ближайшего развития и ведущей роли обучения (Л.С. Выготский);
- положение о закономерностях, общих для всех типов нарушения развития: снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации; трудности словесного опосредствования; замедление процесса формирования понятий и др.

Таким образом, дефектология является самостоятельным интегративным научным полем, детерминированным историческими, социально-экономическими и культурными особенностями социу-

ма, опирающимся на мировоззренческие аспекты, имеющим выраженную ирактико-ориентированную составляющую, психологические и социокультурные основы, свой объект исследования.

1.1.2. Эволюция отношения общества к лицам с особенностями психофизического развития

Отношение к лицам с особенностями психофизического развития в ходе исторической эволюции человеческого общества было неоднозначно. В зависимости от экономического развития общества, уровня развития его производительных сил, состояния образования, культуры, науки и здравоохранения, общественного сознания по-разному строилось взаимодействие окружающих с теми, кто имел нарушения в развитии и поведении. Человечество прошло сложный многовековой путь от нетерпимости к проявлению нарушения, жестокости по отношению к его носителю до сострадания, милосердия, защиты и непосредственной материальной и моральной помощи людям, имеющим физический или психический недостаток.

В исследовании Н.Н. Малофеева проведена периодизация эволюции отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии. Во временном отрезке от античных времен до наших дней - «путь общества от ненависти и агрессии до терпимости, партнерства и интеграции лиц с отклонениями в развитии» - автор выделяет пять периодов эволюции, «условными рубежами» которых являются значимые исторические события, изменения отношения государства к лицам с отклонениями в развитии. В рамках периодов эволюции отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии определены этапы становления национальных систем специального образования и проведено соотношение этих позиций. Автор отмечает, что для России, как и для стран Западной Европы, сохраняются все периоды эволюции, однако, этапы становления и развития национальной системы специального образования в хронологическом отношении значительно запаздывают.

Первый период - «от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии» (IX-VIII вв. до н.э. - XII в., Россия: 996-1706 гг.).

На ранних этапах развития общества, в силу неразвитости производительных сил, низкого уровня культуры, нравственных и духовных ценностей, отношение к людям с психофизическими нарушениями было нетерпимым. Детей, рожденных с выраженными

нарушениями, не считали полноценными гражданами и приравнивали к рабам или животным.

В эпоху античности в ряде государств (Спарта, Древний Рим) любые отклонения в физическом развитии, уродство и иные нарушения у детей считались нежелательными. Детей с такими недостатками умерщвляли, руководствуясь правилом об отделении негодного от здорового.

Существенное изменение взглядов на людей с отклонениями в развитии в странах Западной Европы связано с распространением христианской религии. Однако еще в период раннего и позднего средневековья (V-XV вв.) уничтожалось все, что не соответствовало канонам католической церкви. Инквизиция расправлялась с душевнобольными людьми, считая и их, и слабоумных людей «детьми дьявола». Их бросали в тюрьмы, подвергали пыткам, сжигали на кострах.

Первым прецедентом государственной заботы об инвалидах является открытие в Баварии (1198) приюта для слепых. Во Франции было открыто «убежище» для слепых (1260).

Эпоха Возрождения (XV - XVII вв.) в Западной Европе ознаменовалась гуманистическими идеями возвеличивания человеческого разума, сострадания и милосердия к человеческим недостаткам, к психическим и физическим нарушениям. Врачи посещали монастыри и тюрьмы, вели наблюдение за душевнобольными, пытались осмыслить и оценить это психическое состояние человека. Так, в начале XVII в. профессор медицины Феликс Платцер (1537-1614) в г. Базеле впервые осуществил классификацию душевнобольных, в основу которой положил характеристику различных нарушений интеллекта, эмоций, физического состояния.

Чешский педагог Ян Амос Коменский (1592-1670) впервые с педагогической точки зрения рассмотрел взаимосвязь интеллектуального развития ребенка и его поведения. Он выделил шесть типов детей, отличающихся друг от друга степенью умственного развития и особенностями характера.

«Можно ли приобщить к образованию глухих, слепых и отстающих детей, которым органический недостаток мешает воспринимать мир? Ответ: из человеческого образования не исключается ничего, кроме разве что нечеловека» (Я.А. Коменский).

В XV-XVI вв. предпринимались попытки индивидуального обучения детей представителей знати, имеющих нарушения слуха и зрения (Испания, 1578 г.; Англия, 1648 г. - опыт индивидуального обучения глухих детей, в 1670 г. во Франции - слепых). Этот опыт

не может считаться началом построения системы специального образования для некоторых категорий детей с особенностями психофизического развития, однако, практика показала возможность и необходимость организации специальной педагогической помощи таким детям.

Второй период - «от осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них» (начало XII - конец XVIII в.; Россия:

1706-1806 гг.).

Началом этого периода Н.Н. Малофеев называет переосмысление во Франции гражданских прав людей с сенсорными нарушениями (открытие в Париже специальных школ для глухонемых в 1770 г. и для слепых в 1784 г.).

В 1793 г. французским Конвентом была принята «Декларация прав человека», которая определяла более демократический взгляд на гражданские права лиц с психическими и физическими нарушениями.

В этот период были организованы и проведены различные медицинские исследования. Медико-клинические характеристики отклонений в умственном развитии ребенка представлены исследованиями врачей-психиатров: Филипп Пиель (1745-1826) выделил две клинические формы слабоумия: врожденную и приобретенную; Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772-1840) ввел термин «умственная отсталость» и обозначил три ее степени: дебильность, имбсцильность, идиотия.

Педагогический подход в помощи, обучении и воспитании детей с отклонениями в развитии формируется в конце XVIII - начале XIX в. Сторонниками его реализации выступают как педагоги, так и врачи, общественные деятели.

Первые попытки обучения детей с легкими нарушениями в специальных учебных заведениях принадлежали швейцарскому педагогу Иоганну Генриху Песталоцци (1746-1827), который в 1774 г. в поместье Нейгоф организовал приют для детей «Учреждение для Иодных». Им были обоснованы такие принципы работы с «тупоумными»:

- посильность в обучении;
 - использование дидактических материалов;
 - сочетание умственного и физического труда;
 - соединение обучения с производительным трудом.
- Французский психиатр Жан Итар (1775-1838) с помощью методик, основанных на развитии чувств, попытался из одичавшего

мальчика (анейромским дикарь по имени Виктор) воспитать человека. И тару не удалось добиться желаемых результатов, но он определил пуп» рачинтия детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью развитие органов чувств и моторики с помощью тренировочных упражнений.

И 18(М г. но Франции был принят «Кодекс Наполеона», в котором нашли отражение положения римского права, касавшиеся прав глухонемых, слепых и других категорий лиц с нарушениями физического и (или) психического развития.

Но пторой половине XIX и начале XX в. в связи с потребностью производства в рабочих более высокой квалификации и расширением сети школьного образования все острее встала проблема неуспеваемости учащихся с отклонениями в умственном развитии. Отчисленные из школы учащиеся оказывались на улице и пополняли ряды асоциальных элементов. Поэтому обучение слабоумных детей стало рассматриваться как социальная проблема. С этого времени Н.Н. Малофеев предлагает вести отсчет нового периода.

Третий период - «от осознания возможности к осознанию целесообразности обучения трех категорий детей: с нарушением слуха, зрения, умственно отсталых» (конец XVIII - начало XX в.; Россия: 1806-1927 гг.).

Начало этого периода исследователь связывает со временем принятия в западноевропейских странах законов об обязательном всеобщем начальном образовании и созданных на их основе законов об обучении глухих, слепых и умственно отсталых детей. В это время завоевывает признание гуманистическая концепция, в соответствии с которой дети, получившие специальное образование, перестанут быть обузой для общества и станут его полезными членами. Очевидной становится такая социальная позиция, при которой лица с психическими и физическими нарушениями получают право на специальную педагогическую помощь.

В этот период активно ведутся научные исследования. Немецкий психиатр Эмиль Крепелин (1856-1926) объединил все формы слабоумия в одну группу под общим названием «задержка психического развития», ввел термин «олигофрения» (греч. «малоумие») для обозначения группы врожденных болезненных состояний.

Представителями психолого-педагогического направления в работе с детьми с особенностями психофизического развития в первой четверти XX в. являются французы - педагог Жан Филипп и врач Поль Гонкур. Они пришли к выводу, что критерием нарушения раз-

вития является неспособность детей обучаться обычным образом в обычных педагогических условиях.

Известный итальянский педагог Мария Монтессори (1870-1952) создала ортофеническую школу для детей с нарушениями в развитии, где применила систему сенсомоторного воспитания как основу лечебной педагогики.

К началу XX в. сформировалось психометрическое направление (система измерения умственных и других способностей ребенка с помощью метода тестов) в изучении интеллектуальной недостаточности.

Психолог Альфред Бине и врач-психиатр Томас Симон разработали тестовый метод (Франция, 1905-1907), в основу которого положили состояние коммуникативной функции речи. Они пытались соотнести умственное развитие ребенка с ОПФР с уровнем развития нормально развивающегося ребенка, но более младшего возраста. Соотношение выражалось определенным числом (коэффициентом). Если шестилетний ребенок справился с заданием, рассчитанным па нормально развивающегося ребенка пяти лет, то коэффициент данного ребенка равен 0,83 (т.е. $5:6 = 0,83$). Был также определен диапазон «нормы» и отклонений от нее (1,0—0,8).

Социальные, экономические процессы, а также проведенные исследования способствовали развитию сети специальных учреждений для детей с интеллектуальной недостаточностью и появлению законодательной базы, регламентирующей их деятельность. В 1892 г. в Англии были открыты первые специальные школы для умственно отсталых детей. А в 1899 г. был принят чакон об обучении умственно отсталых детей, который предусматривал следующий регламент:

- обучение умственно отсталых до 16 лет;
- осуществление отбора детей через школьную комиссию;
- дополнительное обследование ребенка по требованию родителей в случае возникновения сомнений в его полноценности;
- штрафование родителей, отказывающихся от процедуры обследования ребенка на комиссии;
- периодическое обследование ребенка (в том числе и по требованию родителей) с целью возвращения его в массовую школу не чаще одного раза в полугодие.

В 1903 г. в Англии была создана Национальная ассоциация в помощь детям с нарушениями в развитии, которая существует и в настоящее время.

Именно третий период эволюции соотносится с первым этапом становления национальных систем специального образования - этапом зарождения, развертывания и оформления параллельных систем специального образования.

Четвертый период - «от осознания необходимости обучения части аномальных детей к пониманию необходимости обучения всех детей» (начало XX в. - 70-е гг. XX в.; Россия: 1927-1991 гг.).

Этот период эволюции связан с этапом (вторым) совершенствования и дифференциации структур национальных систем специального образования как «горизонтально», так и «вертикально». И.И. Малофеев называет такие отличительные черты этого времени:

- развитие законодательной базы специального образования;
- структурное совершенствование национальных систем специального образования (в некоторых странах функционировало до 20 тысяч спецшкол);
- расширение охвата специальным обучением нуждающихся (51,5% детей школьного возраста);
- смена старой парадигмы «полноценное большинство - неполноценное меньшинство» новой - «единое сообщество, включающее людей с различными проблемами»;
- формирование новой культурной нормы - уважение к различиям между людьми;
- признание специальных школ и интернатов сегрегационными учреждениями, а изолированной от массовой школы системы специального образования - дискриминационной.

Проблемы детей с особенностями психофизического развития становятся предметом внимания таких международных организаций, как ЮНЕСКО, ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения), отдела специальных служб ООН, отдела реабилитации ООН.

В 50-е годы в разных странах специальным обучением было охвачено значительное число детей (в США обязательное специальное обучение для умственно отсталых детей было введено в 1950 г.).

В 1960 г. Международная конференция по народному образованию (г. Женева) приняла Конвенцию о борьбе с дискриминацией в области образования, в которой определялись права детей с особенностями психофизического развития на образование в специальных учебных заведениях и в обычных школах среди нормально развивающихся сверстников в зависимости от их возможностей. На этом этапе система специального образования достигает своего пика.

Пятый период - «от изоляции к интеграции» (1971-1975 гг. - наст, время; Россия: 1991 г. - наст, время).

Соотносится с третьим, качественно новым этапом развития национальных систем специального образования. Интеграция инвалидов становится в Западной Европе ведущей тенденцией, базирующейся на их полном гражданском равноправии и новой философии общества. Этот период характеризуется перестройкой организационных основ специального образования, сокращением числа специальных школ и резким увеличением количества специальных классов в общеобразовательных школах - идет «кардинальная реорганизация взаимодействия структур массового и специального образования».

На территории славянских государств к детям с особенностями психофизического развития относились как к «божьим людям» и даже окружали ореолом святости. Забота и опека страждущих и обездоленных на Руси нашла свое место в традициях и жизнедеятельности простого народа, в официальных действиях церкви и государственной власти (в Уставе о православной церкви, утвержденном киевским князем Владимиром Святославичем (996), вменялось в обязанность церкви заботиться об убогих, нищих и юродивых). В XI в. Киево-Печерская лавра стала прибежищем для калек и слабоумных, то же самое можно сказать о деятельности монастырей и церквей по всей Киевской Руси. В начале XII в. киевский князь Владимир Мономах («Поучение князя Владимира Мономаха своим детям») указывал: «Всего паче убогих не забывайте, но елико могуше по силе кормите и подавайте сироте и вдовицу оправдайте сами, а не давайте сильным погубить человека».

Для убогих, нищих, калек при монастырях открывали богадельни, первые учреждения общественного призрения. В «Стоглавый судебник» (1551) при Иване Грозном была внесена статья о необходимости попечения больных и нищих, «кои одержимы бесом и лишены разума». Их рекомендовалось помещать в монастыри, чтобы они не были «пугалом для здоровых».

Во второй половине XVIII в. в связи с изданием Екатериной II «Указа об учреждении Приказов общественного призрения» (1775) в России создавались лечебные учреждения, благотворительные заведения и школы.

В конце XIX - начале XX в. были созданы общества и общественные организации по обучению и воспитанию детей с ОПФР. Екатерина Константиновна Грачева (1866-1934) стояла у истоков создания новых в России учреждений для детей с интеллектуальной не-

достаточностью. Всеволод Петрович Кашенко (1870-1943) создал школу-санаторий, которая переросла в Научно-исследовательский институт дефектологии Академии педагогических наук (1943), а с 1992 г. к Институт коррекционной педагогики Российской академии образования (РАО). Григорий Иванович Россолимо (1860-1928), п.ч.нестный невропатолог, предложил свой оригинальный «метод психологических профилей», по которому исследовались носемь основных способностей ребенка. Известный психиатр Георгий Яковлевич Трошин (1874-1938) в своих взглядах иа слабоумие неходил из общности законов психического развития детей как в норме, так и при нарушениях.

Психолог-экспериментатор Лев Семенович Выготский (1896-1934) выделил самое важное и существенное в «природе дефективности» и определил социальную значимость помощи детям с ОМФР. В теории и практике обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития реализуются основные положения теорий и концепций Л.С. Выготского: единство законов психического развития ребенка; соотношение биологического и социального в развитии ребенка; учение о высших психических функциях; взаимосвязь обучения и развития; учет уровня актуального и зоны ближайшего развития ребенка; учение о сложной структуре психофизического нарушения; опора на компенсаторные возможности организма ребенка с нарушениями в развитии и др.

В 60-70-е годы XX в. психоневролог Г.Е. Сухарева разработала систематику олигофрении, которая учитывала время и причины повреждения нервной системы; М.С. Певзнер предложила классификацию олигофрении по показателям недоразвития познавательной деятельности, по степени подвижности и уравновешенности процессов торможения и возбуждения.

Исследования в области изучения детей с особенностями психофизического развития, проводимые учеными Научно-исследовательского института дефектологии (НИИД), а затем Института коррекционной педагогики РАО, позволили значительно продвинуться в понимании и объяснении феноменов психического развития, поиска адекватных и эффективных моделей, путей и методов обучения и воспитания таких детей.

М 1990-1991 гг. Россия провозгласила смену отношения к инлпдам, продекларировала курс на интеграцию инвалидов в общество.

История становления и развития специального образования на территории Белоруссии имеет свои особенности. Исследователь

исторических корней и оснований становления и развития системы специального образования И.М. Бобла отмечает, что:

- специально организованного государственного призрения детей с особенностями психофизического развития в дореволюционной Белоруссии не существовало;

- определяющую роль в обосновании необходимости и возможности обучения детей с ОПФР сыграли контакты белорусских педагогов с Я.А. Коменским, деятельность профессоров Виленского университета (Я. Снядецкого и др.), взгляды русских просветителей (А. Радищева и др.) и практика работы дефектологов России;

- специальные учреждения для глухонемых, заикающихся и слепых детей были открыты в конце XIX - начале XX в. (Минск, Витебск, Гомель).

Призрение и лечение престарелых и больных, в том числе и лиц с отклонениями в психофизическом развитии, было в ведении приказов общественного призрения: Могилевского (1781), Минского (1796), Витебского (1802), Гродненского (1805), Виленского (1808).

Среди первых специалистов-дефектологов были сурдопедагоги и логопеды М.Я. Нисневич, С.О. Окунь (Минское училище для глухонемых и заикающихся детей - 1888 г.), И.О. Васютрович (Витебская школа глухонемых - 1896 г.), Р.Р. Слиозгер (индивидуальное обучение глухонемых в Гомеле - 1902 г., школа глухонемых в Минске - 1908 г.). Тифлопедагогической практикой занимались И.У. Зданович, И.В. Георгиевский, К.С. Болтуць (Минское училище для слепых мальчиков - 1897 г.). Школ для детей с нарушениями интеллекта до революции в Белоруссии не было.

Материалы переписи населения 1897 г. свидетельствуют о том, что в Белоруссии проживало свыше 7 000 аномальных детей.

В 1920 г. были созданы школы для глухонемых и умственно отсталых детей в Витебске, детские дома для умственно отсталых детей в Гомеле и Могилеве, а в 1921 г. открылся детский дом для умственно отсталых детей в Минске.

Формирование системы специального образования в Белоруссии потребовало подготовки кадров дефектологов. Ведущими формами подготовки и переподготовки кадров являлись курсы, создаваемые на базе лучших специальных учреждений, и заочное обучение педагогов республики на дефектологических факультетах Муиоу России.

По данным И.М. Боблы, в 1940/41 учебном году в Белоруссии работали 32 специальные школы: 18 - для детей с нарушением слу-

ха, 10 - для умственно отсталых детей, 3 - для слепых, 1 - для детей с расстройствами слуха и речи. В них обучалось около 3 000 воспитанников и работало свыше 300 педагогов.

Сразу после освобождения территории Белоруссии от фашистских оккупантов Постановлением СНК БССР от 09.10.1944 г. №659 была определена сеть школ для глухонемых и слепых детей: 11 школ на 1 400 учащихся. К марту 1945 г. в республике действовало 5 школ для глухонемых (Мстиславль, Бобруйск, Гомель, Ошмяны, Ново-грудок) и школа для слепых (д. Поречье, Гродненская обл.). Осенью 1945 г. открылась республиканская школа для детей с расстройствами слуха и речи в Кобрине (Брестская обл.), а в 1949 г. была укомплектована первая вспомогательная школа в Витебске.

В 60-х годах появились новые для Белоруссии типы школ: для слабослышащих и позднооглохших (1961), для слабовидящих (1963), для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (1964), для детей с тяжелыми нарушениями речи (1966).

Подготовка профессиональных специалистов для системы специального образования в Белоруссии началась в 1960 г., когда в Минском педагогическом институте им. А.М. Горького было открыто отделение дефектологии, которое в 1976 г. было преобразовано в дефектологический факультет (ныне факультет специального образования).

80-е годы характеризуются значительным расширением сети учебных заведений для различных категорий детей с ОПФР: в 1980 г. открываются школы для детей с задержкой психического развития, увеличивается число логопедических пунктов при общеобразовательных школах и поликлиниках, стационаров при сурдологических кабинетах и диспансерах, при Республиканском центре патологии слуха, голоса и речи.

Сегодня в Республике Беларусь проблемы обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития имеют государственный характер, права этих лиц защищены законом «Лб правах дзця!н» (1992) и законом «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» (2004).

1.1.3. Социокультурные основы дефектологии

В истории развития человеческой цивилизации отношение общества к людям с особенностями психофизического развития сложилось в форме социальных «полок» или «ниш», которые им отво-

дились, и проявлялось в манере обращения с ними. Назовем некоторые из таких «ниш» или моделей.

«*Больной человек*» (сущность: лица с особенностями психофизического развития - больные люди, рассматриваемые как объект лечения). Следует помнить, что образовательные программы для таких людей должны предусматривать не только и не столько уход и лечение, сколько обучение и развитие. Эта модель стимулировала развитие научных исследований в области клинического изучения причин и последствий нарушенного развития и возможных способов профилактики и лечения отдельных заболеваний, следствием которых является ограничение возможностей человека. В современных условиях эта модель недостаточна, так как сама по себе является ограничителем возможностей человека с особенностями психофизического развития.

«*Недочеловек*» (сущность: человек с особенностями психофизического развития рассматривается как неполноценное существо, приближающееся по своему уровню к животному). Модель лежала в основе применения негуманного обращения по отношению к таким лицам.

«*Угроза обществу*» (сущность: некоторые категории лиц с особенностями психофизического развития представляют угрозу обществу). Модель опиралась на мнение, что эти люди могут «наслать порчу», «накликать несчастье», нанести материальный и моральный ущерб. Общество ограждало себя от этой потенциальной «угрозы», создавая интернаты, закрытые учреждения призрения, часто в удаленных местах, иногда со строгим режимом содержания в них. Обучение либо отсутствовало, либо было недостаточным.

«*Объект жалости*» (сущность: к человеку с особенностями психофизического развития относятся как к маленькому ребенку, который не взрослеет, оставаясь в детском возрасте навсегда). Главной задачей модели является только защита человека с ОПФР от «плохого» окружающего мира через обособление его от общества, создание комфортной среды обитания, а не обеспечение помощи в образовании и развитии.

«*Объект обременительной благотворительности*» (сущность модели состоит в том, что траты на содержание лиц, имеющих различные нарушения, рассматриваются как экономическое бремя, которое пытаются уменьшить через сокращение размеров оказываемой помощи).

«*Развитие*» (сущность: общество ответственно за более полное¹ развитие ребенка с ОПФР). Модель подчеркивает наличие у

лиц с особенностями психофизического развития способностей к образованию и развитию. Обществу вменяется в обязанность создание условий, благоприятных для развития и коррекционно-педагогической помощи таким детям: человек с особенностями психофизического развития имеет те же права и привилегии, что и все остальные члены общества (право жить, учиться, работать в своей местности, жить в своем доме, выбирать друзей и дружить с ними, право быть желанным членом общества, право быть таким, как' нее).

Становление и развитие дефектологической науки основывалось на различных **социокультурных идеях и концепциях**, определявших отношение общества к лицам с особенностями психофизического развития (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Социокультурные идеи и концепции

Концепция	Сущность
Концепция социальной реабилитации человека с особенностями психофизического развития (конец XIX - начало XX в.)	Идея социальной полезности человека; идея ценности специального образования (приобщение к труду путем коррекции и компенсации дефекта)
Идея расовой биологии (расовой гигиены)	Бесполезность поддержки лиц с особенностями психофизического развития, стерилизация и физическое уничтожение «неполноценных» людей
Патерналистская концепция	Приоритет интересов общества над интересами личности; «иторосортность» и малопеппность людей с особенностями психофизического развития; организация обучения в отдельных образовательных учреждениях; слабая социальная и профессиональная защищенность инвалидов; формирование иждивенческих установок у людей с ограниченной трудоспособностью
Современная концепция социальной реабилитации лиц с ОПФР	Приоритет интересов личности над интересами общества; независимый образ жизни личности

На современном этапе ведущими направлениями **новой парадигмы** дефектологии являются:

- **гуманизация** - цель специального образования состоит в том, чтобы сделать полноценной и достойной жизнь человека с особенностями психофизического развития (включение в социальные отношения, поддержка становления индивидуальности и т.д.);

- **фундаментализация** - философско-категориальный анализ, переосмысление и уточнение общих параметров и различий нормы и патологии;

- **интеграция** - формы совместного обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития с их здоровыми сверстниками.

Таким образом, можно сделать вывод об исторической, культурно-экономической детерминированности социокультурных основ дефектологии. Современный этап развития дефектологической науки тесно связан с процессами интеграции лиц с ОПФР в общество.

1.1.4. Основной категориальный аппарат дефектологии

Основной категориальный аппарат дефектологии представлен в табл. 1.2.

Таблица 1.2

Основные термины дефектологии

Термин	Определение
Коррекция	Система психолого-педагогических и медико-социальных мер, направленных на исправление или ослабление физических и (или) психических нарушений
Компенсация	Возмещение в той или иной мере утраченных функций и состоянии м счет перестройки или усиленного использования сохранных функции
Адаптация	Приспособление человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и собственными потребностями, мотивами и интересами
Реабилитация	Восстановление нарушенных функций организма и трудоспособности, достигаемое применением комплекса медицинских, педагогических и социальных мероприятий
Абилитация	Первоначальное формирование нарушенной способности к чему-либо (применяется по отношению к детям раннего возраста с особенностями психофизического развития)
Социализация	Двусторонний процесс, предполагающий формирование способностей личности к жизнедеятельности в обществе на основе усвоения социальных норм и способов социального поведения, а также активное воспроизводство системы социальных связей индивидом

Понятие коррекции является центральным в дефектологической науке. Вся история специальной (коррекционной) педагогики может быть представлена как история развития теории и практики коррекционной работы. Широко известны коррекционные системы и концепции Эдуарда Сегена (1812-1880), Марии Монтессори (1870-1942), Оппа Декроли (1871-1933), Л.С. Выготского (1896-1934), Л.П. Граборовы (1885-1949) и др.

Коррекция может носить как непосредственный, так и опосредованный характер. В этой связи принято различать *прямую коррекцию* (непосредственное использование специальных дидактических материалов и приемов воздействия) и *косвенную* (весь процесс обучения имеет корригирующее значение, основными путями являются уточнение и исправление имеющегося опыта и формирование нового).

Реализация корригирующего воздействия требует использования разнообразных средств. Все **средства коррекции** условно можно разделить на *традиционные* (игра, учеба, труд, внеклассная работа, общественно-полезная деятельность, режим, лечебно-профилактические мероприятия) и *нетрадиционные* (альтернативные: сенсорный и психомоторный тренинг, леготека (лего-игры конструктивного содержания), ароматерапия, иппотерапия (от греч. «иппо» - лошадь), арттерапия, музыкотерапия и др.).

Большинство традиционных средств имеет широкое значение и предполагает коррекцию личности в целом. Альтернативные средства, как правило, направлены на развитие и коррекцию отдельных функций и применяются в комплексе с другими мероприятиями (Т.В. Варснова). Выбор средств коррекции предполагает опору на социально значимое содержание материала.

По мнению В.П. Кашенко, основу педагогической коррекции составляют следующие положения:

- организация своеобразной детской среды, предполагающей учет «маленького мира, в котором живет ребенок»;
- действенность педагогических средств, которыми владеет педагог;
- постоянное непрерывное изучение ребенка;
- совместная работа различных специалистов (врачи, педагоги, психологи).

Мнения авторов единодушны в понимании значимости ранней коррекции в формировании и развитии личности ребенка с особенностями психофизического развития: чем раньше будет начата коррекционная работа, тем с меньшими затруднениями будет идти

двигательное, речевое и интеллектуальное развитие. Раннее начало коррекционной работы позволяет более эффективно компенсировать отклонения в психическом развитии ребенка группы риска, тем самым смягчить вторичные отклонения. Своевременная помощь и коррекция дают исключительную возможность!] «сгладить» недостатки и проблемы в развитии, а в ряде случаев даже устранить их, обеспечив тем самым полноценную жизнь ребенка.

Как отмечает В.Г. Петрова, раннее выявление детей с особенностями психофизического развития прежде всего должно проводиться в семьях с «повышенным» риском, к числу которых можно отнести семьи, где уже есть:

- ребенок с нарушениями развития;
- члены семьи (бабушки, дедушки, дяди, тети) с нарушениями развития любого вида;
- дети, перенесшие внутриутробную гипоксию, родовую асфиксию, травму, нейроинфекцию и т.д.;
- родители, которые подвергались радиационному облучению, жили в неблагоприятной экологической обстановке, работали в опасных для здоровья условиях химической промышленности;
- матери, во время беременности перенесшие острое инфекционное заболевание, тяжелый токсикоз, травму;
- один из родителей - наркоман или страдает алкоголизмом.

Ранняя коррекционная помощь предполагает:

- максимально раннее выявление и диагностику нарушения в развитии;
- сокращение разрыва между моментом обнаружения нарушения в развитии ребенка и началом целенаправленной коррекционной помощи;
- обязательное включение родителей в коррекционный процесс;
- коррекционное воздействие на все сферы развития ребенка и создание необходимых условий для развития его личности.

Одной из форм ранней коррекции является система педагогического патронажа детей раннего возраста (от рождения до 3 лет), получившая широкое распространение во многих странах мира (США, 1970). По определению Л.И. Аксеновой, **патронаж**: - это особый вид помощи ребенку, его родителям, педагогам в решении сложных проблем, связанных с выживанием, восстановительным лечением, специальным обучением и воспитанием, социализацией, со становлением подрастающего человека как личности.

Квалифицированный педагог один раз в неделю посещает семью, составляет программу педагогической деятельности родителей на

семь предстоящих дней, обучает их всем основным действиям (показывает как организовывать наблюдения, фиксировать результаты в специальных печатных формах), контролирует выполнение ранее предложенного плана работы, обеспечивает дидактическими пособиями и развивающими игрушками из игротки, организованной по принципу работы библиотек.

Медико-социально-педагогический патронаж (МСП-патронаж) становится ведущей формой организации ранней коррекционной помощи детям с особенностями психофизического развития и в нашей стране. МСП-патронаж реализуется как широкий спектр долгосрочных мер реабилитационной помощи, ориентированных на семью ребенка с ОПФР. Эта помощь осуществляется в процессе согласованной работы специалистов разного профиля.

МСП-патронаж включает: диагностику, помощь в выборе образовательной траектории, проектирование индивидуальных коррекционных и реабилитационных программ, первичную помощь в реализации планов.

Таким образом, коррекцию можно рассматривать как особым образом организованное психолого-педагогическое воздействие, осуществляемое по отношению к группам повышенного риска и направленное на перестройку, реконструкцию тех неблагоприятных психологических новообразований, которые определяются как психологические факторы риска, на воссоздание гармоничных отношений ребенка со средой.

Сущность процесса компенсации (от лат. *compensatio* - возмещение, уравнивание) заключается в возмещении в той или иной мере нарушенных функций и состояний: в мозг поступают сигналы с поврежденных участков (своеобразные сигналы SOS), в ответ на которые он мобилизует защитные механизмы, «запасы надежности живого организма» и противодействует патологическому процессу (Т.В. Варенова). Когда оптимальный результат достигнут, мобилизация защитных механизмов прекращается.

Нарушение оказывает на развитие ребенка двойственное влияние: с одной стороны, оно затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой - служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток. Это обстоятельство подчеркивал Л.С. Выготский, говоря: «Минус дефекта превращается в плюс компенсации».

Компенсаторные механизмы зависят от характера нарушения, времени и степени повреждения функции, ряда психологических

факторов (осознание нарушения, установка на компенсацию и др.), а также своевременности оказания квалифицированной помощи. Без способности высшей нервной деятельности (ВНД) к мобилизации своих резервных возможностей эффективная педагогическая работа затруднена и чем эффективнее коррекционно-развивающая деятельность, тем стабильнее закрепляются новые условные связи в центральной нервной системе (ЦНС).

Компенсация, как указывает Л.С. Выготский, может быть *биологической* и *социальной*.

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 *i декомпенсация*, т.е. рецидив (повторение, возврат) функциональных нарушений. Этот феномен психики необходимо учитывать в * педагогическом взаимодействии. При явлениях декомпенсации отмечаются серьезные нарушения умственной работоспособности, снижение темпа развития, изменение отношений к деятельности, людям.

От явлений компенсации следует отличать феномен *псевдокомпенсации*, т.е. мнимые, ложные приспособления, вредные образования, возникающие в результате реакции человека на те или иные нежелательные проявления к нему со стороны окружающих людей (вызывающее поведение ребенка при невозможности привлечь к себе внимание другими способами).

Коррекция и компенсация тесно связаны с реабилитацией (восстановление), которая включает меры по обеспечению и (или) восстановлению функций, компенсации их утраты или отсутствия, снятию функциональных ограничений. В документах ООН термин «реабилитация» означает «процесс, имеющий целью помочь инвалидам достигнуть оптимального физического, интеллектуального, психического и (или) социального уровня деятельности и поддерживать его, предоставив тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок независимости».

Основным принципом работы всех специальных образовательных учреждений является *коррекционная направленность* обучения.

Помимо рассмотренных понятий, составляющих основу категориального аппарата научного поля дефектологии, закон «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специ-

альном образовании)» определяет ряд терминов, которые используются в обозначении различных явлений. Среди них:

- *специальное образование* - процесс обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития, включающий специальные условия для получения соответствующего образования, оказание коррекционной помощи, социальную адаптацию и интеграцию указанных лиц в общество;

- *лицо с особенностями психофизического развития* - лицо, имеющее физическое и (или) психическое нарушения, препятствующие получению образования без создания для этого специальных условий;

- *ребенок с особенностями психофизического развития* - лицо с особенностями психофизического развития в возрасте до восемнадцати лет;

- *физическое и (или) психическое нарушения* - отклонения от нормы, ограничивающие социальную деятельность и подтвержденные в порядке, установленном законодательством;

- *множественные физические и (или) психические нарушения* - два и более физических и (или) психических нарушений, подтвержденных в порядке, установленном законодательством;

- *тяжелые физические и (или) психические нарушения* - физические и (или) психические нарушения, подтвержденные в порядке, установленном законодательством, выраженные в такой степени, что получение образования в соответствии с образовательными стандартами (в том числе специальными) является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, получением элементарных трудовых навыков и элементарной профессиональной подготовки;

- *ранняя комплексная помощь* - система мер, включающая выявление, обследование, коррекцию физических и (или) психических нарушений, индивидуализированное обучение ребенка с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет с психолого-медико-педагогическим сопровождением в условиях семьи, учреждений образования и организаций здравоохранения;

- *психолого-медико-педагогическое обследование* — изучение с использованием специальных методов и методик индивидуальных особенностей личности ребенка, развития его познавательной и эмоционально-волевой сфер, потенциальных возможностей и состояния здоровья в целях определения специальных условий для получения образования;

- *специальные условия для получения образования* - условия обучения и воспитания, в том числе специальные учебные программы и методики обучения, индивидуальные технические средства обучения, специальные учебники и учебные пособия, адаптированная среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные виды помощи, без которых невозможно или затруднено освоение соответствующих учебных программ лицами с особенностями психофизического развития;

- *учреждение образования общего типа* - учреждение образования, созданное для обучения и воспитания лиц, не имеющих физических и (или) психических нарушений, препятствующих получению образования без создания специальных условий;

- *специальное учреждение образования* - учреждение образования, созданное для обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития;

- *обучение на дому* — организация специального образования, при которой освоение соответствующих учебных программ лицом с особенностями психофизического развития, по состоянию здоровья временно или постоянно не посещающим учреждение образования, осуществляется на дому.

Таким образом, становится очевидным, что дефектология имеет специфический категориальный аппарат, отражающий основные процессы и явления научного поля.

Вопросы и задания для самопроверки

1.4см вызвана дискуссия по поводу нецелесообразности использования понятия «дефектология»?

2. Назовите основные предметные области дефектологии и их содержание.

3. Каковы цели и задачи дефектологической пауки?

4. Назовите основные социокультурные концепции дефектологии и раскройте их сущность. Какие факторы обуславливают пересмотр этих концепций?

5. Перечислите основные категории дефектологии и раскройте сущность каждой из них.

6. Проведите сравнение процессов коррекции и компенсации, сформулируйте предварительно сравнительные параметры.

7. В чем принципиальное различие процессов псевдокомпенсации и декомпенсации?

8. По каким признакам семья может быть отнесена к группе «повышенного риска» в рождении ребенка с особенностями психофизического развития?

1.2. Понятия «норма» и «отклонение» в психическом и личностном развитии ребенка

1.2.1. Общая характеристика понятий «норма», «нормальное психическое развитие»

Норма (.мат. поппа) - установленная мера, средняя величина чет либо.

Но мнению ряда исследователей, норма предполагает такое соме іапис личности и социума, когда личность «бесконфликтно и продуктивно выполняет ведущую деятельность, удовлетворяет сноп основные потребности, отвечая при этом требованиям социума соотноственно ее возрасту, полу, психосоциальному развитию» < М .11. Трофимова, СП. Дуванова и др.).

В литературе выделяют несколько значений этого понятия:

- *среднестатистическая 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.;

- *функциональная норма* - индивидуальная норма развития.

Проблема нормы и ее вариантов является одной из самых сложных в современной психологической науке. Она включает в себя такие вопросы, как: норма реакции (моторной, сенсорной), норма когнитивных функций (восприятия, памяти, мышления и др.), норма регуляции, эмоциональная норма, норма личности, вопросы полных и возрастных различий.

М.М. Семаго отмечает, что понятие «норма» должно быть соотносено не только с «уровнем психологического и социального развития ребенка в конкретные периоды его взросления, но и с требованиями, которые окружающий ребенка социум предъявляет к нему». Автор в качестве критериев нормы предлагает использовать ряд позиций.

1. Социально-психологический норматив (СПН) - система исторически детерминированных требований (правила, нормы, предписания идеальная модель требований общества к личности), которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов.

2. Функциональная норма - индивидуальная норма развития, которая является отправной точкой и целью коррекционно-развивающей работы.

3. Идеальная норма - «программа развития» ребенка в идеальных социокультурных условиях.

4. Типологический норматив - совокупность наиболее частотных (качественных и количественных) характеристик и особенностей ребенка, отражающих специфический вариант развития - «психологический синдром».

Для оценки психического развития исследователи предлагают использовать систему «базовых составляющих психического развития», которая условно включает самостоятельные подструктуры: *произвольность психической активности, пространственные представления, аффективная регуляция* (М.М. Семаго, Ы.Я. Семаго).

Понятие нормы относительно: его содержание зависит от социума, культурных, этнических, религиозных, этических традиций и существенно меняется со временем. С позиций психолого-педагогического знания в качестве критериев нормы могут выступать понятия:

- *предметная норма* - знания, умения и действия, необходимые ученику для овладения данным предметным содержанием программы (отражается в стандартах образования);

- *социально-возрастная норма* - показатели интеллектуального и личностного развития ребенка (психологические новообразования), которые должны сложиться к концу определенного возрастного этапа;

- *индивидуальная норма* - индивидуальные особенности развития и саморазвития ребенка (А.К. Маркова).

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 спячку ребенка с иными миром;

А) систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, и детском саду и общеобразовательной школе.

Исследования Л. Пожар показали, что развитие ребенка будет считаться нормальным при следующих условиях:

- уровень его развития соответствует уровню развития большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;

- ребенок развивается в соответствии с его собственным общим путем, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения;

- ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости.

Многочисленные исследования в области психологии выявили наиболее общие закономерности развития психики в норме:

- неравномерность психического развития;
- цикличность развития;
- пластичность нервной системы;
- развитие отдельных психических функций на базе сформированных ранее;
- соотношение биологических и социальных факторов в процессе¹ психического развития.

Л.С. Выготский понимал психическое развитие как процесс качественных преобразований (кризисов), периодической ломки старых, отживших структур и формирования новых: «Только внутренние изменения самого развития, только переломы и повороты и его течения могут дать надежное основание для определения главных :нох построения личности ребенка, которые мы называем возрастом».

И периодизации психического развития ребенка в качестве основного выступает понятие *критический возраст* (чем ярче, острее, энергичнее протекает кризис, тем продуктивнее идет процесс формирования личности): кризис новорожденное™, кризис одного года, кризис трех лет, кризис семи лет, кризис тринадцати лет, кризис семнадцати лет. «...К началу каждого возрастного пе-

риода складывается совершенно своеобразное, специфическое для данного возраста, исключительное, единственное и неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной... Выяснив социальную ситуацию развития, сложившуюся к началу какого-то возраста и определяемую отношениями между ребенком и средой, мы вслед за этим должны выяснить, как из жизни ребенка в этой социальной ситуации необходимо возникают и развиваются новообразования, свойственные данному возрасту».

Понятие психологической нормы раскрывается и через особенности ведущей для данного возраста деятельности - это деятельность, которая обуславливает главные изменения в психологических особенностях ребенка в данном периоде его развития (А.Н. Леонтьев).

Строгого научного определения понятия «норма личности» не существует. Между нормальным типом поведения и патологическим (болезненным) находится огромное количество переходных форм. В компетенцию педагога входят коррекция и развитие отклоняющихся от нормы проявлений, состояний, форм поведения здорового ребенка. В психологической литературе такие нарушения иногда называют *факторами риска* - общее название условий и особенностей образа жизни, а также врожденных или приобретенных свойств организма, которые повышают вероятность возникновения у индивидуума болезни (не будучи ее причиной) или способны неблагоприятно влиять на течение и прогноз имеющегося заболевания.

В дошкольном возрасте факторами риска названы следующие особенности поведения ребенка:

- выраженная психомоторная расторможенность, трудности выработки тормозных реакций и запретов, соответствующих возрасту; трудности организации поведения даже в игровых ситуациях;
- склонность ребенка к «космической» лжи - приукрашиванию ситуации, в которой он находится, а также к примитивным вымыслам, которые он использует как средство выхода из затруднительного положения или конфликта;
- инфантильные эмоциональные проявления с двигательными разрядками, громким настойчивым плачем и криком;
- импульсивность поведения, эмоциональная заражаемость, вспыльчивость, которая обуславливает ссоры и драки даже по незначительному поводу;

- прямое неподчинение и негативизм с озлобленностью, агрессией и отпет па наказания, замечания, запреты, побеги как реакции отпетого протеста и др. (Г.С. Абрамова).

Понятие нормального развития предполагает сформированную готовность к реализации учебной деятельности, включающей несколько аенсктои: физический, физиологический и психологический. Психологический аспект готовности к обучению подразумевает сформированность определенного уровня следующих показателей (Т.Л. Власова, В.И. Лубовский, Н.А. Цыпина):

- 1) знаний и представлений об окружающем мире;
 - 2) умственных операций, действий и навыков;
 - 4) речевого развития, предполагающего владение довольно обширным словарем, основами грамматического строя речи, связным высказыванием и элементами монологической речи;
- 1) познавательной активности, проявляющейся в соответствующих интересах и мотивации;
- 5) регуляции поведения.

Понятие «отклоняющееся развитие» в специальной литературе определяется как «отклонение формирования всей иерархической структуры психического развития или ее отдельных составляющих (психических функций, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива, определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, этнической ситуации, вне зависимости от знака этого изменения (опережение или запаздывание)» (М.М. Семаго, Н.Я. Семаго).

По мнению авторов, ценность и суть понятия «отклоняющееся развитие» состоит в том, что его необходимо рассматривать только в ситуации «отклонения относительно чего-либо», т.е. в сравнительной динамике изменений, связанных с развитием и в сравнении с динамикой развития норматива.

Любые варианты условно нормативного или отклоняющегося развития характеризуются определенной структурой сформированности базовых составляющих психической деятельности (произвольность психической активности, пространственные представления, аффективная регуляция).

Говоря об отклонениях от нормального развития, следует помнить об уникальности и неповторимости личности каждого ребенка, а также учитывать, насколько отклонение от нормы нарушает развитие.

Психическое развитие ребенка с ОПФР, подчиняясь тем же законам и закономерностям, что и развитие его нормально развиваю-

щегося сверстника, имеет качественное своеобразие в каждом возрастном периоде. Это означает, что для каждого периода следует учитывать не только продолжительность, но и качественную специфику. Значимым является понимание того, что вопрос об особенностях психофизического развития может рассматриваться только в контексте знаний о параметрах психических процессов, структуре сформированное™ базовых составляющих психического развития в норме.

1.2.2. Причины возникновения и классификация нарушений психофизического развития

Под *дефектом* (от лат. defectus - недостаток) понимается физический или психический недостаток, вызывающий нарушения в развитии ребенка. В современной дефектологии это понятие практически не используется и заменяется понятием «нарушение».

Как отмечалось выше, физическое и (или) психическое нарушения определяются как отклонения от нормы, ограничивающие социальную деятельность ребенка.

Понятие *аномалия* означает отклонение от нормы, от общей закономерности, неправильность в развитии. В таком значении это понятие существует в педагогической и психологической науках и в современной специальной литературе встречается крайне редко.

Под понятием *патология* понимается биологический процесс появления нового качества, болезненного состояния.

В.Г. Петрова, подчеркивая общность основных закономерностей развития в норме и при наличии нарушения, определила группы факторов, обуславливающих этот процесс:

- 1) биологические (характер нарушения, его выраженность, время наступления нарушения, состояние физического и психического здоровья ребенка);
- 2) социальные (организованное или не организованное обучение, специально организованное воспитание и обучение);
- 3) собственная активность ребенка.

Нарушение психофизического развития имеет сложную иерархическую структуру:

- *первичные нарушения* - частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, явления ретардации, регресса и акселерации), нарушения межфункциональных связей;

• *вторичные нарушения* (социальный вывих), которые возникают и в ходе развития ребенка с особенностями психофизического развития и в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений.

Ног как характеризовал структуру психофизического нарушения (структуру дефекта) Л.С. Выготский: «...органический дефект человека никогда не может сказаться на личности непосредственно, потому что глаз и ухо человека не только его физические органы, но и органы социальные, потому что между миром и человеком стоит еще социальная среда, которая преломляет и направляет все, что исходит от человека к миру и от мира к человеку. Голого, социального, непосредственного общения с миром у человека нет. Недостаток глаза или уха означает поэтому прежде всего выпадение серьезных социальных функций, перерождение общественных связей, смещение всех систем поведения. Проблему детской дефективности в психологии и педагогике надо поставить и осмыслить как социальную проблему, потому что не замечаемый прежде социальный ее момент, считавшийся обычно второстепенным, на самом деле оказывается первостепенным, главным. Его и надо поставить во главу угла. Надо смело взглянуть в глаза этой проблеме, как проблеме социальной. Если психологически телесный недостаток означает социальный вывих, то педагогически воспитать такого ребенка - значит вправить его в жизнь, как вправляют вывихнутый и больной орган».

У детей с особенностями в развитии отмечаются физические и (или) психические нарушения, которые приводят к отклонениям в общем развитии. В зависимости от характера нарушения, времени его наступления одни отклонения могут преодолеваться полностью, другие - лишь в некоторой степени. Раннее психолого-педагогическое вмешательство позволяет в значительной мере нейтрализовать отрицательное влияние первичного психофизического нарушения на дальнейшее развитие в целом.

И основу **классификации нарушений психофизического развития** положены различные позиции, позволяющие дать многостороннюю оценку первичного нарушения и спрогнозировать возможные вторичные его проявления.

I. И в зависимости от времени возникновения:

- *врожденные* (заболевания матери во время беременности, наследственные генетические поражения);
- *приобретенные* (родовые и послеродовые поражения) нарушения.

2. По характеру расстройств:

- *органические* (поражение материальной структуры мозга);
- *функциональные* (дизинтеграция различных мозговых структур) нарушения.

3. По степени распространенности патологического процесса:

- *локальные* (затрагивают только один участок коры головного мозга);
- *диффузные* (носят разлитой характер) нарушения.

Среди основных *групп причин*, которые приводят к нарушениям психического и (или) физического развития, принято выделять эндогенные (генетические и наследственные заболевания); экзогенные (факторы среды).

Эндогенные причины представлены двумя основными группами.

1. Различные наследственные заболевания плода - генные абберации (аплазия - недоразвитие внутреннего уха, которое приводит к глухоте; микрофтальм - грубое структурное изменение глаза, характеризующееся уменьшением размеров одного или обоих глаз, что приводит к понижению остроты зрения; миопатия - нарушение обмена веществ в мышечной ткани, характеризующееся мышечной слабостью; фенилкетопурия; микроцефалия и т.н.). В настоящее время известно около 2 000 генных аббераций, которые могут вызывать как психические, так и физические нарушения. Гены с искаженной информацией могут передаваться из поколения в поколение или каждому второму поколению.

Так, при недостаточной ясности этиологии раннего детского аутизма общепризнанной является позиция о роли генетических факторов - мультифакториальный механизм, при котором передается не собственно патология, а предрасположенность к ее развитию, реализующаяся при наличии провоцирующего фактора (инфекция, интоксикация, травма, возрастной кризис, психотравма и т.д.) (гипотеза В.П. Эфроимсона). По мнению исследователей, у аутичных детей чаще обычного наблюдаются признаки мозговой дисфункции, у них нередко проявляются и нарушения биохимического обмена. Эта недостаточность может быть вызвана широким кругом причин: генетической обусловленностью, хромосомными аномалиями (в частности, фрагильной X-хромосомой), врожденными обменными нарушениями. Она может также оказаться результатом органического поражения центральной нервной системы в результате патологии беременности и родов, последствием нейроинфекции, рано начавшегося шизофренического процесса. Американский исследо-

ватель Э. Ориец выявил более 30 различных патогенных факторов, которые способны привести к формированию синдрома Каннера. Аутизм может проявиться вследствие самых разных заболеваний, например врожденной краснухи или туберозного склероза. Таким образом, специалисты указывают на полиэтиологию (множественности причин возникновения) синдрома раннего детского аутизма и (мо под и нозологию (проявление в рамках разных патологий). Действие различных патологических агентов вносит индивидуальные черты и картину синдрома.

2. Заболевания, связанные с изменениями в численности или структуре хромосом - хромосомные aberrации (полиплодия - увеличение хромосомного набора в несколько раз; трисомия - увеличение хромосом в одной паре; моносомия - уменьшение хромосом в паре на одну; нулесомия - отсутствие какой-либо пары хромосом и др.).

Хромосомы и находящиеся в них гены составляют единицы наследственности. В составных частях хромосом в закодированном виде находятся основные признаки человеческого организма. Как отмечает А. Синкус, хромосомные нарушения наблюдаются у 5-8% детей, страдающих психическими болезнями. Неполноценность родительских половых клеток может возникнуть из-за неблагоприятной наследственности или отрицательных внешних факторов, которые могут влиять на эти клетки. Отмечается, что у обоих родителей с интеллектуальной недостаточностью в форме умственной отсталости рождаются от 45,9 до 100% детей с нарушениями интеллекта. Если только один из родителей имеет интеллектуальную патологию, то процент детей с нарушением интеллекта значительно меньше и достигает 33,3-58,1%. Около 13% всех хромосомных болезней составляет синдром Дауна, описанный английским врачом Д.Л. Дауном в 18(>(i г. Французский генетик Ж. Лежен в 1959 г. установил его причин-Ш) - наличие третьей лишней хромосомы в 21-й хромосомной паре. Чаще всего матери таких детей бывают или очень молодыми, или и нозраете. В первом случае половые клетки роженицы еще слишком слабые, во втором - уже слишком слабые. В литературе приводится следующая статистика: если рожают женщины 20-30 лет, то из 1 Г>00 1 700 новорожденных встречается один с синдромом Дауна; если женщине 30-34 года - 1 случай из 950-1 000; 35-39 лет - 1 случай из 300-350; 40-44 года - до 1 случая из 80; 45 лет и старше - 3 случая на (i8 новорожденных (Е.М. Мастюкова).

Внешними признаками синдрома Дауна являются: раскосые глаза, короткий нос с плоской широкой переносицей, маленькие дефор-

мированные уши, выступающая вперед челюсть, увеличенный язык, короткие пальцы, «сандалевидная» щель на стопах, поперечная ладонная кожная складка, деформация черепа. У новорожденных часто отмечается мышечная гипотония, переразгибание конечностей в суставах, отставание в росте, снижение двигательной активности, вялость, нарушение глотания, сознания. Нередко отмечаются ожирение, врожденные пороки сердца, диафрагмальные грыжи, выявляются нарушение координации и вегетативно-трофические расстройства.

Прогноз для жизни чаще благоприятный (описаны случаи, когда больные доживали до 60-70 лет), но выздоровление невозможно.

Исследованиями установлена зависимость и других хромосомных aberrаций от возраста матери. Ученые предполагают, что увеличение числа хромосомных aberrаций связано со старением женских яйцеклеток. Хотя половые клетки и способны оплодотвориться, однако остается некоторая вероятность, что зарождаемая новая жизнь будет иметь те или иные нарушения развития.

Последствием хромосомных aberrаций могут быть микроцефалия, нарушения слуха, зрения, интеллекта, несросшееся небо, деформации конечностей.

Экзогенные причины вызывают нарушения в развитии в различные периоды онтогенеза.

1. В перинатальный (внутриутробный) период нарушения в развитии могут быть вызваны хроническими заболеваниями родителей, особенно матери; инфекционными болезнями (сифилис, токсоплазмоз и др.); вирусными (краснуха, свинка, грипп, ветряная оспа); интоксикациями (отравлениями) матери (в том числе алкогольными, наркотическими, никотиновыми); недостатками питания матери во время беременности, особенно недостатком белков, микроэлементов, витаминов; резус-конфликтами; травмами; влиянием лучевой энергии и т.п.

2. В натальный (родовой) период причинами нарушений могут стать родовые травмы; инфицирование плода; асфиксия - удушье плода (в 85% случаев возникновения гиперактивности диагностируется патология беременности и (или) родов; у детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности), имеется высокая степень риска для возникновения детского церебрального паралича).

3. В постнатальный период (после рождения) причинами могут быть остаточные явления после различных инфекционных и других заболеваний (детский церебральный паралич может возникать

и результате перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита); различные травмы (черепно-мозговые; травмы анализаторов, конечностей и т.н.); интоксикации (алкогольные, наркотические, никотиновые и т.н.); несоблюдение санитарно-гигиенических норм (например, несоблюдение гигиены зрения может привести к близорукости) и т.п.

Нелика роль социального фактора, проявляющегося в ранней денриации, специфике детско-родительского взаимодействия, неадекватности возможностей и потребностям ребенка обучении с проявлениями педагогического отвержения.

В настоящее время многочисленными исследованиями доказано, что более 400 факторов могут оказать повреждающее действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Негативный фактор может оказывать свое патологическое влияние как на эмбрион (новый организм, развивающийся в утробе матери от времени оплодотворения половых клеток до девяти недель), так и на плод (будущий новорожденный в утробе матери от девяти недель до девяти месяцев). Чаще всего нарушаются те органы и системы, которые в это время развиваются интенсивнее. Например, органы зрения интенсивнее развиваются в течение первых девяти недель, но наиболее важный (критический, так как в это время закладывается основа органа зрения) период развития - третья-пятая недели. Аналогичную оценку можно дать развитию органов слуха в период от трех до девяти недель, где критическим считается период от трех до пяти недель.

Внутренние органы в основном формируются на седьмой-одиннадцатой неделе беременности, мозг - на второй-одиннадцатой неделе. В эти периоды названные органы и системы наиболее чувствительны и быстро поражаются отрицательными факторами. Нередко в первые недели женщина не знает о своей беременности и может употреблять антибиотики или другие медикаменты, оказывающие отрицательное воздействие на эмбрион, или быть под воздействием внешних отрицательных факторов.

Современные исследования свидетельствуют, что недоношенность является одним из наиболее значимых факторов, влияющих на дальнейшее развитие ребенка, в особенности на формирование его центральной нервной системы.

Спектр негативных факторов, способных привести к нарушениям развития, достаточно широк. Исследованиями доказано, что употребление алкоголя и наркотиков нарушает половые клетки родителей, замедляет физическое развитие плода. Постоянное упо-

ребление 75-80 г водки, коньяка или 120-150 г более слабых алкогольных напитков (в том числе пива) может вызвать алкогольный синдром плода. Алкогольная интоксикация пагубно воздействует на печень плода, которая еще не имеет специального фермента, разлагающего алкоголь, и алкоголь в необезвреженном виде кровью разносится по всему организму и вызывает необратимые изменения. Особую опасность представляет алкоголь на седьмой-одиннадцатой неделе беременности, когда начинают развиваться внутренние органы. Установлено, что более 60% детей, страдающих эпилепсией, рождаются у родителей, употребляющих алкоголь. Во время первых восьми-двенадцати недель беременности на эмбрион сильнее воздействует алкоголь, на девятой-сороковой неделе - продукты его разложения.

Установлено, что ребенок алкоголиков от своих родителей наследует слабую нервную систему и некоторые особенности обмена веществ, что в будущем выражается склонностью к употреблению алкоголя. Чтобы родился здоровый ребенок, супругам необходимо не употреблять алкоголь хотя бы два месяца до зачатия.

Наркотики действуют так же, как и алкоголь. Наркомания у женщин может вызывать бесплодие, а рожденные дети могут иметь нарушения развития.

Отравление никотином также отрицательно влияет на развитие плода: курение повышает риск патологии беременности, провоцирует преждевременные роды, дети рождаются с меньшим весом, со слабой нервной системой. Установлено, что никотин остается в плаценте и околоплодных водах, поэтому оказывает долговременное отрицательное воздействие на плод.

К нарушениям развития могут привести вирусные инфекции. На эмбрион или плод могут повлиять перенесенные матерью во время беременности такие болезни, как краснуха, грипп, сифилис, инфекционный гепатит (воспаление печени), корь, паратиф (свинка), ветрянка, полиомелит. Так, например, краснуха очень опасна во время первых трех месяцев беременности: плод может погибнуть, ребенок может родиться с различными нарушениями (глухота, слепота, катаракта).

Весьма опасно, когда мать болеет сифилисом. Если женщина заболевает сифилисом сразу после зачатия, плод всегда заражается. Всегда повреждаются костная и нервная системы, психика.

В современной науке нет единой классификаций нарушений развития. Самой применяемой в практике является классификация, в

соответствии с которой выделяют такие категории детей с особенностями психофизического развития:

- 1) с сенсорными нарушениями (слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата);
- 2) с интеллектуальными нарушениями (задержка психического развития, умственно отсталые дети);
- 3) с психопатическими формами поведения;
- 4) с астеническим состоянием и конфликтными переживаниями;
- 5) с начальными проявлениями психических расстройств (шизофрения, истерия, эпилепсия и др.).

И соответствии с законом Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» к категории лиц с ОПФР относят людей, имеющих физическое и (или) психическое нарушения, препятствующие получению образования без создания для этого специальных условий. Это означает, что это лица:

- 1) с интеллектуальной недостаточностью;
- 2) с нарушениями речи;
- 3) с нарушением слуха;
- 4) с нарушениями зрения;
- 5) с нарушениями психического развития (трудностями в обучении);
- 6) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- 7) с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

В целях систематизации работы с детьми с ОПФР в 1996 г. в Республике Беларусь был проведен единовременный учет детей (от 0 до 14 лет на 1.09.96) и подростков (от 15 до 17 лет на 1.12.96) с недостатками умственного и физического развития по специально разработанным карточкам. С тех пор показатели ежегодно дополняются и уточняются. На учете в республиканском персонифицированном банке данных состоит более 120 тыс. детей с ОПФР (2007), что составляет примерно 6,5% от общей численности детей, в том числе:

- 63,2% - дети с нарушениями речи;
- 15,7% - дети с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития;
- 11,3% - дети с интеллектуальной недостаточностью;
- 5,7% - дети с нарушениями зрения;
- 2,1% - дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- 2,0% - дети с нарушением слуха.

Из общего числа детей с особенностями психофизического развития 11,3% являются инвалидами.

Как показывают статистические данные, на фоне сокращения общего количества детей в возрасте до 18 лет, количество детей с особенностями психофизического развития, нуждающихся в специальном образовании, ежегодно увеличивается. По сравнению с 1995/96 учебным годом число детей, получающих специальное образование в 2005/06 учебном году, увеличилось на 43,2 тыс. человек. Общее количество детей за этот период сократилось на 738 707 человек. В настоящее время обозначенная тенденция сохраняется.

Большой интерес представляют исследования В.В. Лебединского (1985), который рассматривает психофизические нарушения через призму проблем *психического дизонтогенеза* - различных форм нарушений онтогенеза (развития индивида). Понятие «дизонтогенез» впервые было употреблено Швальбе в 1927 г. и обозначало отклонения внутриутробного формирования структур организма от их нормального развития.

Классификация В.В. Лебединского базируется на качественных особенностях нарушений психического развития, исходящих из основного качества нарушений:

- отставания в развитии;
- выраженной диспропорциональности (асинхронии) развития;
- в определенной степени изолированного повреждения, выпадения отдельных функций.

Характер дизонтогенеза зависит от патопсихологических параметров, которые являются типологическими критериями данной классификации:

1) от особенностей функциональной локализации нарушения. Выделяются два основных вида нарушений: частный (недоразвитие или повреждение отдельных анализаторных систем) и общий (повреждение регуляторных корковых и подкорковых систем);

2) времени поражения (чем раньше произошло поражение, тем больше вероятность психического недоразвития);

3) взаимоотношения между первичным и вторичным нарушениями (первичные нарушения вытекают из биологического характера Поражения (нарушение слуха, зрения и при поражении анализатора п; органическое поражение мозга и т.д.); вторичные нарушения возникают в процессе нарушенного развития (механизмы изоляции, патологической фиксации, временные и стойкие регрессии);

-1) нарушения межфункциональных взаимодействий.

На основании этих критериев В.В.Лебединский выделил группы (клинические формы) и варианты дизонтогенеза (табл. 1.3).

У предетминтедей каждого типа нарушенного развития могут иметь место значительные индивидуально-групповые различия, которые зависят от причин нарушения, интенсивности и периода дейстним фактора.

Таблица

1.3 Клинические формы и варианты дизонтогенеза

Группы (клинические (I-II) > M1.) дп. шптогенеза	Варианты дизонтогенеза	Характеристика
Отс'т'илиаиНС (ретардация) и развитии	Стойкое (психическое) недоразвитие	Раннее время поражения, когда наблюдается выраженная незрелость мозговых систем (олигофрения)
	Задержанное развитие	Замедленный теми формирования познавательной деятельности и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах (дети с трудностями в обучении, обусловленными нарушениями психического развития)
Диспропорциональность (асипхрония) развития	Искаженное развитие	Сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций (детский аутизм)
	Дисгармоничное развитие	Врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психического развития в эмоционально-волевой сфере (психопатия и патологическое формирование личности)
«Поломка» («ныпадеинс») фупкци!»	Поврежденное развитие	Наследственные заболевания, внутриутробные, родовые и послеродовые инфекции, интоксикации и травмы ЦНС, но патологическое воздействие на мозг идет на более поздних этапах (после 2-3 лет) - органическая деменция
	Дсфицитарное развитие	Тяжелые нарушения отдельных анализаторных систем (зрение, слух, речь, опорно-двигательный аппарат)

Общие закономерности психического дизонтогенеза были описаны И.И. Лубонским. Это:

- снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации;
- трудность сдонесного опосредствования;

- замедление процесса формирования представлений и понятий об окружающей действительности;
- риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированное™.

Психологи учреждений специального образования в своей работе используют психологическую классификацию вариантов психического развития, предложенную М.М. Семаго и Н.Я. Семаго (табл. 1.4). В основу этой классификации положен типологический подход, центральным положением которого является понимание основных закономерностей развития в их системной взаимосвязи - понимание причин и механизмов, лежащих в основе несформированности, дефицитарности, искажения или повреждения базовых составляющих психического развития (см. п. 1.2.1).

Таблица 1.4

Психологическая классификация вариантов психического развития

Группы дизонтогенеза	Варианты дизонтогенеза	Особенности профиля сформированное™ базовых составляющих
Недостаточное развитие	Тотальное недоразвитие Задержанное развитие Парциальная несформированность	1 Недостаточность всех функциональных систем и процессов при преимущественной несформированности произвольной регуляции психической активности и пространственных представлений, как основы когнитивной сферы
Асинхронное развитие	Дисгармоническое развитие Искаженное развитие	Сложные сочетания недоразвития, ускоренного развития и искаженного развития как в формировании отдельных процессов и функций, так и целых функциональных систем. Преимущественно асинхронии подвергается базовая аффективная регуляция как основа аффективно-эмоциональной сферы
Поврежденное развитие	Локально поврежденный тип развития (позднее дефицитарное развитие) Диффузно поврежденный тип развития	Грубо несформированы каждая из базовых составляющих

Знание причин возникновения, сложной структуры, специфики Проявления различных типов нарушений психофизического развития дает возможность педагогу правильно организовать коррекционно-Но-педагогическую работу и взаимодействие с ребенком.

1.2.3. Нарушения эмоционального развития в детском возрасте

Отдельную группу детей с особенностями психофизического развития составляют дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы. К таким нарушениям относятся:

- психопатия (стойкий дисгармонический склад психики), патология влечений;
- ранний детский аутизм (в последнее время в литературных источниках употребляется название «детский аутизм», «аутистические нарушения»);
- синдром дефицита внимания (гипердинамический синдром);
- судорожный синдром и др. (А.О. Дробинская, 2001).

Весьма своеобразной в организации коррекционного воздействия является категория детей с различными формами психопатоподобного поведения.

Психопатия (психо- + греч. pathos страдание, болезнь) - патология характера, при которой у человека наблюдается практически необратимая выраженность свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде.

Одной из форм психопатии является так называемая *психопатия неустойчивого круга*. Дети проявляют внушаемость, подчиняемость, неспособность к стойким привязанностям, слабость морально-этических установок, склонность «плыть по течению», они не склонны прикладывать усилия для достижения успеха в учебной деятельности, а предпочитают слоняться по школьным коридорам. Такие дети не производят впечатления злостных нарушителей дисциплины, так как легко соглашаются с тем, что неправильно ведут себя, однако усилий для изменения своего поведения не прикладывают.

Взаимодействие с такими детьми предполагает четкую последовательность требований взрослого окружения, особенно вредны для них гипоопека, безразличие со стороны взрослых, расхождение и требования, предъявляемых школой и семьей.

Другая форма психопатоподобного поведения получила название *психопатия истерического круга*, характерными чертами ее являются демонстративность, стремление быть в центре внимания, преувеличенные эмоциональные реакции, склонность к эмоциональным расстройствам. Если расстройства поведения, учебной деятельности и настроения выражены в такой степени, что нарушают состояние ребенка и его адаптацию к коллективу и школе, - он нуждается и помощи психотерапевта.

К категории детей с эмоционально-волевыми расстройствами относятся и аутичные дети. Термин «аутизм» (от греч. auto - сам) предложен швейцарским психиатром и психологом Э. Блейлером (1857-1939). Как отдельный клинический синдром ранний детский аутизм (РДА) был выделен Л. Канпером в 1943 г. (иногда в литературных источниках можно встретить название «синдром Каннера»). Клинические исследования отмечают достаточно частую встречаемость аутизма как симптома при многих психических расстройствах. Однако его раннее (иногда даже в первые месяцы жизни) проявление может оказать тяжелое негативное влияние в целом на психическое развитие ребенка. Именно в таких случаях говорят о **синдроме раннего детского аутизма**, считающемся клинической моделью искаженного варианта нарушения психического развития, при котором отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие - патологически ускоренно.

Причины аутизма имеют полиэтиологический и полинозологический характер (в том числе могут быть связаны с биологической дефицитностью ЦНС ребенка).

Как отмечают исследователи, синдром РДА встречается в 15-20 случаях на 10 тыс. новорожденных, причем у мальчиков аутизм встречается в 4-4,5 раза чаще, чем у девочек. Частота аутизма с течением времени имеет явную тенденцию к росту и не зависит от национального, расового, географического и многих других факторов, что подчеркивает не локальный, а общечеловеческий характер этого тяжелого психического расстройства (С.А. Морозов).

Установлено, что аутизм выражается в снижении контактов ребенка со взрослыми и сверстниками, «отрыве от реальности, уходе в себя, отсутствии или парадоксальности реакций на внешние воздействия, пассивности и сверхранимости в контактах со средой» (К.С. Лебединская) и проявляется в его «погружении» в свой собственный мир.

При РДА наблюдается специфическая картина: отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие - патологически ускоренно. Как отмечают исследователи, иногда не по возрасту богатый словарный запас сочетается с совершенно неразвитой коммуникативной функцией речи. Если для установления диагноза РДА недостаточно клинических характеристик, говорят об *аутистических чертах личности* (С.А. Морозов).

В разных случаях аутизм может быть связан с нарушениями умственного развития различной степени, более или менее грубым недоразвитием речи; эмоциональные расстройства и проблемы общения могут иметь различные оттенки.

Но критериям, принятым Всемирной организацией здравоохранения, при лучшем расстройстве личности отмечаются:

- качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;

- качественные нарушения способности к общению;

- <>| раниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения

интересов и видов деятельности.

Аутизм проявляется наиболее ярко в возрасте 3-5 лет. Основным признаком синдрома РДА, согласно Л. Каннеру, является триада признаков: 1) аутизм с аутистическими переживаниями; 2) стереотипное, однообразное поведение с элементами одержимости; 3) своеобразные нарушения речевого развития.

(реди общих специфических особенностей аутичных детей можно назвать:

- снижение или даже отсутствие потребности в общении - «экстремально одиночество»;

- стремление к постоянству - феномен тождества (стереотипные занятия, сопротивление к изменениям в окружающем); стереотипность в движениях (раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки), игре (пристрастие к одним и тем же предметам, одним и тем же манипуляциям с ними: трясению, постукиванию, разрыванию, верчению; захваченность стереотипными интересами, одной и той же игрой, одной темой в рисовании, разговоре), речи (повторение одних и тех же звуков, слов, фраз);

- обедненность, однообразие, неадекватность эмоций, слабость или искаженность эмоционального реагирования, часто сочетающиеся с повышенной ранимостью;

- особая, не связанная с уровнем интеллектуального развития ребенка, задержка и нарушение развития речи;

- отсутствие фиксации взгляда, непереносимость взгляда в глаза, «скользящий взгляд», взгляд мимо или «сквозь» людей;

- своевременность появления первой улыбки при отсутствии ее адресности;

- индифферентность отношения к окружающим (предпочитает находиться в коляске или кроватке, не просится на руки);

- необычность отношения к ласке: иногда равнодушно (терпит ее) или даже неприязненно, но даже если испытывает приятные ощущения и переживания, то быстро пресыщается;

- парадоксальность реакции на моменты дискомфорта (нарушение режима питания) и потребности в контактах с другими людьми: аутичный ребенок либо вообще их не переносит, либо безразличен к ним;

- раннее проявление страхов;
- наличие аутистических фантазий, характеризующихся оторванностью от реальности, слабой, неполной и искаженной связью с окружающим;

- моторная неловкость, часто сочетающаяся с вычурностью движений, в результате чего наблюдаются проблемы при формировании навыков письма, рисования, конструирования (С.А. Морозов).

Стереотипы характеризуют всю психическую деятельность ребенка. Так, в игре очень типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий (ребенок вертит бутылку из-под минеральной воды, перебирает между пальцами веревочку и т.п.). Игрушки если и используются, то не по назначению. Дети с аутизмом любят переливать воду, играть с сыпучими материалами, но, играя в песочнице, аутичный ребенок не лепит кулички, а просто пересыпает песок. Он не умеет играть с другими детьми.

У аутичных детей исследователи отмечают *особую характерную задержку и нарушение развития речи*, прежде всего - ее коммуникативной функции. Основными характерными чертами таких детей являются:

- мутизм (отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации, при котором сохраняется возможность случайного произнесения отдельных слов и даже фраз) значительной части детей (от 30 до 50% детей с РДА);

- отсутствие собственной речевой инициативы (не задают вопросов сами и могут не отвечать на обращения к ним);

- эхололии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), часто воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время;

- большое количество слов-штампов и фраз-штампов, фонографичность («попугайность») речи, что при часто хорошей памяти создает иллюзию развитой речи;

- отсутствие обращения в речи, не используют мимику и жесты, не протягивают руки в ожидании того, чтобы их подняли, затрудняются в имитации, в понимании и выражении мимики и жестов, включая указательный жест;

- позднее появление в речи личных местоимений (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе - «он» или «ты», о других иногда «я»);

- нарушения семантики (метафорическое замещение, расширение или чрезмерное — до буквальности — сужение толкований значений слов), неологизмы и др.;

- изменения просодической стороны (необычный темп, ритм, мелодика, интонации речи).

Все это свидетельствует о том, что речевые отклонения при РДА, как правило, обусловлены недоразвитием коммуникативной функции речи.

Как отмечают исследователи, если осмысливать развитие ребенка с РДА по законам обычной логики, возникает непонятная парадоксальная картина, выражающаяся в том, что «при случайных проявлениях как способности к восприятию сложных форм, так и ловкости в движениях, а также умения говорить и многое понимать такой ребенок не стремится использовать свои возможности в реальной жизни, во взаимодействии со взрослыми и другими детьми. Эти способности и умения находят свое выражение лишь в сфере странных стереотипных занятий и специфических интересов подобного ребенка». Вследствие этого ранний детский аутизм имеет репутацию одного из самых загадочных нарушений развития.

Результаты исследования С.А. Морозова и других ученых свидетельствуют о том, что искажение психического развития ребенка при РДЛ может быть выражено и разной степени - от тяжелой, приводящей к инвалидности, до легкой, замечаемой окружающими как некоторое своеобразие личности. Познавательная сфера страдает преимущественно вторично. Главной особенностью интеллектуального развития детей с аутизмом является неравномерность, парциальность развития, имеющего особый характер: справляясь с заданиями абстрактного характера, ребенок с трудом выполняет такое же по сложности задание с конкретным насыщением (например, задача $1 + 2 = ?$ решается легче, чем задача: «У тебя была одна слива, мама дала еще две, сколько стало?»).

У многих детей с РДА (по некоторым источникам - у большинства, хотя следует отметить противоречивость мнений исследователей) наблюдается умственная отсталость. Однако следует помнить, что интеллектуальная недостаточность при аутизме не является типичным признаком. Отдельные дети могут проявлять высокую способность к счету, иметь абсолютный музыкальный слух, одаренность в области изобразительного искусства.

Существенным отличием РДА от сходных состояний является отсутствие тенденции к нарастанию, психическая недостаточность не усиливается, а иногда с годами уменьшается, ребенок становится более контактным, легче адаптируется среди сверстников.

Существует классификация детей с РДА по характеру социальной дезадаптации (Л. Винг), т.е. по их возможностям вступления в социальный контакт: «одинокое» (не вовлекающиеся в общение), «пассивные» и «активные, но нелепые». Наилучший прогноз социальной адаптации исследователь связывает с «пассивными» детьми.

Другие исследователи предлагают классифицировать РДЛ в соответствии с глубиной проявления нарушения и степенью искажения психического развития. В этом случае критериями разделения выступают доступность ребенку тех или иных способов взаимодействия со средой и людьми и качество разработанных им форм защитной гиперкомпенсации - аутизма, стереотипности, ауто-стимуляции.

Сам аутизм может проявляться в разных формах, что позволило О.С. Никольской выделить четыре его основные группы и зависимости от характера и степени нарушений взаимодействия с внешней средой:

1-я группа характеризуется полной отрешенностью от происходящего (не формируется даже элементарное общение и навыки социального поведения, нет потребности в контактах, дети бездеятельны, нуждаются в постоянном надзоре и уходе);

2-я группа проявляется в активном отвержении (стереотипность движений, повторения одних и тех же слов, фраз, стихотворений, импульсивность движений, речевые контакты ограничиваются односложными ответами);

3-я группа характеризуется аутистическими замещениями внешней среды (захваченность аутистическими интересами, патологические влечения с пристрастиями (рисование жестоких сцен, пристрастие к грязи, плохим запахам и др.), агрессией как формой защиты от окружающего, сформированностью развернутой монологической речи при страдающей диалогической);

4-я группа проявляется в чрезвычайной трудности организации общения и взаимодействия (менее выражен аутистический барьер, дети робки, пугливы, проявляют одаренность в некоторых областях).

Значимую роль в раннем выявлении нарушения развития и оказании своевременной помощи может играть врач-педиатр, а также врач-психоневролог, под постоянным наблюдением которого должен находиться ребенок с РДА. Педагогическое воздействие желательно проводить в специальных группах, в которых работают специалисты-педагоги и психологи. Важным направлением работы является психологическая поддержка семей, воспитывающих лунного ребенка. На первый план в этой работе выступает объятие родителей того, что происходит с их ребенком, оказание⁴ помощи в установлении с ним эмоционального контакта, умения в.чпя 11. на ситуацию, изменяя ее к лучшему. Кроме того, значимым направлением коррекционной помощи является создание положительной эмоциональной среды в семье, эмоциональное развитие ребенка, его социально-бытовая адаптация, адаптирующее общение

Белорусские исследователи проблем раннего детского аутизма разработали и экспериментально апробировали модель коррекционно-педагогической помощи детям с аутистическими нарушениями (Г.Л. Лещипская, И.В. Ковалец), которая базируется на основе индивидуального подхода, определяемого спецификой проявления аутистического нарушения развития, и включает ряд взаимосвязанных этапов, на каждом из которых реализуются специфические задачи.

К одной категории детей, нуждающихся в специальном коррекционном воздействии, являются гиперактивные дети (от лат. *actiuius* - деятельный, действенный; греч. *hyper* - над, сверху - указывает на превышение нормы).

Проявления гиперактивности можно наблюдать в возрасте до 7 лет. В 3-4 года отчетливой становится неспособность ребенка сосредоточенно заниматься чем-либо. Пики проявления синдрома совпадают с пиками психоречевого развития: в 1-2 года, 3 года и 6-7 лет. В 1-2 года закладываются навыки речи, в 3 года у ребенка увеличивается словарный запас, в 6-7 лет формируются навыки чтения и письма (Н.Н. Заваденко).

В основе гиперактивности, как правило, лежит минимальная мозговая дисфункция (ММД), которая и является причиной возникновения школьных проблем примерно половины неуспевающих учащихся (Ю.С. Шевченко, 1997; Р. Кэмпбелл, 1997; Н.Н. Заваденко, 2000).

Как отмечают исследователи, синдром дефицита внимания значительно чаще встречается у мальчиков, чем у девочек (в соотношении от 4 : 1 до 6 : 1), и обнаруживается у детей всех социальных слоев (М.Н. Шифман).

Анализ литературных источников показал, что основными признаками нарушения являются собственно гиперактивность, импульсивность и невнимательность. Основным нарушением в общей структуре является нарушение внимания (сильно страдают объем и концентрация внимания, повышена отвлекаемость). Ребенок возбудим, легко отвлекаем, совершает множество лишних движений, он не «ис хочет», а не может вести себя в соответствии со школьными требованиями вследствие специфических нарушений функционирования мозговых систем. Основными особенностями речи гиперактивных детей являются нарушения в развитии речи и трудности в формировании навыков чтения, письма и счета, а также трудности в проговаривании сложных слов и скороговорок.

Нейрофизиологические исследования деятельности клеток коры головного мозга гиперактивного ребенка показали, что их

продуктивная работа находится во временном промежутке от 5 до 15 мин, а затем во время релаксационной паузы (3-7 мин) происходит непроизвольное отключение и накопление энергии для следующего цикла. В этот момент ребенок как бы «выпадает» из ситуации, а спустя некоторое время «возвращается». Для поддержания умственной активности ребенок постоянно находится в движении (крутится, вертит головой, теребит ногами и др.). Педагог, знающий психофизические особенности такого ребенка, не станет многократно делать замечания и одергивать его.

К подростковому возрасту повышенная двигательная активность, как правило, исчезает, а импульсивность и дефицит внимания остаются. Поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз синдрома гиперактивности (Н.Н. Заваденко, 2000).

Следует помнить, что синдром гиперактивности - это медицинский диагноз, право на постановку которого имеет только специалист. При этом диагноз ставится только после проведения специальной диагностики, а никак не на основе фиксации излишней двигательной активности ребенка.

Опора на компенсаторные возможности реализуется только в благоприятной для ребенка обстановке без интеллектуальных перегрузок, с соблюдением соответствующего режима, в ройной эмоциональной атмосфере (желательно, чтобы он обучался по специальной программе).

Психолог, совместно с педагогом и родителями, проводит психологическую коррекцию эмоциональной сферы и поведения ребенка, ведет разъяснительную работу с педагогами, совместно с ними разрабатывает стратегию и тактику взаимодействия с каждым гиперактивным ребенком, и составляет индивидуальную программу его развития.

Главной задачей родителей является обеспечение общего эмоционально-нейтрального фона развития и обучения ребенка.

В работе с гиперактивными детьми педагоги используют три основных направления: 1) развитие дефицитных функций (внимание, контроля поведения, двигательного контроля); 2) отработка конкретных навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками; 3) преодоление гнева (при необходимости).

Профессор Мичиганского университета В.М. Крукшенк (1981) в качестве основных принципов обучения гиперактивных детей предлагает следующие:

- давать простые инструкции;
- иметь под рукой все необходимые материалы;

- соотносить время, необходимое на переработку и усвоение материала, с временными возможностями ребенка удерживать внимание;
- предлагать детям посильные задания, чтобы вероятность отхода от их выполнении свести к минимуму;
- учитывать соответствие содержания задания уровню развития ребенка для того, чтобы он мог получить радость от его успешного выполнения;
- использовать для облегчения обучения конкретные понятия;
- вначале формировать базовые понятия, на основе которых будут усваиваться последующие;
- предъявляемые одно за другим задания должны четко отличаться друг от друга;
- сходные процессы обучения не должны следовать друг за другом;
- возвращение назад или повторение можно использовать как необходимый и полезный шаг;
- в качестве помощи учащимся в процессе обучения допустимы отступления от запланированного, его исправление или корректировка.

Исследования отечественных педагогов позволили сформулировать некоторые рекомендации учителям, работающим с такими детьми (Е.Ф. Сивашинская).

1. Не подавлять потребности ребенка в двигательной активности, а постараться направить его энергию в нужное русло (давать двигательные разрядки, делая небольшие паузы во время урока).
 2. Минимизировать отвлекающие ребенка факторы (лучшее место в классе для гиперактивного ребенка - парта, находящаяся в Истре класса напротив доски).
 3. Дозировать учебные задания (если задание большое по объему, то следует предъявлять его по частям).
- А. Использовать зрительную и тактильную стимуляцию (представить план занятия в виде графика, использовать таблички с напоминаниями и др.).

Родителям по организации взаимодействия с гиперактивным ребенком можно дать такие рекомендации:

- изменение отношения к ребенку как трудному и укрепление позитивного мнения о нем как в глазах его родителей, так и самого ребенка;
- определение для ребенка границы дозволенного поведения (методичность и последовательность в установлении запретов и требований);

- игнорирование нежелательного поведения («не награждать родительским вниманием нежелательное поведение ребенка»);
- предложение модели позитивного поведения как альтернатива сделанному замечанию;
- «к каждому критическому замечанию прилагать, по крайней мере, одну похвалу, а лучше - две или три»;
- соблюдение четкого распорядка дня;
- подбор интересных для ребенка занятий (Е.Ф. Сивашинская и др.).

Прогноз состояния зависит от степени выраженности двигательной расторможенностиTM и неустойчивости внимания, наличия нарушений в познавательной сфере и вторичных эмоциональных и личностных расстройств. Большое значение для прогноза имеет адекватное комплексное воздействие. При организации обучения особенно важно учитывать принцип соответствия учебной нагрузки реальным возможностям ребенка с учетом уровня его познавательных способностей и степени нарушения концентрации внимания. Деятельность ребенка должна быть успешной, а поставленная цель — достигнутой.

1.2.4. Психодиагностика и проблемы отбора детей в специальные учреждения образования

Под *психодиагностикой* принято понимать область психологии, разрабатывающую методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности.

Главная задача психодиагностики нарушений развития - выявление своеобразия психического развития ребенка, его психологических особенностей. Кроме того, психодиагностика выявляет наиболее выраженные проявления недостаточности вторичного порядка, которые необходимо корректировать. Эти данные психодиагностики имеют важнейшее значение для составления индивидуального плана обучения ребенка с особенностями психофизического развития.

Проведение психодиагностического обследования ребенка предполагает выполнение следующих требований:

- установление положительного эмоционального контакта с ребенком;
- создание спокойной, доброжелательной обстановки;
- одобрение успехов, поощрение действий ребенка;
- беспристрастность;
- конфиденциальность информации.

Данные и.ч истории развития ребенка, полученные врачом из беседы с матерью, а также объективные показатели состояния ребенка по материалам врачебных заключений помогут выбрать стратегию психолого-педагогического обследования, в ходе которого выявляются особенности психологического развития ребенка (время сензитивности....х периодов развития речи, движений и т.п.); начало формирования навыков опрятности, самообслуживания, навыков общения с детьми, состояние моторики, характер игровой деятельности. Обязательно изучение личности в целом, а не отдельных психологических процессов.

Необходимо определить готовность детей к школе: уровень умственного развития, эмоционально-волевой и социальной зрелости.

Результатом психолого-педагогического обследования является постановка психолого-педагогического диагноза, который исключает использование медицинских определений, таких, например, как «олигофрения», «эпилепсия», «синдром Дауна», которые могут применяться только врачами. В этом диагнозе указывается педагогическая категория нарушенного развития (например, «трудности обучения, обусловленные задержкой психического развития», «общее недоразвитие речи» и т.п.), степень выраженности нарушения (легкая, средняя, тяжелая), недостатки психического развития вторичного характера (например, недостатки речи при умственной отсталости), на которые следует обращать внимание в педагогической работе, потенциальные возможности ребенка, а в случае, если обследование проводится перед поступлением в школу, должна быть определена готовность ребенка к школьному обучению.

Организацией и проведением тщательного медицинского, психолого-педагогического и логопедического обследования ребенка, а также комплектованием, зачислением ребенка в специализированное дошкольное или школьное учреждение и выводом из него занимается психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК). Таким образом, деятельность ПМПК направлена на выявление и динамики дуальных характеристик психического развития при различных вариантах дизонтогенеза. Результатом обследования помимо отбора детей и комплектования специального общеобразовательного учреждения является определение образовательного маршрута (программы развития), соответствующего психофизическим возможностям ребенка. В спектр задач ПМПК входит консультирование родителей и педагогов по вопросам образования и воспитания детей с нарушениями в развитии. В состав ПМПК входят специалисты-медики (педиатр, офтальмолог, оториноларинголог, психоневролог), учитель-дефектолог, педагог-психолог.

ПМПК призвана решать ряд важнейших задач, среди которых:

- установление психолого-педагогического диагноза каждому обратившемуся за помощью;

- определение индивидуальных характеристик, присущих ребенку, установление структуры нарушения, а также возможностей продвижения ребенка в плане общего развития;
- определение модели наиболее адекватного и эффективного коррекционно-педагогического воздействия;
- формулирование советов родителям и учителям в плане воспитания и обучения ребенка.

В соответствии с законом Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» психолого-медико-педагогическое обследование проводится с согласия и в присутствии законных представителей детей с особенностями психофизического развития после разъяснения их прав, связанных с проведением обследования.

Психолого-медико-педагогическая комиссия после коллегиального обсуждения результатов обследования составляет заключение, которое содержит квалификацию физического и (или) психического нарушений и рекомендации об организации образовательного процесса для ребенка с особенностями психофизического развития.

Основными принципами организации деятельности ПМПК являются:

- гуманизм (своевременное создание каждому ребенку необходимых условий максимального развития способностей, глубокое и внимательное изучение ребенка, поиск путей и средств для преодоления трудностей);
- комплексность (учет при совместном обсуждении данных, полученных при обследовании ребенка всеми специалистами: врачами, дефектологами, психологами);
- всестороннее и целостное изучение ребенка (исследование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения; под целостностью изучения подразумевается обязательное сопоставление всех данных, полученных о ребенке: данных об особенностях отдельных психических процессов, эмоций, воли, поведения и физического состояния);
- изучение ребенка в процессе его деятельности (учебной, трудовой или игровой; методы и материалы, используемые при изучении ребенка, должны быть максимально индивидуализированы с учетом возрастных и характерологических особенностей);
- принцип динамического изучения детей (при изучении важно учитывать не только то, что дети знают и могут выполнить в момент

исследования, по и их возможности в обучении: изучение «зоны ближайшего развития» детей, их потенциальных возможностей в обучении);

- принцип качественно-количественного подхода при оценке выполненного ребенком задания (учет не только конечного результата, но и способа решения задачи).

При затруднениях в дифференциальной диагностике лучше недооценить степень выраженности нарушения, чем переоценить, т.е. лучше всегда предполагать наличие у ребенка более высоких потенциальных возможностей.

Особого внимания заслуживает вопрос общения психолога или педагога-дефектолога с родителями детей с особенностями психофизического развития. Установление нарушения у ребенка, особенно интеллектуальной недостаточности, болезненно воспринимается родителями. Они не всегда правильно оценивают ход развития ребенка, им свойственна переоценка его возможностей. Необходимо доступно объяснить родителям сущность результатов обследования и важность выполнения рекомендаций специалистов, особенно обучения ребенка в условиях, соответствующих уровню и особенностям его психического развития.

В соответствии с законом Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» при наличии клинического диагноза с признаками явных физических и (или) психических нарушений территориальные организации здравоохранения направляют сведения о ребенке с согласия законных представителей в государственный центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации для оказания коррекционно-педагогической помощи в порядке, установленном законодательством.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Дайте определения понятиям «нормальное развитие» и «отклоняющееся развитие».

2. Какие особенности поведения в дошкольном возрасте ребенка названы факторами риска?

4. Назовите и дайте характеристику основных видов дизоптогенеза. А.

Составьте список терминов и понятий, характеризующих различные типы нарушенного развития.

Г>. Какие критерии лежат в основе выделения различных нарушений? (1.

Раскройте общие закономерности нарушений развития.

7. Дайте характеристику основных принципов отбора детей в специальные учреждения образования. Какие из перечисленных принципов вы назвали бы приоритетными?

8. Составьте структурно-логическую схему изученной темы.

1.3. Система и содержание специального образования

1.3.1. Правовые основы специального образования

Различные международные и государственные нормативно-правовые документы и акты регламентируют систему специального образования в нашей стране. Основными из них являются:

- Всеобщая декларация прав человека (1948), провозглашающая равенство всех людей «в своем достоинстве и правах» (право на социальное обеспечение и на осуществление необходимых для свободного развития личности прав в экономической, социальной и культурной областях, право на образование);

- Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971), в которой отмечается, что умственно отсталое лицо имеет в максимальной степени осуществимости те же права, что и другие люди (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; по возможности право жить в кругу своей семьи и др.);

— Декларация о правах инвалидов (1975), которая определяет неотъемлемое право инвалидов на уважение их человеческого достоинства; на основные права сограждан их возраста, каковыми бы ни были их происхождение, характер и серьезность их увечья или недостатков; право на медицинское лечение, восстановление здоровья и положения в обществе; право на образование, ремесленную профессиональную подготовку. А также право на получение в соответствии со своими возможностями и сохранение за собой рабочего места, жить в кругу своей семьи или в условиях, благоприятных для них, участвовать во всех видах общественной деятельности и досуга, пользоваться квалифицированной юридической помощью;

- Конвенция о правах ребенка (1989), в которой определены перечень прав детей /^привилегированных категорий (в том числе и детей с особенностями психофизического развития) и обязанности государства по защите и помощи таким детям, закреплены права таких детей на соответствующий уровень медицинского обслуживания. Республика Беларусь присоединилась к Конвенции о правах ребенка летом 1990 г.;

— Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (1993), предполагающие взятие государствами серьез-

ных моральных и политических обязательств в отношении обеспечения равенства и возможностей для инвалидов - процесс, благодаря которому различные системы общества и окружающей среды (обслуживание, трудовая деятельность и информация) оказываются доступными всем, особенно инвалидам;

- Конституция Республики Беларусь (15.03.1994 г.), провозглашающая человека, его права, свободы и гарантии их реализации в качестве высшей ценности и цели общества и государства (ст. 2);

- закон Республики Беларусь «Об образовании» (1991 г. в редакции 2002 г.), который определяет возможности и условия получения

образования лицами с особенностями психофизического развития (па дому, в условиях стационарных лечебных учреждений и учреждений социальной защиты), организацию образовательного процесса и содержание образования (соответствие требованиям образовательных стандартов общего среднего и специального образования и обеспечение дополнительной коррекционно-образовательной помощи, предупреждение и преодоление нарушений в развитии);

- закон Республики Беларусь «Об правах дзцяц» (1992) четко обозначает позиции общества и государства в отношении детей с ОПФР, их право на образование (в том числе профессиональное), проживание в семье, медицинское обслуживание и др.;

- закон Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» (2004) определяет и регламентирует правовые, экономические, социальные и организационные основы специального образования. Он определяет цели специального образования:

- реализация прав лиц с особенностями психофизического развития на получение образования и коррекционной помощи путем обеспечения их доступности и создания для этого специальных условий;

- социальная адаптация и интеграция указанных лиц в общество, в том числе приобретение навыков самообслуживания, подготовка к трудовой и профессиональной деятельности, семейной жизни (ст. 3).

Государственная политика в сфере специального образования направлена на:

- создание благоприятных правовых, экономических, социальных и организационных условий для реализации прав лиц с особенностями психофизического развития на получение образования;
- разн гис системы специального образования;
- обеспечение⁴ лицам с особенностями психофизического развития условий для получения образования в соответствии с состояни-

ем их здоровья и познавательными возможностями на всех уровнях основного образования;

- создание условий для своевременного выявления детей с особенностями психофизического развития, оказания им ранней комплексной и коррекционно-педагогической помощи;

- создание условий для развития интегрированного обучения и воспитания;

- социально-психологическую поддержку семей, воспитывающих лиц с особенностями психофизического развития (ст. 4).

Лица с особенностями психофизического развития имеют право на получение образования в соответствии с их познавательными возможностями в адекватной их здоровью среде обучения.

В соответствии с законом «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» **структура** системы специального образования включает:

- участников образовательного процесса;

- образовательные стандарты и разработанные на их основе учебные планы и учебные программы;

- учреждения, обеспечивающие получение специального образования;

- республиканские органы государственного управления и местные исполнительные и распорядительные органы в пределах их полномочий по управлению в сфере специального образования (ст.7.1).

Закон определяет следующие **уровни** специального образования:

- дошкольное образование;

- общее базовое и общее среднее образование;

- профессионально-техническое образование;

- среднее специальное, высшее и послевузовское образование (ст.7.2).

Законом закреплены дифференцированные возможности в выборе форм получения специального образования: допускается сочетание различных форм получения образования, а также обучение по индивидуальным учебным планам (ст. 10.2).

В соответствии с Законом **организация** специального образования осуществляется:

- в учреждениях, обеспечивающих получение специального образования;

- на дому;

- в организациях здравоохранения;

- в учреждениях социального обслуживания.

Другими нормативно-правовыми актами, регламентирующими систему учебно-оздоровительных учреждений для детей с особенностями психофизического развития, являются Концепция реформирования специального образования в Республике Беларусь, Положение о специальной общеобразовательной школе (школе-интернате) для детей с особенностями психофизического развития (2002).

1.3.2. Система специального образования

Формирование системы специального образования детерминировано осознанием отношения общества и государства к детям с особенностями психофизического развития.

Как отмечает Н.Н. Малофеев, главными ценностями специального образования применительно к каждому возрастному этапу признаются: продвижение ребенка по пути нормального психического развития; предупреждение и коррекция вторичных по своей природе нарушений; уровень личностного развития, образования, жизненной компетенции, интеграции в социум.

Организация обучения и воспитания детей с ОПФР требует учета и удовлетворения их особых образовательных потребностей, среди которых исследователи выделяют следующие:

- время начала специального образования совпадает с моментом выявления нарушения (предупреждение возможных вторичных последствий);
- содержание образования имеет коррекционно-компенсаторную направленность;
- использование специфических методов и средств обучения (жестовая речь, дактилология, шрифт Брайля и др.);
- организация обучения опирается на широкое использование индивидуального подхода, пространственную и временную организацию образовательной среды;
- границы образовательного пространства выходят за пределы учреждения образования;
- увеличение сроков получения образования;
- взаимодействие лиц, участвующих в обучении и воспитании детей с ОПФР* (специальные психологи и педагоги, социальные работники, врачи, родители и все ближайшее окружение ребенка).

Специальная помощь детям с особенностями психофизического развития в Республике Беларусь на государственном уровне оказывается в рамках трех министерств: Министерства образования, Ми-

нистерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты.

Основными **принципами** построения системы специального образования являются:

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

В настоящее время **система** специального школьного образования включает:

- специальные учреждения образования;
- учреждения образования общего типа, создавшие условия для получения образования лицами с особенностями психофизического развития.

К специальным учреждениям образования относятся:

- специальные дошкольные учреждения;
- специальные общеобразовательные школы (школы-интернаты);
- вспомогательные школы (школы-интернаты);
- центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации;
- иные специальные учреждения образования.

Для детей с эмоциональными нарушениями и девиантным поведением специальных учебных учреждений в нашей стране не существует.

В соответствии с законом нашей страны «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» специальные учреждения образования открываются для лиц:

- с интеллектуальной недостаточностью;
- с нарушениями речи;
- с нарушением слуха;
- с нарушениями зрения;
- с нарушениями психического развития (трудностями в обучении);

- с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;
- с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

В учреждениях образования общего типа, создавших условия для получения образования лицами с особенностями психофизического развития, открываются:

- специальные классы (группы);
- классы (группы) интегрированного (совместного) обучения и воспитания;
- пункты коррекционно-педагогической помощи;
- центры профессиональной и социальной реабилитации в учреждениях, обеспечивающих получение профессионально-технического образования.

Содержание образования во всех типах специальных учреждений образования строится в соответствии с требованиями образовательных стандартов специального образования, соответствующих учебных планов и программ с использованием различных форм организации специального образования, средств и методов обучения с учетом специфики физических и (или) психических нарушений и обеспечивает дополнительную коррекционно-образовательную помощь.

Кроме государственных учреждений образования в последние годы были открыты частные, работающие под контролем государственных структур.

Система специального образования может быть представлена как вертикальными уровнями, так и горизонтальными составляющими.

В основу вертикальной структуры положена возрастная периодизация развития личности, и она включает пять уровней:

- 1) период раннего младенчества (от рождения до трех 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, лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата);

Г) период обучения взрослых-инвалидов.

Возрастная характеристика ребенка не является определяющей при рекомендации ему того или иного типа (группы, класса) учреждения образования. Основным показателем признается уровень развития его познавательной, эмоционально-волевой сфер, показатели сформированности речи и личности в целом.

В основу горизонтальной структурной классификации специальных учреждений образования положены уровень психофизического развития ребенка, особенности его познавательной деятельности, характер и степень нарушения (рис. 1.1).

Организация специального образования

в учреждениях, обеспечивающих получение специального образования} на дому;
в условиях организаций здравоохранения;
в условиях учреждений социального обслуживания

Специальные учреждения образования

- специальные дошкольные учреждения;
- специальные общеобразовательные школы (школы-интернаты);
- вспомогательные школы;
- центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации;
- иные специальные учреждения образования.

Создаются для лиц: с интеллектуальной недостаточностью; с нарушениями психического развития (трудностями и обучении); с нарушениями речи; с нарушением слуха; с нарушениями зрения; с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями

Учреждения образования общего типа, создавшие условия для получения образования лицами с особенностями психофизического развития

- специальные классы (группы);
- классы (группы) интегрированного обучения и воспитания;
- пункты коррекционно-педагогической помощи;
- центры профессиональной и социальной реабилитации в учреждениях, обеспечивающих получение профессионально-технического образования.

Число лиц с особенностями психофизического развития не должно составлять более 20% от общей числа обучающихся

Рис. 1.1. Система специального образования

В системе специального образования можно выделить три ступени: дошкольная, школьная (общее образование) и профессиональная.

Дети и в возрасте от трех лет до совершеннолетия могут получать образование и испытываться в дошкольных и школьных учреждениях образования специального и общего типа, а также в учреждениях социальной защиты. Система дошкольных специальных учреждений для детей с особенностями психофизического развития (специализированные детские сады с круглосуточным и дневным пребыванием, специализированные детские дома, сеть специальных групп при массовых детских садах и дошкольных групп при специальных школах-интернатах) начала складываться с конца (i)-х годов XX в.

Специальная общеобразовательная школа является типом учебного учреждения, в котором обучаются дети, имеющие различные психофизические нарушения. Образовательный процесс носит коррекционно-развивающую направленность и способствует формированию компенсаторных способностей, развитию личности учащихся, их социальной адаптации и интеграции в общество. В школе осуществляется лечебно-восстановительный процесс (углубленный медицинский осмотр два раза в год, консультации у специалистов, выполнение лечебных рекомендаций и др.).

Срок обучения лиц с особенностями психофизического развития определяется характером, степенью выраженности физических и (или) психических нарушений, возможностью освоения учебной программы и составляет для общего начального образования - 1-5 лет, на уровне общего базового образования - 10-11 лет, на уровне общего среднего образования - 12-13 лет, в специальных вечерних (сменных) школах - 14 лет (закон Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)»).

Образовательный процесс организуется на двух отделениях (первое и второе). В зависимости от степени интеллектуальной недостаточности обучение на втором отделении лиц с интеллектуальной недостаточностью, не способных освоить специальные учебные программы, организуется по индивидуальным учебным планам и программам.

Для лиц с интеллектуальной недостаточностью предусмотрены дифференцированные сроки получения образования: 10 лет для обучающихся на первом отделении (могут создаваться классы

углубленной социальной и профессиональной подготовки со сроками обучения 1-2 года) и 9 лет для обучающихся на втором отделении во вспомогательных школах (школах-интернатах), в специальных классах (группах), центрах коррекционно-развивающего обучения и специальных классах (группах), центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

Все специальные общеобразовательные школы (классы), кроме вспомогательных, дают цензовое образование, которое обеспечивает формирование базового объема знаний и оказание коррекционной помощи и поддержки.

Нецензовое образование обеспечивает адекватную познавательным возможностям общеобразовательную подготовку, коррекционную помощь и поддержку, профессионально-трудовое обучение. Такое образование получают дети с легкой и умеренной степенью интеллектуальной недостаточности. Нецензовое, абилитационное образование рекомендуется для детей с тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости, тяжелыми и (или) множественными нарушениями. Это образование обеспечивает общее развитие, коррекцию и компенсацию нарушений, бытовую адаптацию и социализацию.

Наиболее острой является проблема профессионального образования лиц с особенностями психофизического развития.

Сегодня интегрированные модели обучения и воспитания в специальных школах являются равноправными формами получения образования детьми с особенностями психофизического развития. Право выбора формы получения образования принадлежит родителям или законным представителям детей, при этом учителя-дефектологи выполняют роль консультантов, руководствуясь интересами ребенка.

Организация коррекционно-педагогического взаимодействия с детьми, имеющими особенности психофизического развития, опирается на ряд специфических принципов. Среди них можно назвать принципы:

- 1) *ранней педагогической помощи* (сокращение сроков между выявлением первичного нарушения и началом коррекционного воздействия);
- 2) *педагогического оптимизма* (знания о потенциальных возможностях детей с особенностями психофизического развития);
- 3) *коррекционно-компенсирующей направленности образования* (коррекционная работа, направленная на исправление или осла-

бление недостатков психофизического развития, создает дополнительные возможности для процесса компенсации), отраженный в содержании, методах, организации и организационных формах специального образования (меньшая наполняемость класса, увеличение срока обучения, охранительный лечебно-педагогический режим и т.д.);

А) *социально-адаптирующей направленности образования* (минимизация «социального вывиха», психологическая и социокультурная готовность к жизни в обществе), отраженный в образовательных стандартах, формах и средствах;

5) *развития мышления, языка и коммуникации как средств специального образования* (любое нарушение умственного и физического развития отрицательно сказывается на формировании у ребенка умения общаться, мышления, речи и, следовательно, дети нуждаются в коррекционно-педагогической помощи с целью успешной социокультурной адаптации);

б) *деятельностного подхода в обучении и воспитании* (специфическим компенсаторным средством развития ребенка с нарушениями психофизического развития является предметно-практическая деятельность);

7) *дифференцированного и индивидуального подхода* (изучение индивидуальных особенностей ребенка и опора на них, подбор адекватных специфических приемов и способов коррекционно-педагогической работы; отбор содержания учебного материала и организация учебно-коррекционной работы, ее темпа, объема, сложности, методов и приемов работы, форм и способов контроля и мотивации учения);

8) *необходимости специального педагогического руководства* (организация учебно-познавательной деятельности при активном участии специалистов).

Особое положение занимают принципы коррекционно-компенсирующей и социально-адаптирующей направленности, которые определяют содержание и планируемый результат всей коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими особенности психофизического развития.

Принцип коррекционно-компенсирующей направленности образования предполагает опору на сохранные функции обучающихся, построение образовательного процесса с использованием неповрежденных анализаторов и систем организма в соответствии со спецификой и природой недостатка развития (т.е.

природосообразно). Коррекционная работа направлена на исправление (ослабление) недостатков психофизического развития, создает дополнительные возможности для процесса компенсации. Коррекционно-компенсирующая направленность находит отражение в содержании, методах, организации и организационных формах специального образования (меньшая наполняемость класса, увеличение срока обучения, охранительный лечебно-педагогический режим и т.д.).

Социально-адаптирующая направленность специального образования позволяет преодолеть и уменьшить «социальное выпадение», сформировать различные структуры социальной компетентности и психологически подготовить детей к жизни в социальной среде. Данная направленность обеспечивается содержанием стандартов, формами и средствами коррекционно-образовательного процесса.

Среди педагогических условий реализации принципа коррекционно-адаптирующей направленности в специальном учреждении Т.Б. Вареиова называются такие:

- целостное воздействие педагогического процесса на личность ребенка;
- 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;
- структурная простота материала;
- ориентация на формирование высших психических функций с Акцентом на их осознанность и произвольность;
- опора на предметно-практическую деятельность учащихся с Обеспечением ее интеллектуализации и вербализации на уровне Внешней и внутренней речи;
- использование специальных коррекционных приемов в процессе обучения;
- выполнение учащимися заданий, соответствующих по уровню сложности зоне их ближайшего развития;
- замедленность процесса обучения, вызванная повторениями и различиями;
- специально организованный процесс познания ребенком своих слабых и сильных сторон.

Как отмечает автор, принципиально значимыми положениями в программе коррекционно-развивающего обучения и воспитания являются следующие:

- принцип единства диагностики и коррекции отклонений в развитии;
 - анализ социальной ситуации развития ребенка и его семьи;
 - включение родителей и лиц, их заменяющих, в коррекционно-педагогический процесс;
 - расширение традиционных видов детской деятельности и обогащение их новым содержанием;
 - формирование и коррекция высших психических функций в процессе специальных занятий с детьми;
 - реализация личностно ориентированного подхода к воспитанию и обучению детей через изменение содержания обучения и совершенствование методов и приемов работы;
 - активизация эмоционального реагирования и эмоциональных проявлений и использование их для развития практической деятельности, общения детей и формирования адекватного поведения;
 - расширение форм взаимодействия взрослых с детьми и создание условий для активизации форм партнерского сотрудничества между детьми;
 - определение базовых достижений в каждом возрастном периоде.
- А.Н. Коноплева, проводя анализ преобразований в сфере специального образования в Республике Беларусь за последние пять лет, отмечает ряд устойчивых тенденций:
- всеобщий характер специального образования, позволяющий реализовывать позицию «все дети обучаемы»;
 - диверсификация учреждений специального образования (оказание широкого спектра коррекционно-образовательных услуг);
 - преодоление отчужденности и закрытости специального образования, выбор типа учреждения образования и форм получения специального образования;
 - обязательное включение родителей в процесс обучения ребенка; их особая целенаправленная подготовка силами специалистов;
 - ранняя (с первых месяцев жизни) коррекционно-педагогическая помощь ребенку с особенностями психофизического развития и его семье;
 - просоциальный характер обучения с ориентацией на личность ученика и его социально-эмоциональное развитие;
 - развитие интегрированных моделей обучения;

- разработка и внедрение специального образовательного стандарта, предполагающего формирование жизненной компетенции ребенка.

Процесс формирования системы специального образования не является завершенным. Основными векторами развития сети специальных учреждений сегодня можно считать:

- 1) дифференциацию и дальнейшее совершенствование существующей сети специальных учреждений, создание новых служб реабилитации и помощи детям с особенностями психофизического развития;

- 2) развитие моделей интегрированного обучения.

На современном этапе актуальной становится задача формирования общественно-государственной системы специального образования.

Развитие 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, 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 г. широкое распространение в Республике Беларусь получил новый тип учреждения - центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР). Основным их назначением является создание комплексной системы социально-педагогической, психологической, медицинской реабилитации детей с особенностями психофизического развития с целью интеграции их в общество. ЦКРОиР проводит раннюю диагностику и глубокое изучение нарушенного развития, формирование банка данных детей с особенностями психофизического развития; тесно сотрудничает с органами исполнительной власти по вопросам создания рациональной сети учреждений специального образования; организует координацию и методическое руководство деятельностью учителей-дефектологов, учителей, ведущих обучение на дому, педагогов-психологов и других специалистов системы образова-

ния; проводит консультативную работу среди родителей (лиц, которые их заменяют) по вопросам развития, обучения и воспитания ребенка.

По данным Министерства образования на начало 2008/09 учебного года в Беларуси действуют 142 центра коррекционно-реабилитационного обучения и реабилитации, в которых обучаются более сотен и тысяч (около 6% от общего числа детей с ОПФР) детей.

Разновидностью учреждений по оказанию квалифицированных дефектологических услуг детям с особенностями психофизического развития являются пункты коррекционно-педагогической помощи (ПКПП), которые могут создаваться в структуре массовых школьных и дошкольных учреждений. В зависимости от характера нарушения развития на пункте могут быть сформированы группы для детей с нарушениями речи, слуха, зрения, с трудностями в обучении (диагностико-коррекционные группы), с интеллектуальной недостаточностью и другими особенностями психофизического развития. В настоящее время на ПКПП (на начало 2008/09 учебного года зарегистрировано 1 159 ПКПП при общеобразовательных школах) специальную коррекционную помощь получает 61,9% детей с ОПФР дошкольного и младшего школьного возраста.

По данным Министерства образования на начало 2008/09 учебного года распределение детей с ОПФР по типам учреждений выглядело примерно следующим образом:

- ПКПП при дневных средних школах - 40%;
- ПКПП при дошкольных учреждениях - 16,9%;
- специальные детские дошкольные учреждения и специальные группы детских дошкольных учреждений - 12%;
- интегрированные классы дневных общеобразовательных школ - 8,7%;
- специальные школы-интернаты - 6,8%;
- ЦКРОиР-5,6%;
- специальные школы - 2,2%;
- специальные классы общеобразовательных школ - 1,8%;
- МТУ.Ч- 1,7%;
- детские дома Министерства социальной защиты - 1,5%;
- ССУ.Ч - 0,98%;
- специальные дома ребенка Минздрава - 0,8%;
- интегрированные группы детских дошкольных учреждений - 0,7%;

- детские дома специального типа - 0,25%;
- вечерние школы - 0,07%.

За последнее десятилетие существенно изменилась сеть специальных учебно-воспитательных учреждений и интегрированных структур для детей с особенностями психофизического развития. Так, на начало 1995/96 учебного года в нашей стране было 159 специальных учебно-воспитательных учреждений, тогда как к тому же периоду 2005/06 учебного года их количество возросло до 291. Число интегрированных групп (классов) увеличилось с 1 271 до 6 824 соответственно. Приведенные цифры свидетельствуют о возрастающей роли интеграционных процессов в системе специального образования.

В контексте современных образовательных тенденций перед специальным образованием нашей страны стоит ряд задач.

1. Максимальный охват специальным образованием детей с ОПФР (в 2007 г. 88,2% от общего количества детей с ОПФР охвачены специальным образованием, вместе с тем еще есть районы, где эта величина не достигает и 40%).

2. Совершенствование образовательной среды в специальных учреждениях образования общего типа, создавших условия для обучения детей с ОПФР (организация образовательного пространства, кадровое, методическое и учебное сопровождение обучения и воспитания).

3. Повышение качества интегрированного обучения и воспитания (соблюдение технических, кадровых, психологических условий, организация образовательной среды, обеспечивающей комфортное нахождение в классе как ребенка с ОПФР, так и нормально развивающихся детей).

4. Совершенствование системы ранней комплексной помощи детям с ОПФР (оказание необходимой коррекционно-педагогической и образовательной помощи ребенку с момента выявления нарушения).

5. Усиление работы по профессиональной подготовке, самоопределению, патронату выпускников с ОПФР (учреждение образования должно тесно взаимодействовать с потенциальными работодателями, учреждениями, обеспечивающими профессиональную подготовку).

6. Социализация учащихся с ОПФР через вовлечение их в разнообразные виды творческой деятельности, спортивно-массовую и физкультурно-оздоровительную работу.

Специальная общеобразовательная откола, как и массовая, с 2008/09 учебного года перешла на новые сроки обучения, сократив их па один год.

1.3.3. Образовательная интеграция: задачи, принципы, модели, условия реализации

Императивом современных тенденций в области реформировании специального образования является широкое внедрение идей интегрированного обучения и воспитания. Отмечается устойчивая тенденция перехода специального образования на путь образовательной интеграции (совместное получение образования обычными детьми и детьми с особенностями психофизического развития). Образовательная интеграция рассматривается как средство социальной реабилитации.

Проблема образовательной интеграции является сложной, многоаспектной и многомерной. Основные трудности базируются на предрассудках, педагогических стереотипах, а также затруднениях организационного порядка по созданию безбарьерной среды.

Словарь иностранных слов понятие «интеграция» (лат. - объединение частей в целое) объясняет как «восстановление, восполнение, объединение в целое каких-либо частей». В педагогическом словаре Г.М. Коджаспировой и А.Ю. Коджаспирова «интеграция групповая» рассматривается как «процесс упорядочения, структурирования внутригрупповых отношений. <...> интеграция групповая возникает на том этапе, когда появляются общественное мнение и внутриколлективные гуманистические отношения».

Образовательную интеграцию следует рассматривать как встречный, двусторонний процесс, который предусматривает совместные усилия как ребенка, так и среды, в которую он входит.

В специальной литературе ведется полемика по вопросу определения понятия «интегрированное обучение», так как теоретически это определение означает больше, чем совместное обучение детей с особенностями психофизического развития и их нормально развивающихся сверстников. Э. Зиглер приводит следующее определение: «интегрированное обучение - временная, учебная и социальная интеграция отдельных «особенных» детей с их нормальными сверстниками, основанная на постоянной оценке индивидуально установленных образовательных потребностей и требующая четкого распределения ответственности за его содержание и планирование, осуществляемое специально подготовленным персоналом».

Справочное издание «Дефектология: словарь-справочник» (2005) дает следующее толкование понятия интегрированного обучения: «обучение и воспитание детей с различными нарушениями психофизического развития в учреждениях общей системы образования вместе с нормально развивающимися детьми. Интеграция как включение человека в общество в качестве полноценного члена зависит от успешности его общеобразовательной и профессиональной подготовки».

Закон Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» *интегрированное обучение и воспитание* определяет как организацию специального образования, при которой обучение и воспитание лиц с особенностями психофизического развития осуществляются в учреждениях образования общего типа, создавших специальные условия для пребывания и получения образования такими лицами.

А.Н. Коноплева указывает, что образовательная интеграция предполагает такую организацию совместного обучения, при которой обеспечивается комплекс условий, необходимых для приобретения учащимися опыта положительного социального взаимодействия.

Одним из первых идею максимальной ориентации в обучении на нормально развивающихся детей обосновал в своих трудах Л.С. Выготский, который указал на необходимость создания такой системы Обучения, в которой ребенок с особенностями психофизического развития не исключался бы из общества нормально развивающихся детей. Он отмечал, что «при всех достоинствах специальная школа Отличается тем основным недостатком, что она замыкает своего воспитанника в узкий круг школьного коллектива, создаст замкнутый [Мир, в котором все приспособлено к дефекту ребенка, все фиксирует внимание на своем недостатке и не вводит в настоящую жизнь, азвивает в нем навыки, которые ведут к еще большей изоляции и 'Силивают его сепаратизм». Поэтому Л.С.Выготский считал, что ачами воспитания ребенка с нарушением развития являются его Интеграция в жизнь и осуществление компенсации его недостатка »ким-либо другим путем.

Методологическую основу концепции образовательной интеграции составляют сформулированные Л.С. Выготским положения:

об общих закономерностях психического развития здоровых детей и детей с ограничениями здоровья:

- об общих закономерностях психического дизонтогенеза (независимо от (J)O)M.I его проявления);
- о роли обучения и развитии ребенка и существовании «зоны ближайшего развития»; о коррекционной направленности обучения на опоре расширения «зоны ближайшего развития» в условиях л(Н)IПI;шмг;
- об учете социальной ситуации развития.

Проблема интегрированного обучения является в настоящее время дискуссионной, так как интеграция, по мнению ряда ученых, имеет свои положительные и отрицательные стороны. Хорошо, что дети с особенностями психофизического развития не будут изолированы от общества, но плохо, что в массовых школах возможности для удовлетворения их специальных образовательных потребностей ограничены. Следует учитывать при этом запросы и пожелания родителей, которые по-разному относятся к интеграции, особенно и принудительном ее варианте.

Сторонники интегрированного обучения и воспитания выделяют такие его положительные моменты:

- стимулирующее воздействие более способных одноклассников;
- наличие широкого диапазона ознакомления с жизнью;
- развитие навыков общения и нестандартного мышления (у обеих сторон);
- возможность проявления гуманности, сочувствия, милосердия, терпимости в реальных жизненных ситуациях, что является аффективным 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.

Интегрированное обучение и воспитание обеспечивают детям с особенностями психофизического развития равные с их здоровыми сверстниками условия для максимальной адаптации и полноценной интеграции в общество. Вместе с тем со стороны нормально развивающихся детей возможны проявления негативного отношения к ребенку, имеющему те или иные нарушения (насмешки, выражение чувства брезгливости и т.п.). Проблеме проявления интолерантности и формирования толерантных отношений в условиях интегрированных моделей образования посвящено исследование Л.П. Уфимцевой, Л.М. Мацкевич и Л.В. Доманецкой (2007). Из-за

проявлений интолерантности в детской среде ввести ребенка, имеющего особенности психофизического развития, в коллектив нормально развивающихся сверстников достаточно сложно.

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 трудностями в обучении 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 здоровые граждане, обладающие интеллектуальным потенциалом.

Образовательная интеграция как социально-педагогический феномен насчитывает несколько столетий и является закономерным этапом развития системы специального образования. Идея совместного обучения детей с особенностями психофизического развития и их сверстников существует с тех времен, когда было признано право детей с ОПФР на образование. В большинстве случаев примеры организации совместного обучения не были удачными, так как учитель массовой школы не владел специальными способами и приемами обучения (это период псевдоинтеграции, которая сегодня существует в ряде развивающихся стран Азии, Африки, Латинской Америки).

Образовательная интеграция, имея интернациональный характер, проявляется в специфике национальных систем образования.

Первые частные инициативы по интеграции отмечались в США в начале XX в. В 1975 г. был принят Закон 94-142 «ааainstreaming», согласно которому каждый особый ребенок от 3 лет до 21 года имеет право на выбор наиболее оптимальной для него формы школьного обучения и благоприятной среды, т.е. специальное обучение идет в том же русле, что и массовое. В рамках концепции интеграции изменилось отношение к самому понятию «ущербность». Если раньше предполагалось выявление и выделение из общего потока «особой группы» учащихся, то после принятия закона была поставлена задача определения дополнительных потребностей некоторых детей и образовании, которые необходимо учитывать при составлении учебных планов. В США разработка индивидуальных программ

для такой категории детей включает выбор модели интеграции, постановку краткосрочных и перспективных учебных целей, а также определение средств и методов достижения. Помимо учителей, психологов и терапевтов в этой работе участвуют родители, а к реализации программ дополнительно привлекаются советники по воспитанию, студенты педагогических вузов.

(Мыт скандинавских стран можно назвать «колыбелью образовательной интеграции»). В 1961-1980 гг. в Дании и других странах шла огромная социально-педагогическая работа по осмыслению и освоению интеграции педагогами, родителями, всем населением. Интеграция постепенно росла «снизу», инициируемая и поддерживаемая социал-демократическим движением, позитивным социальным и экономическим развитием страны. И лишь тогда, когда страна в целом практически и нравственно освоила феномен интеграции (для чего потребовалось около 20 лет), она стала узаконенной реальностью. В январе 1980 г. был принят Закон о реформе образования, предусматривающий введение **принципа (концепции) нормализации** отношений с лицами, имеющими особенности психофизического развития, в основу которого была положена идея о том, что жизнь и быт людей с особенностями психофизического развития должны быть как можно более приближенными к условиям и стилю жизни общества, в котором они живут. Идеи концепции нормализации закреплены рядом международных правовых актов: Декларацией прав ребенка (1989), Декларацией о правах умственно отсталых лиц (1971), Декларацией о правах инвалидов (1975).

В Великобритании официально процесс образовательной интеграции начался с принятия в 1983 г. Положения о специальных образовательных потребностях - Statement of Special Educational Needs. В этой стране интеграция носит двусторонний характер и осуществляется различными путями: при интеграции учащихся учитывается возрастной принцип: дети-инвалиды до 12 лет общаются с учащимися начальной школы, от 12 до 19 лет - с учащимися средней школы. Широко практикуются, так называемые, интеграционные уроки, которые поочередно проводятся то в специальной, то и массовой школе (музыка, танцы, домоводство, различные виды ремесел, физические, творческие, общественные виды деятельности, т.е. такие занятия, где ребенок с особенностями психофизического развития может чувствовать себя вполне уверенно среди нормально развивающихся сверстников).

В Германии интегрированное обучение в начальной школе представлено несколькими моделями: интегрированный класс, кооперированный класс, стимулирующий класс, класс с постоянной опекой учителя-дефектолога. В интегрированных классах широко используются индивидуальные учебные планы, практикуется индивидуальная опека, общение организуется в рамках школьной жизни. В кооперированных классах процесс обучения частично проходит совместно и дополняется общением. В стимулирующих классах общие учебные планы подкрепляются специальными программами. При четвертой модели процесс обучения интегрированного ребенка строго индивидуализирован.

В Италии процесс образовательной интеграции начался на рубеже 60-х и 70-х годов в недрах общественного движения «Демократическая психиатрия» (основатель священник Ф. Базаглия), целями которого были достижение прогрессивных изменений в психиатрических лечебных учреждениях, отмена социального обособления и изоляции социально неопасных лиц с нарушенной психикой.

К концу XX в. во многих странах мира (США, Великобритания, Швеция, Германия, Италия, скандинавские страны) направлен на детей в специальные (коррекционные) образовательные учреждения стало крайней мерой, когда все другие возможности уже использованы и не дали желаемого результата.

Интеграционные процессы в системе специального образования опираются на **основную идею** интегративной педагогики: от интеграции в школе - к интеграции в обществе. Совместное обучение не только призвано гарантировать право ребенка с особенностями психофизического развития не быть изолированным от основной массы (закон Республики Беларусь «О правах ребенка», ст. 27), но и обеспечить ему возможность посещать ту школу, которую он посещал бы, если бы был здоров. Основным в условиях образовательной интеграции является не формирование знаний, умений и навыков у детей с особенностями психофизического развития, а создание максимально возможной среды для адаптации и развития личности.

В организации интегрированного обучения и воспитания первоочередной задачей является обеспечение взаимодействия всех детей в классе (группе). Основой положительных взаимоотношений должны стать: безусловное позитивное принятие каждого ребенка; обеспечение успеха в совместной деятельности; выстраивание гу-

манистических отношении в социуме на основе уважения личности ребенка и его достоинства (А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская и др.). Основными задачами, которые призвана решать образовательная интеграция, А.Н. Коноплева считает:

- упреждение и преодоление трудностей, возникающих в процессе совместной учебной деятельности и общения;
- смягчение отрицательных проявлений когнитивного кризиса детей, эмоционального неблагополучия детей с особенностями психофизического развития, осознания остальными детьми их трудностей и проблем;
- смягчение кризиса взаимоотношений посредством обучения детей конструктивным формам взаимодействия;
- создание атмосферы терпимости друг к другу, развитие стремления к сотрудничеству.

Важной проблемой интегрированного обучения является обеспечение специализированных условий жизнедеятельности для детей с особенностями психофизического развития в структуре массовых учреждений образования (адаптированная коррекционно-развивающая среда обучения, наличие специального оборудования и приспособлений и др.).

Основным принципом интегративной педагогики является положение; как можно меньше внешней и как можно больше внутренней дифференциации.

Глубокое изучение проблемы образовательной интеграции нашли в работах российских (Н.Н. Малофеев, Н.Д. Шматко и др.) и белорусских исследователей (А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская и др.). Анализ литературных источников позволил обобщить основополагающие принципы организации совместного обучения и воспитания детей с особенностями психофизического развития и нормально развивающихся сверстников. Среди них:

- принцип равных прав и возможностей в получении образования;
- принцип коррекции отношений (необходимость создания специальных условий в налаживании связей с социумом), включающий аспект толерантной диалогичности отношений;
- принцип сопровождения (помощь и поддержка всех участников педагогического процесса);
- аксиологический (ценностный) принцип (ценность человека в его уникальности, самобытности, неповторимости);
- принцип коррекционной направленности обучения.

Основными принципами интегрированного воспитания и обучения детей дошкольного возраста являются:

- открытость дошкольного образования и приоритета в нем семье;
- гуманизация воспитательно-образовательного процесса дошкольного учреждения;
- демократизация системы дошкольного образования;
- комплексность консультационной, коррекционно-развивающей помощи детям и их родителям;
- повсеместный охват детей с особенностями психофизического развития с раннего возраста системой коррекционно-реабилитационных услуг в воспитательно-образовательных учреждениях и в семье.

Успешная реализация интегрированного обучения и воспитания, как отмечает Л.М. Шипицина, возможна при соблюдении следующих общих условий:

- демократическое общественное устройство с гарантированным соблюдением прав личности;
- финансовая обеспеченность, создание адекватного ассортимента специальных образовательных услуг и особых условий жизнедеятельности для детей с особенностями психофизического развития 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 лицами с особенностями психофизического развития.

Целенаправленное развитие процесса образовательной интеграции предполагает наличие:

- научно-организационного обеспечения;
- психологической готовности всех его участников;
- дефектологической грамотности учителей массовых школ;
- учебно-методической обеспеченности моделей интеграции;
- разработки технологий взаимодействия двух учителей в одном классе.

При этом обязательным условием организации педагогического процесса в интегрированных группах (классах) является создание благоприятной коррекционно-развивающей среды.

Оптимизацией видов интеграции считаются социальная и образовательная. Некоторые ученые выделяют еще и физическую (нахождение детей в одном помещении) интеграцию, функциональную (целостную: предметно-пространственное объединение) и социальную (включенную: полное снятие социальной дистанции, равноправное партнерство в совместной деятельности).

Интеграционные процессы могут протекать внутри системы специального образования - *интернатная форма интеграции* или предполагать взаимодействие специального и массового образования *жесткая интеграция*. Примером интернатной интеграции может служить совместное обучение глухих и слабослышащих, слепых и слабовидящих, детей с задержкой психического развития и с тяжелыми речевыми нарушениями и др.

В целом для всего мира характерны четыре варианта (модели) интеграции в обучении:

- *комбинированная* (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* (дети с проблемами развития, еще не способные наравне со здоровыми сверстниками овладеть образованием, включаются в массовые группы (классы) на часть дня);
- *временная* (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);
- *полная* (ребенок с отклонениями в развитии постоянно воспитывается среди здоровых сверстников).

Исследователи проблем образовательной интеграции И.И. Малофеев и Н.Д. Шматко предлагают свои варианты моделей интегрированного обучения, в основу которых положены ответы на такие вопросы:

- каким детям может быть полезна дневная форма интеграции;
- и каких видах образовательных учреждений она может быть организована;
- каковы правила комплектования групп и классов;
- как дозируется время интеграции;

- каковы содержание и характер совместной деятельности детей;
- какие специалисты участвуют в процессе обучения и воспитания;
- где и кем оказывается специальная педагогическая помощь;
- каков механизм взаимодействия массовых и специальных педагогов.

Исследователи предлагают такие варианты моделей интегрированного обучения и воспитания:

- *постоянная полная интеграция* - обучение наравне с детьми с ОПФР и их нормально развивающихся сверстников в одних школьных группах и классах;

- *постоянная неполная интеграция* - обучение наравне с остальными, но не всему, ряду учебных предметов с нормально развивающимися сверстниками;

- *постоянная частичная интеграция* - обучение наравне с остальными лишь небольшой части необходимых умений и навыков, проведение с нормально развивающимися сверстниками части учебного и внеклассного времени;

- *временная частичная интеграция* - объединение детей с ОПФР и их нормально развивающихся сверстников вне зависимости от достигнутого уровня развития не реже двух раз в месяц для проведения совместных мероприятий в основном воспитательного характера, т.е. дети с ОПФР обучаются в специальных группах (классах), систематически объединяясь с другими детьми;

- *эпизодическая интеграция* - организация минимального социального взаимодействия детей с тяжелыми нарушениями психофизического развития и их нормально развивающихся сверстников.

Выбор той или иной формы (модели) интеграции детерминруется типом учреждения образования (специального или массового), поскольку они обладают различным потенциалом в организации интегрированного обучения и воспитания.

В Республике Беларусь модели интегрированного обучения используются с 1995/96 учебного года (Временное положение об интегрированном обучении детей с особенностями психофизического развития). Такими моделями являются: 1) классы интегрированного обучения; 2) специальные классы в общеобразовательной школе; 3) коррекционно-педагогическое консультирование для неуспевающих и нуждающихся во временной помощи учащихся, а также для детей с ОПФР, обучающихся в разных школах в сельской местности.

Анализ статистических данных показал, что за период с 1995 по 2006 г. существенные изменения претерпело соотношение специальных учебно-воспитательных учреждений и интегрированных структур для детей с особенностями психофизического развития. Так, в 1995/96 учебном году сеть специальных учебных заведений насчитывала 159 учреждений, интегрированных структур в это время было 1 271. А на начало 2005/06 учебного года специальных учреждений образования стало 291, тогда как сеть интегрированных структур увеличилась до 6 824. При дневных общеобразовательных школах и интернатах функционирует 5 113 интегрированных классов, в которых обучается 10 511 детей. Сегодня 65% детей с особенностями психофизического развития охвачены интегрированным обучением.

Основой для принятия решения об интегрированном обучении должен служить не столько медицинский диагноз, сколько психологический. В результате тщательного психолого-педагогического обследования следует устанавливать не только уровень актуального развития, но и зону ближайшего и перспективного развития, степень обучаемости и воспитуемости, определять способы педагогического влияния на ребенка, а также оптимальные условия для коррекции недостатков познавательной деятельности.

Основным нормативно-правовым документом образовательной интеграции в Республике Беларусь является Инструкция о порядке открытия и функционирования специальных классов (групп), классов (групп) интегрированного (совместного) обучения и воспитания (2006). В соответствии с этим нормативным документом комплектование специальных групп (классов), групп (классов) интегрированного обучения и воспитания осуществляется с учетом основных показаний и противопоказаний, определенных к прием} и соответствующие учреждения образования. Наполняемость группы интегрированного обучения и воспитания зависит от возраста детей и может составлять 8-10 детей (до трех лет) или 10-12 детей (от трех до семи лет). Количество детей в классе интегрированного обучения и воспитания не должно превышать 20 учащихся, а число детей с ОВЗ зависит от характера и тяжести нарушения.

Важным аргументом при решении вопроса об интегрированном обучении выступает социальная ситуация (социальный статус семьи интегрируемого учащегося, готовность и способность родителей взаимодействовать со специалистами в обсуждении и решении проблем своего ребенка).

При интеграции ребенка с особенностями психофизического развития в среду нормально развивающихся детей следует учитывать ряд внешних и внутренних показателей.

К внешним показателям можно отнести:

- раннее выявление нарушений и проведение коррекции развития с первых лет жизни;
- желание родителей обучать ребенка вместе со здоровыми детьми и их стремление и готовность реально помогать ему в процессе обучения;
- наличие возможности оказывать ребенку эффективную квалифицированную коррекционную помощь;
- создание условий для реализации вариантов моделей интегрированного обучения.

Среди внутренних показателей выделяют:

- уровень психофизического и речевого развития, соответствующий возрастной норме или близкий к ней;
- возможность овладения общим образовательным стандартом в предусмотренные для нормально развивающихся детей сроки;
- психологическая готовность к интегрированному обучению.

Успешность обучения ребенка с особенностями психофизического развития в интегрированном классе во многом определяется его готовностью к интеграции. Исследования СЕ. Гайдукенмч и других ученых (2006) показали, что готовность ребенка к интеграции включает:

- психологическую готовность к обучению к среде «других» - принятие «другого», сформированное™ «встречной активности», готовность к преодолению трудностей и, прежде всего, коммуникативных;
- гностическую готовность - овладение необходимым фондом знаний об окружающем мире, определяемым стандартом дошкольного образования, сформированное™ умений продуцирования и восприятия речи (экспрессивной и импрессивной), сформированность операционально-исполнительного компонента (владение моторными и интеллектуальными умениями, соответствующими возрасту);
- социальную готовность - овладение элементами социально одобряемого поведения.

Е. Зиглер полагает, что при вовлечении ребенка в интегрированное обучение следует принимать во внимание вид нарушения, тип и степень сопутствующих отклонений, психический и хронологический возраст, а также различные личностно-мотивационные особенности.

Заслуживают шпмапия попытки американского исследователя С. Форпесеа (1979) сформулировать рекомендации для определения пепсин потребности в интегрированном обучении для каждого конкретного ребенка (табл. 1.5).

Таблица 1.5

Рекомендации для определения степени потребности и интегрированном обучении для каждого конкретного ребенка

Условия успешного вовлечения н пи курированное обучение	Условия, препятствующие вовлечению в интегрированное обучение
Г'апиее обнаружение проблем в раз-	Обнаружение проблем в развитии ребенка на более поздних этапах
Проблемы к развитию в основном отражаются па процессе обучения	Проблема ребенка носит сложный характер и отражается па всех сторонах его жизни
Проблема ребенка ограничивается только одной областью деятельности	Наличие сочетанных нарушений развития ребенка
Лечение ребенка не требует сложного оборудования и материалов	Состояние ребенка требует сложного медицинского оборудования
Ребенок проявляет способность дружить или устанавливать дружеские отношения со здоровыми детьми	Возникновение у ребенка постоянных трудностей при попытке установления дружеских отношений со здоровыми детьми
Численный состав класса не превышает 25 детей	Численный состав класса превышает 25-30 человек
Высокий профессионализм учителя, работающего в классе	Учитель не хочет и не может продолжать работу с ребенком
Маиптсресованность семьи в решении проблем ребенка	Семья недостаточно поддерживает ребенка в решении его проблемы

В организации интегрированного обучения и воспитания деі еіі с особенностями психофизического развития особо значимую роль играет психолого-педагогическое сопровождение их развития, иоепштапия, формирования, педагогической поддержки, индпипдуалинацин, социализации (Т.Л. Лещинская, Б.Ч. Хвойщцаи). Исихолого-педагогическое сопровождение призвано обеспечить, мо-перпых, сопровождение развития ребенка, и, во-вторых, сопровождение процесса его обучения, воспитания, кор-рек:

В материалах Доклада Европейского агентства по развитию специального образования (1999) сформулированы базовые компоненты образовательной политики в части сопровождения интегрированных учащихся.

1. Педагоги общеобразовательной школы несут ответственность за каждого ученика, включая учащихся с особыми образовательными потребностями.
 2. Необходимая поддержка интегрированному ученику в общеобразовательной школе (классе) или за ее пределами по преимуществу должна оказываться учителем-дефектологом.
 3. Учитель-дефектолог может являться штатным сотрудником школы либо представителем внешней организации (специальной школы, диагностического центра, медицинской или социальной службы и т.н.).
 4. Поддержка должна оказываться как интегрированным ученикам, так и работающим с ними преподавателям.
 5. Различные образовательные службы, действующие вне учебного заведения, могут оказывать помощь, обеспечивая различные типы поддержки ученикам, преподавателям, школе, а также родителям.
 6. Основные формы поддержки касаются информации, выбора учебных материалов, разработки индивидуальных учебных планов, организации специальных занятий и непосредственной помощи ученику.
 7. Типы поддержки достаточно разнообразны и гибки. Их выбор зависит от различных факторов, обусловленных потребностями учеников, требованиями преподавателей, школьных условий и технического оснащения учебного места и школы в целом.
 8. Поддержку интегрированных учащихся наряду с внешкольными образовательными службами обеспечивают и иные службы, прежде всего социальные и здравоохранения. Они также вовлечены в процесс сопровождения учащихся, интегрированных в общеобразовательное учреждение, консультирование их родителей. Представители названных служб должны работать в тесном сотрудничестве со школьными преподавателями.
- В большинстве стран Европы ключевую роль в работе с интегрированными учащимися со специальными образовательными потребностями играют школьные учителя. Дополнительная образовательная поддержка обеспечивается силами учителей-дефектологов, работу которых регулируют местные органы управления образованием.

В Дании и Шисци с учениками специальных классов (школ) работают исключительно учителя-дефектологи. В Италии с такими учениками могут работать как специальные (дефектологи), так и обычные педагоги, причем те и другие в равной степени несут ответственность за обучение детей с особенностями психофизического развития.

Лпалп:! современного состояния развития моделей интегрированного образования позволяет сделать вывод о том, что существуют четыре основные формы сопровождения учеников с особенностями психофизического развития:

- 1) превентивные меры;
- 2) информационно-консультативная поддержка (характеристика имеющихся у ребенка трудностей, знакомство со специальными учебными материалами, техническими средствами обучения, методами специального обучения и т.п.);
- 3) дифференциация (индивидуализация, адаптация) учебной программы и процесса обучения;
- 4) улучшение условий обучения и пребывания интегрированного ребенка в школе (консультирование учителей и администрации специалистами, повышение квалификации, раздел ответственности).

Исследователи отмечают, что в процессе интегрированного обучения и воспитания у учащихся с особенностями психофизического развития формируются различные компетенции: жизненная (уровень социализированное™), деятельностная, коммуникативная (Л.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская). Показатели сформированное™ каждой компетенции отражены в табл. 1.6.

Таблица 1.6

Показатели сформированное™ различных компетенций детей с ОПФР в условиях интегрированного обучения и воспитания

Компетенция	Показатели сформированности
Жизненная (социально-бытовая адаптированность к социальному взаимодействию)	Готовность к общению Умение быть толерантными Степень самостоятельности в повседневной жизни
Деятельностная (способность применять знания в практической деятельности и осуществлять ее в новых условиях)	Сформированность обобщенных трудовых умений и навыков Способность применять знания в практической деятельности и осуществлять ее в новых условиях
Коммуникативная (умение продуктивно вести общение в житейских и деловых ситуациях)	Умение продуктивно вести общение в житейских и деловых ситуациях

Психолого-педагогическое сопровождение интегрированного обучения и воспитания может осуществляться в двух взаимосвязанных направлениях:

- 1) актуальном (конкретная помощь ребенку в условиях интегрированного обучения: преодоление трудностей в обучении, формирование межличностных отношений, социализация и др.);
- 2) перспективном (развитие личности и индивидуальности каждого ребенка, коррекция психофизических нарушений и др.).

Глубокий анализ проблемы позволил белорусским исследователям (Т.Л. Лещинская, Б.Ч. Хвойницкая) предложить *модель психолого-педагогического сопровождения* в условиях интегрированного обучения, включающую:

- 1) принципы сопровождения (системность, комплексность, интегративность, приоритет особых потребностей ребенка, непрерывность);
- 2) формы сопровождения (индивидуальная, групповая, фронтальная);
- 3) этапы сопровождения:
 - мотивационный (благоприятные внешние условия, положительный эмоциональный контакт с ребенком, коллективное обсуждение стратегии сопровождения, мотивация сопровождения);
 - ориентировочный (психолого-педагогическая диагностика, концепция процесса сопровождения);
 - содержательно-операционный (составление программы сопровождения, выработка плана деятельности, реализация программы);
 - оценочный (итоговая психолого-педагогическая диагностика, анализ и интерпретация результатов).

Реализация модели психолого-педагогического сопровождения интегрированного обучения и воспитания возможна при согласованной работе педагогов, психолога, учителя-дефектолога и родителей ребенка. Основу сопровождения составляют усиление позитивных факторов развития ребенка и нейтрализация негативных. Важным в организации психолого-педагогического сопровождения является специально организованная работа как с педагогами, так и с родителями.

Структурно-содержательными особенностями интегрированного обучения являются: использование адекватных и специфических форм организации образовательной интеграции, обеспечение средовой и событийной общности, усиление дифференциации и индивидуализации содержания обучения и его направленности на формирование социально-бытовой компетенции учащихся и гармонизацию отношений в детском коллективе.

В рамках функционирования групп (классов) интегрированного обучения для каждого ребенка с особенностями психофизического развития разрабатывается индивидуальная программа, учитывающая результаты педагогической диагностики моторной сферы, сенсорной деятельности, познавательной, социальной и коммуникативной компетентности, а также пожелания родителей. Вся коррекционно-педагогическая работа строится в зоне ближайшего развития ребенка.

Но мнению ряда исследователей (А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская, Т.Л. Лисовская и др.), ведущим атрибутом интегрированного обучения являются интерактивные методы, которые рассматриваются как «способы целенаправленного межсубъектного взаимодействия участников образовательного процесса с целью создания оптимальных условий для развития». Важнейшими методами интегрированного воспитания являются подражание, конфликтные ситуации, соблюдение правил совместной жизни.

Диссертационное исследование А.Н. Коноплевой (2001) показало, что особенностью коррекционной работы в условиях интеграции является коррекция девиации взаимоотношений и социального опыта. Анализ данных, определяющих социальное развитие детей в образовательной интеграции, позволил выделить следующие направления работы:

- обеспечение эмоциональной привязанности и положительных взаимоотношений со взрослыми и нормальными в умственном отношении сверстниками в классе и школе;
- недопущение нарушений процессов самоутверждения, социализации, автономизации;
- обеспечение социальной направленности учебно-воспитательного процесса.

Коррекционно-педагогическая работа в условиях интегрированного обучения включает три этапа (А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская и др.):

- изучение микросоциальной среды группы, выявление социально изолированных детей, удовлетворенности родителей учебной их детей в условиях интеграции;
- организация специальных тренинговых занятий по формированию навыков общения, взаимодействия, взаимопонимания и включения социально изолированных детей в микросоциальную среду класса;
- «повторная» диагностика и отслеживание динамики положения детей с особенностями психофизического развития в классе.

По мнению исследователей (Е.М. Калинина, А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская и др.), качество коррекционно-образовательной работы с детьми дошкольного возраста в условиях интегрированного обучения и воспитания обеспечивается соблюдением таких условий:

- раннее выявление ведущего нарушения в развитии;
- определение сильных сторон психофизического развития, которые могли бы стать опорой в коррекционно-развивающей работе;
- работа в зоне ближайшего развития с учетом уровня актуального развития;
- обеспечение коммуникативно-деятельностной ориентации в педагогической работе с ребенком;
- соблюдение комплексного подхода в формировании жизненно значимого опыта ребенка.

Качественная эффективная интеграция возможна только при условии специальной подготовки и переподготовки кадров педагогов дошкольных учреждений и общеобразовательных школ. Целью такой подготовки является овладение профессиональными компетенциями, обеспечивающими возможность квалифицированного обучения и воспитания детей в условиях образовательной интеграции.

Среди основных задач педагогического коллектива можно выделить следующие:

- учить детей воспринимать и оценивать себя как личность, т.е. осознавать собственные способности, качества характера, чувства, слабости, потребности, границы своих возможностей, а также полную принадлежность;
- развивать положительную Я-концепцию;
- учить детей осознавать и выражать собственные чувства и желания;
- формировать у детей умение воспринимать другого человека, сочувствовать и помогать ему;
- учить детей видеть свое место в группе, считать себя ее членом и испытывать чувство общности;
- формировать умение конструктивно реагировать на разочарования и неудачи;
- учить детей принимать решения, предполагающие возможность достижения компромисса;
- формировать умение ориентироваться и соблюдать правила совместной жизни, иногда за счет ущемления собственных интересов;

- учить различать негативные и положительные пути решения конфликта, уметь использовать последние;
- формировать умение и потребность видеть других детей и уметь сотрудничать с ними;
- формировать понимание, что такое предрассудки, и подвергать их сомнению.

Анализ специальной литературы позволяет определить механизмы обеспечения качества интегрированного обучения и воспитания.

1. Подготовка позитивного общественного мнения, педагогических коллективов, родителей к образовательной интеграции.

2. Обеспечение необходимого адаптивного образовательного пространства с учетом особенностей детей с ОПФР.

3. Организация и осуществление специального коррекционно-образовательного процесса, направленного на преодоление адаптивного кризиса и налаживание положительных межличностных отношений в группе сверстников (важным в этой работе является создание ситуации успеха).

4. Организация учебно-познавательной деятельности детей с ОПФР в соответствии с их возможностями.

5. Формирование профессионально-педагогической готовности педагогов к работе в условиях интегрированных учреждений образования.

Белорусские исследователи (А.Н. Коноплева и др.) так обозначают базисные условия качественного интегрированного обучения:

1) удовлетворенность субъектов учебно-воспитательного процесса его результатами;

2) практико-ориентированный характер предметных знаний и их тесная связь с жизнью;

3) формирование способов жизнедеятельности, что требует особого внимания к включению учащихся в социальное взаимодействие;

4) построение обучения с учетом своеобразия приема, переработки и использования учебной информации (преодоление вербализма, выделение существенного и главного и др.);

1) коммуникативная направленность уроков, формирование коммуникативной компетентности;

(i) проведение специальных учебных занятий по исправлению или ослаблению имеющихся у детей нарушений.

И последние годы за рубежом (США, Канада, Великобритания и другие страны) на смену понятию «интеграция» приходит понятие

«включение» (inclusion). Этому способствовало распространение Декларации ЮНЕСКО о мерах в социальной политике, способствующих «включающему образованию» (Испания, 1994).

Инициаторы введения нового понятия и соответствующей системы действий полагают, что механическое объединение в одном классе детей с обычным и особым развитием *не* означает полноценного* участия последних в жизни класса. Английский глагол to include переводится как содержать, включать, охватывать, иметь в своем составе. Поэтому слово inclusion представляется термином, в большей степени отражающим новый взгляд не только на образование, но и на место человека в обществе.

Понятие «инклюзивное образование» представляет собой такую форму обучения, при которой учащиеся с особенностями психофизического развития:

- посещают те же школы, что и их братья, сестры и соседи;
- находятся в классах вместе с детьми одного с ними возраста;
- имеют индивидуальные, соответствующие их потребностям и возможностям учебные цели;
- обеспечиваются необходимой поддержкой.

Составляющими успешного включения являются: педагогический коллектив единомышленников, информация о процессе преобразования, подготовка и постоянная поддержка педагогов.

Принятие интеграции каждым человеком - это длительный процесс воспитания всего общества, выращивание с раннего детства нового поколения (а возможно, и не одного поколения), для которого интеграция станет частью мировоззрения. Ключевым моментом этой точки зрения, по мнению ряда авторов, должна стать убежденность в том, что люди с особенностями психофизического развития не приспособляются к правилам и условиям общества, а включаются в его жизнь на своих собственных условиях, которые общество понимает и учитывает.

1.3.4. Проблемы качества специального образования и механизмы его обеспечения

Категория «качество» прочно вошла в область образования и в арсенал педагогических понятий. Образование в целом и специальное образование в частности, как и любой процесс или результат деятельности человека, обладают определенным качеством. Проблема качества специального образования отражает закономерные процессы социально-экономического развития общества.

Слово «качество» производив от слов «как», «какой», «обладающий какими снoйстиами».

«Современный толковый словарь русского языка» С.А.Кузнецова даст такие определения понятия «качество»: 1. Существенный признак, свойство, отличающее один предмет или одно лицо от другого (необходимые качества педагога). 2. Степень достоинства, ценности югi, 11 рii годности вещи, действия и т.п. соответствия тому, какими они должны быть (обеспечить качество продукции). 3. Философия: «Существенная определенность предмета, явления или процесса, в силу которой он является данным, а не иным предметом, явлением или процессом».

Категория качества в ряде источников определяется как совокупность существенных признаков, свойств, особенностей, отличающих предмет или явление от других и придающих ему определенность.

Таким образом, понятие качества образования, исходя из понимания термина «образование» - как системы, как процесса, как результата, может быть рассмотрено в разных аспектах.

Как отмечает А.Н. Коноплева, качество специального образования отражает взаимосвязь и единство качества **процесса** образования, отражающего его развитость и интенсивность, и качества **результата**, зафиксированного в соответствующих категориях развития участников этого процесса.

Оценка качества специального образования предполагает определение критериев и показателей самого качества, т.е. необходимо определить индикаторы, позволяющие произвести собственно оценку качества образования. Такими индикаторами можно считать: **критерии** - интегральные признаки, позволяющие различать, судить и определять соответствие чему-либо; **показатели** - количественное и качественное выражение критериев.

По мнению ряда авторов, критериями качества специального образования являются:

- качество педагогических условий образовательного процесса, в **исключительных** требованиях адаптивности;
- сам процесс обучения, воспитания, коррекции и развития, соответствующий требованиям гуманизации и гуманитаризации;
- качество результатов специального образования (коррекционная ориентированность, поддерживающий и деятельностный характер, практическая и просоциальная направленность) (А.Н. Коноплева)-

Качество условий педагогического процесса отражается в целеполагании, дидактическом обеспечении учебного процесса, его соответствии требованиям коррекционной направленности. Эти педагогические условия могут быть как внешними, так и внутренними. Так, под внешними условиями понимают комплекс действий, направленных:

- на создание необходимого комфорта в учреждении образования, адекватных для ребенка условий;
- обеспечение необходимыми учебниками, учебными, методическими и дидактическими материалами, средствами обучения как учащихся, так и учителей. Содержание программ обучения должно носить дифференцированный характер и тем самым быть доступным для всех детей.

Создание внутренних условий предполагает:

- осуществление коррекционной направленности всего учебного процесса (исправление недостатков, мешающих учиться);
- формирование учебной деятельности ученика (умения учиться);
- помощь ребенку в формировании стиля построения взаимодействия и поведения.

В.И. Олешкевич считает, что ключевыми позициями качества обучения детей с ОПФР в системе «учитель - ученик» являются: организация и формирование учебной деятельности на диагностической основе, управление этой деятельностью, создание условий для овладения учащимися способами учебной деятельности и системой учебных действий.

Немаловажным является обсуждение вопроса обеспечения качества воспитания детей с ОПФР. Исследователи выделяют такие факторы, влияющие на качество воспитательной работы в специальных учреждениях образования, как системность, комплексность, научная обоснованность и пролонгированноеTM организуемого воспитательного процесса.

Обеспечение высокого качества специального образования требует разработки методики мониторинговых исследований, дающих представление о направленности и динамике изменений явления или процесса.

Одним из важных условий обеспечения качества специального образования является его **гуманизация** - ориентация учебного процесса на потребности и возможности каждого ребенка, обеспечение социализации личности, приобретение профессиональных компетенций, постижение духовного богатства личности, гуманитарной миссии человека.

Гуманистическая позиция педагога заключается в вере учителя в ребенка, его умении «принять ребенка таким, какой он есть» и стать соучастником его жизни.

Основными механизмами обеспечения качества специального образования являются:

- качество учебно-программной документации;
- качество учебных и учебно-методических материалов;
- качественно и адекватно использование образовательных и воспитательных технологий;
- качество профессиональной подготовки специалистов-дефектологов» и др.

Таким образом, можно говорить, что достижение качества специального образования является следствием совершенствования как содержательного, так и технологического (операционального) аспектов.

Говоря о технологическом аспекте, следует отметить, что реализация общих технологий предполагает учет особенностей детей, освоение педагогами «помогающего поведения», в основе которого, как указывает А.М. Змушко, - уважение достоинства ребенка, поддержание в классе хорошего самочувствия и настроения, стремление к организации адекватной педагогической помощи и поддержки.

Наиболее эффективными в обучении и воспитании детей с особенностями психофизического развития являются индивидуально-групповые формы работы, разноуровневое обучение и личностно-деятельностный подход.

Так, технология индивидуального обучения предполагает такую организацию всего учебно-воспитательного процесса, при которой ведущими являются индивидуальный подход и индивидуальная форма обучения. Стержнем технологии индивидуального обучения является разработка индивидуальных программ для каждого ребенка, учитывающих степень нарушения, требования типовых программ и познавательных возможностей учащегося.

Среди основных педагогических условий организации обучения ребенка с особенностями психофизического развития исследователи пазы на ют (А.М. Змушко и др.):

- создание ситуации успеха (похвала за участие ребенка независимо от результата);
- учет эмоционального состояния и поддержание положительной эмоциональной основы обучения;
- предупреждение переутомления ребенка во время занятий.

Сегодня актуальными являются разработка и внедрение в практику дистанционных технологий обучения.

Одним из направлений повышения качества специального образования, по мнению ряда исследователей (Т.А. Григорьева и др.), является использование здоровьесберегающих (психосберегающих) технологий, отличительными признаками которых являются:

- учет индивидуальных особенностей ребенка;
- достижение результата с минимальной затратой сил как учителя, так и ученика;
- исключение негативных факторов (насмешки, злое иронизирование, сравнение успехов учащегося с другими, а не с собственными прежними);
- обучение ребенка способам психологической защиты.

Условием обеспечения качества образования в целом и специального образования в частности можно считать явление педагогического резонанса (Ю.К. Бабанский) - оптимальное взаимодействие педагогов, психологов, учащихся в образовательном процессе, при котором любые воздействия педагогического коллектива начинают совпадать с собственными усилиями учащихся.

Специфическим условием обеспечения качества специального образования можно считать обеспечение безбарьерной, адаптивной, развивающей образовательной среды. Подобные характеристики, по мнению специалистов, среда приобретает благодаря

(составляющим ее средовым ресурсам. Применительно к детям с особенностями психофизического развития каждая группа средних ресурсов (предметных, пространственных, организационно-смысловых, социально-психологических) определенным образом

Модифицируется.

Процесс проектирования и моделирования развивающей образовательной среды будет подчиняться не только общим, но и специфическим принципам. Результаты проведенных исследований (С.Е. Гайдукевич и др.) позволили выделить ряд специфических Принципов.

1. *Безопасность*, предполагающая минимизацию у ребенка с особенностями психофизического развития чувства неуверенности и страха, определяющая возможность для него свободно ориентироваться, передвигаться и выполнять необходимые действия.

2. *Насыщенность культурно значимыми объектами*, что значительно стимулирует познавательную активность ребенка, произвольное и произвольное внимание, деятельность.

3. *Доступность для полисенсорного восприятия*, стимулирующая и обеспечивающая возможность широко привлекать информацию от разных органов чувств как при восприятии отдельных объектов, так и существующих между ними отношений.

4. *Смысловая упорядоченность*, подразумевающая построение отношений в соответствии с определенной системой правил, понимание и выполнение которых значительно повышает эффективность жизнедеятельности ребенка с особенностями психофизического развития.

Д). *Погружение в систему социальных отношений*, стимулирующее ребенка к активному взаимодействию и сотрудничеству с окружающими людьми.

П. *Развивающий характер*, предполагающий наличие системы продуманных препятствий, которые ребенок в состоянии преодолеть самостоятельно или с помощью окружающих.

7. *Ориентация на охрану и развитие нарушенных анализаторных систем, использование реальных и потенциальных познавательных возможностей*, определяющая необходимость регулярно использовать остаточный слух, остаточное зрение, ограниченные двигательные возможности при соблюдении всех необходимых рекомендаций; работать в зоне актуального и ближайшего развития.

Важным условием обеспечения качества специального образования является квалификация педагогических кадров, нацеленность педагогического коллектива не столько на формирование академических знаний, сколько на развитие способности жить и адаптироваться в быстро меняющемся мире.

Следует помнить, что понятие качества специального образования рассматривается как относительное и детерминировано изменяющимся социальным заказом общества (требованиями общества, пожеланиями родителей детей с особенностями психофизического развития). Его оценка определяется степенью соответствия требованиям основных заказчиков: общества, государства, родителей.

1.3.5. Профессиональные и личностные качества педагогов, осуществляющих коррекционную деятельность

(очевидной становится задача формирования профессиональной готовности специалистов, работающих с различными категориями детей с особенностями психофизического развития. Проблема профессиональной готовности учителя в ее структурно-содержательном и технологическом аспектах не является новой. Исследователи

давно отметили, что человек, начинающий какую-либо деятельность, не может сразу достигнуть каких-либо результатов. Поэтому готовность является первичным фундаментальным условием выполнения любой деятельности. Готовность к профессиональной реализации педагогической деятельности носит ряд специфических черт и обуславливается содержательными особенностями последней.

Сущностная характеристика феномена профессионально-педагогической готовности отличается многообразием подходов к его определению.

Большинство современных авторов рассматривают готовность как устойчивую характеристику личности, целостный комплекс, включающий в себя мотивационный, познавательный и эмоциональный компоненты, которые отвечают требованиям содержания и условий деятельности. При этом они исходят из представлений о личности как трехуровневом явлении, как синтезе поведенческих, эмоционально-нравственных и духовно-когнитивных качеств.

Рассматривая феномен готовности к педагогической деятельности, разные авторы понимают его по-разному: 1) как свойство личности, обеспечивающее наибольшую продуктивность педагогической деятельности (Ю.В. Янотовская); 2) как комплекс внутренних сил личности, ее внутренний потенциал, оказывающий влияние на эффективность деятельности (Б.Г. Ананьев); 3) как избирательную направленность, настраивающую личность на будущую деятельность (Ю.К. Васильева); 4) как синтез свойств личности (В.А. Крутецкий); 5) как сложное личностное образование (Л.В. Кондрашова).

А.И. Мищенко профессиональную готовность педагога определяет как интегральное умение педагогически мыслить и действовать, состояние профессиональных знаний и умений, мотивации, способствующих успешному выполнению профессиональной деятельности.

По мнению исследователей, структура готовности и ее качество определяются фактором времени и представляют собой единство двух подсистем: ситуативной и долговременной. Такой подход к определению готовности и ее структуры получил название *функционального* и исследуется в литературе в свете различных концепций, начиная с 50-х годов XX в.

И. Турчанинова, анализируя структуру педагогической деятельности в целом, считает, что ее структурными компонентами выступают различные виды готовности:

- *социальная* — способность педагога осмысленно ориентироваться и самоопределяться в социальной жизни;

- *общекультурная* - достаточно высокий уровень общего образования и развития педагога;
- *специально-предметная* - знание предмета преподавания, при способленность в конкретной области деятельности;
- *психолого-педагогическая* - способность особым образом и в особых условиях взаимодействовать с другими людьми.

Педагогическая готовность включает педагогические умения; эмоциональную устойчивость, обеспечивающую выдержку и самообладание; профессионально-педагогическое мышление, которое позволяет проникнуть в причинно-следственные связи педагогического процесса, анализировать свою деятельность, отыскивать научно-обоснованное объяснение успехов и неудач, предвидеть результаты работы.

Фундаментальное исследование профессиональной готовности к педагогической деятельности проведено К.М. Дурай-Новаковой. Она выделены компоненты структуры профессиональной готовности как целостного явления:

- мотивационный;
- ориентировочно-познавательный-оценочный;
- эмоционально-волевой;
- операционно-действенный;
- установочно-поведенческий.

Говорить о профессионально-педагогической готовности безотносительно ее направленности не совсем корректно, так как именно последняя определяет специфику и композицию структурных компонентов. Говоря о профессионально-педагогической готовности будущих педагогов к работе с детьми, имеющими особенности психофизического развития, мы полагаем, что структурно-содержательной ее основой могут стать следующие компоненты:

- *информационный (компетентностный)* - обладание соответствующей композицией профессиональных знаний, умений, навыков профессиональных компетенций;
- *эмоционально-нравственный* - умение эмоционально правильно реагировать на реальные педагогические ситуации на основе знания и выполнения нравственных норм и правил;
- *эмпирический* - умение действительно сопереживать ребенку с особенностями психофизического развития;
- *мотивационный* - умение определять направленность профессиональной деятельности в организации взаимодействия с ребенком с особенностями психофизического развития;

- *установочно-поведенческий* - наличие психологической настроенности на работу с проблемным ребенком и построение адекватной модели профессионального поведения;
- *действенно-оценочный* - умение использовать вариативные оценки, опираясь на субъективную успешность ребенка, побуждающие его к дальнейшему взаимодействию с педагогом;
- *рефлексивно-коррекционный* - владение знаниями и умениями проводить рефлексию и коррекцию собственной профессиональной педагогической деятельности.

Выделение такой основы дает возможность представить содержание профессионально-педагогической готовности в целом и определить наполнение образовательного стандарта подготовки педагогов, способных организовать эффективное педагогическое сопровождение детей с особенностями психофизического развития в условиях образовательной интеграции.

Ребенок с особенностями психофизического развития имеет право на получение квалифицированной педагогической помощи, которую может оказывать только специально подготовленный педагог-дефектолог. Для успешной педагогической деятельности в структуре специального образования абсолютно недостаточно обычной педагогической подготовки.

Профессиональная деятельность педагога-дефектолога выходит за рамки традиционной учительской деятельности, тесно взаимодействуя и переплетаясь с различными видами социально-педагогической, реабилитационной, консультативно-диагностической, психотерапевтической, собственно коррекционной и другими видами «не учительской» деятельности, будучи направленной к одной цели - содействию человеку с ограниченными возможностями жизнедеятельности в его социальной адаптации и интеграции средствами специального образования.

Педагоги-дефектологи работают в специальных образовательных учреждениях (дошкольных, школьных, в учреждениях профессионального образования), в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, а также в образовательных учреждениях общего типа; в детских домах и школах-интернатах функционируют пункты коррекционно-педагогической помощи для ведения коррекционно-педагогической работы с разными категориями обучающихся и воспитанников. Они могут вести индивидуальное обучение и воспитание детей с ОПФР в домашних условиях.

Содержание коррекционной работы призвано решать несколько задач: профилактику нарушений, лечение, исправление и др. В этой связи личность педагога имеет решающее значение.

Известный российский дефектолог В.П. Кашенко так определял требования, предъявляемые к профессиональным качествам дефектолога:

1) никогда не упускать из виду, что трудные случаи не есть проявление злой воли, а результат известного влияния среды и predispositions;

2) учитывать всю социально-биологическую картину своего воспитанника;

3) обладать достаточной теоретической и практической подготовкой: «Учитель-практик без научной подготовки и прекрасный теоретик, который блестяще может говорить о воспитании, одинаково беспомощны перед воспитуемым ребенком»;

4) уметь любить детей и уметь импонировать им;

5) «...не должен обладать ни одной из форм возбудимости нервно-психической сферы и не выявлять отрицательных эмоций...».

Педагог-дефектолог - это человек с особым складом души, гуманный, умеющий сострадать, деятельный, инициативный, уверенный в успешном результате своей профессиональной деятельности, доброжелательный, тактичный, корректный.

Профессиональное мировоззрение педагога-дефектолога является результатом осмысления и личностной оценки процессов, происходящих в социальной и духовной жизни и влияющих на место и роль людей с особенностями психофизического развития в жизни общества.

Сферами профессиональной, деловой компетенции педагога-дефектолога являются: профилактическая работа, педагогическая диагностика и консультирование, специальное педагогическое просвещение, участие в психологической и психотерапевтической помощи, образовательная и социально-педагогическая деятельность, организация образования и руководство им.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Какими составляющими представлена система специального образования в Беларуси?

2. Каковы устойчивые тенденции преобразования специального образования в Республике Беларусь?

3. Какие учреждения, обеспечивающие специальное образование.

4. В чем отличие нецензового образования от цензового?

5. Назовите основные векторы и направления развития специального образования в Республике Беларусь.

6. Проведите сравнительный анализ понятий, характеризующих интеграционные процессы 1) образования детей с особенностями психофизического развития: «виды», «формы», «модели», «варианты».

7. Для каких категорий детей с особенностями психофизического развития образовательная интеграция более адекватна и почему?

8. Назовите условия успешной реализации интегрированного обучения.

9. Сформулируйте основные принципы интегрированного воспитания и обучения детей дошкольного возраста.

10. В чем суть понятия «качество специального образования»?

11. Какими механизмами может быть обеспечено качество специального образования?

ДЕТИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2.1. Психолого-педагогическая характеристика и [Глава 2] образование детей с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью)

Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого **иным способом, на ином пути, иными средствами**, и для педагога особенно важно знать своеобразие пути, по которому он должен провести ребенка.

Л. С. Выготский

2.1.1. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с интеллектуальной недостаточностью

Нарушения интеллектуальной сферы детей могут носить различный характер и иметь большое количество вариантов проявления. Дети с интеллектуальной недостаточностью в форме умственной отсталости составляют от 1 до 3% от общей детской популяции.

Под **умственной отсталостью** понимают стойкое нарушение познавательной деятельности в результате органического поражения клеток коры головного мозга. Однако следует помнить, что не само по себе органическое нарушение коры головного мозга формирует умственную отсталость, «оно лишь дает толчок личностно-социальному процессу, который ведет к умственной отсталости во всей ее сложной совокупности» (И.А. Коробейников). Некоторые исследователи считают «дискуссионным положение об исходно низком уровне познавательной активности умственно отсталого ребенка, возникающем и сохраняющемся как непосредственный результат органического неблагополучия головного мозга» (И.А. Коробейников, П.Г. Петрова, О. Шпек).

104

Степень выраженности нарушения существенно зависит от тяжести постигшей ребенка вредности, от ее преимущественной локализации, от времени начала воздействия. Чем в более ранние сроки возникло нарушение, тем тяжелее оказываются последствия.

Интеллектуальная недостаточность в зависимости от времени воздействия патологического фактора может проявляться в форме **олигофрении**, которая возникает на более ранних этапах онтогенеза (до трех лет), или **деменции** (распад психики) - на более поздних этапах онтогенеза (после трех лет) как следствие органических заболеваний мозга и травм.

Деменция может явиться следствием органических заболеваний мозга и травм и быть выражена в двух вариантах: **резидуальная** (остаточная) и **прогредиентная** (прогрессирующая). Характерными признаками деменции являются несоответствие между запасом знаний и возможностью их реализации; выраженные нарушения работоспособности, памяти, внимания, регуляции поведения, мотивации.

Клинико-психологическая структура нарушения при олигофрении, как отмечал В.В. Лебединский, обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры как образования, наиболее сложного и наиболее поздно созревающего в онтогенезе. При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального нарушения.

В тесной связи с указанными особенностями находятся сформулированные Г.Е. Сухаревой два основных клинико-психологических «закона» олигофрении: тотальность нервно-психического недоразвития и его иерархичность.

Понятие «тотальность» означает, что в состоянии недоразвития находятся все нервно-психические и в определенной мере даже соматические функции, «начиная от врожденной несформированности ряда внутренних органов (порок сердца, нарушение строения желудочно-кишечного тракта и других систем), недоразвития костной, мышечной и других систем, несформированности сенсорики и моторики, элементарных эмоций, и кончая недоразвитием высших психических функций, таких как речь, мышление, формирование личности в целом» (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, В.Г. Петрова, Б.И. Пинский и др.).

Ранее для определения глубины интеллектуального нарушения в отечественной дефектологии использовалась классификация, в соответствии с которой выделялись степени: дебильность,

имбецильность, идиотия. Отказ от уничижающей терминологии потребовал изменения понятий. Сейчас на основе «Методических рекомендаций по использованию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра» (МКБ-10, 2002) выделяются четыре степени интеллектуальной недостаточности:

- легкая;
- умеренная;
- тяжелая;
- глубокая.

Специфика психического развития у детей с любой степенью интеллектуальной недостаточности определяется глубиной нарушения и проявляется с первых дней жизни. Первым тревожным для родителей сигналом должна быть задержка в формировании локомоторных функций: держать голову, сидеть, стоять, ходить такие дети начинают значительно позднее, чем их нормально развивающиеся сверстники. Эта задержка у многих детей бывает довольно существенной и может захватывать не только первый, но и второй год жизни.

Развитие детей с легкой степенью интеллектуальной недостаточности характеризуется такими особенностями:

- позже начинают ходить, говорить, в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания;
- неловки, физически слабы, часто болеют;
- мало интересуются окружающим (не исследуют предметы, не стремятся узнать о них у взрослых, равнодушны к процессам и явлениям, происходящим в природе и социальной жизни);
- активный (также как и пассивный) словарь беден, фразы односложны; не могут передать элементарное связное содержание; не понимают конструкций с отрицанием, инструкций, состоящих из двух-трех слов; им трудно поддерживать беседу, так как они не всегда достаточно хорошо понимают вопросы собеседника;
- без коррекционного обучения к концу дошкольного возраста у этих детей формируется только предметная деятельность, игровая деятельность не становится ведущей;
- в младшем дошкольном возрасте преобладают бесцельные действия с игрушками (несет кубик в рот, бросает куклу), к старшему дошкольному возрасту появляются предметно-игровые действия (укачивание куклы, катание машины), процессуальная игра - многократное повторение одних и тех же действий;

- игровые действия не сопровождаются эмоциональными реакциями и речью;

- сюжетно-ролевая игра самостоятельно без специального коррекционного обучения не формируется; нормально развивающиеся сверстники не принимают такого ребенка в игру, так как он не умеет играть;

- в условиях обычного детского сада испытывают стойкие трудности в усвоении программного материала на занятиях по формированию элементарных математических представлений, развитию речи, ознакомлению с окружающим, конструированию;

- в основном сохраняют конкретное мышление, способны ориентироваться в практических ситуациях; у большинства из них эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность.

Особенности развития детей с умеренной степенью интеллектуальной недостаточности (В.И. Лубовский, В.Г. Петрова и др.) в общих чертах таковы:

- в младенческом возрасте начинают позже держать голову (к четырем-шести месяцам и позже), самостоятельно переворачиваться, сидеть;

- овладевают ходьбой после трех лет;

- практически отсутствуют гуление, лепет; не формируется «комплекс оживления»;

- речь появляется к концу дошкольного возраста и представляет собой отдельные слова, редко фразы, значительно нарушено звукопроизношение; речевое развитие примитивно, собственная речь бедна, хотя понимание речи на бытовом уровне относительно сохранно;

- существенно страдает моторика, поэтому навыки самообслуживания формируются с трудом и в более поздние сроки, чем у нормально развивающихся детей;

- познавательные возможности резко снижены: грубо нарушены Ощущения, восприятие, память, внимание, мышление; они неспособны к самостоятельному понятийному мышлению.

Дети с умеренной степенью интеллектуальной недостаточности признаются инвалидами детства. Эти дети способны овладеть навыками общения, социально-бытовыми навыками, грамотой, счетом, [некоторыми сведениями об окружающем мире, научиться какому-либо ремеслу. В то же время они не могут вести самостоятельный образ жизни, нуждаются в опеке.

Анализ опыта работы с такими детьми показал, что в дошкольном возрасте они могут посещать специальные детские сады для детей с интеллектуальной недостаточностью, а затем могут быть приняты в специальные школы (вспомогательные школы, второе отделение вспомогательной школы).

Тяжелая степень интеллектуальной недостаточности характеризуется неадекватной реакцией на окружение, поздним появлением навыков стояния, ходьбы, относительно поздним появлением лепета и первых слов, слабым интересом к окружающим объектам и игре. Таким детям недоступно осмысление окружающего, речь развивается крайне медленно и ограниченно или не развивается вообще, наблюдаются тяжелые нарушения моторики, координации движения, точности и темпа произвольных движений, пространственной ориентировки, медленно и трудно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе гигиенические. Дети этой категории составляют примерно 14-15% от общего числа детей с интеллектуальными нарушениями.

Дети испытывают выраженную моторную недостаточность, проявляющуюся в бедности, однообразии движений, резкой их замедленности, неловкости, а в случае преобладания процесса возбуждения отмечается беспорядочность движений, нарушение их координированноеTM, последовательности.

Восприятие характеризуется недифференцированностью, глобальностью. В мышлении детей отмечается отсутствие или слабость смысловых связей, трудность их установления, инертность, узкая конкретность, чрезвычайная затрудненность обобщений.

У детей с умеренной и тяжелой степенью интеллектуальной недостаточности исследователи отмечают большую сохранность эмоциональной сферы, чем интеллектуальной. Именно поэтому в организации обучения таких детей первостепенным является преодоление сенсорного и эмоционального дискомфорта, беспокойства, тремора, страха.

Глубокая степень интеллектуальной недостаточности характеризуется грубыми нарушениями общей моторики, поздним формированием, а иногда и несформированностью локомоторных функций, пелдскна шоестью реакций на окружающее, сложностью (невозможностью) овладения простейшими гигиеническими навыками и навыками самообслуживания, отсутствием связной речи.

Нес дошкольники с интеллектуальной недостаточностью в форме умственной отсталости проявляют *отсутствие* или *значительное снижение интереса к окружающему*, общую патологическую инерт-

ность (не интересуются игрушками, подвешенными над кронаткой, не пытаются их схватить). Замедляется формирование предметного восприятия. Это обстоятельство, а также отсутствие качественного общения со взрослыми сказываются на развитии фонематического восприятия, артикуляции, своевременности появления лепета. Таким образом, можно говорить о снижении формирования предпосылок развития речи. Как отмечает И.А. Коробейников, наиболее жесткое блокирование познавательной активности может происходить в дошкольный и школьный периоды, когда приоритеты в коррекционно-развивающей работе связываются с задачами развития умственных действий и операций, формированием учебных знаний, умений и навыков.

Исследователи В.Г. Петрова, В.И. Лубовский, С.Д. Забрамная и другие отмечают у детей с интеллектуальной недостаточностью *отставание в темпе развития наглядно-действенного мышления* (до конца дошкольного возраста у них фактически отсутствует возможность решения наглядно-образных задач), по-иному, чем в норме, складывается соотношение наглядного и словесно-логического мышления. Следует отметить большую успешность таких детей в социальном развитии, чем когнитивном (И.А. Коробейников, О. Шпек).

Основная черта детей, имеющих нарушения интеллектуального развития, - неспособность к самостоятельному понятийному мышлению. Стойкие нарушения познавательной деятельности отчетливо обнаруживаются в сфере познавательных процессов, особенно - в словесно-логическом мышлении. Имеет место не только отставание от нормы, но и глубокое своеобразие и личностных проявлений, и познавательной сферы. Одни психические процессы у умственно отсталых детей оказываются нарушенными более резко, другие остаются относительно сохранными.

Исследования эмоциональной сферы детей с интеллектуальной недостаточностью, проведенные под руководством В.Г. Петровой, показали, что в подростковом возрасте проявляется болезненное переживание чувства собственной неполноценности, нередко осложняемое инфантилизмом. Ученики слабо контролируют свои эмоциональные проявления и часто даже не пытаются этого сделать. Для этой категории детей (особенно для младших школьников) характерна незрелость мотивационно-потребностной сферы, слабая выраженность и кратковременность побуждений к деятельности, недостаточность социальных потребностей.

Игра детей с интеллектуальной недостаточностью в форме умственной отсталости имеет ряд специфических черт: действия с предметами стереотипны, формальны, остаются на уровне манипуляций; отсутствует замысел, нет элементов сюжета; интерес детей к предметам, игрушкам оказывается кратковременным, так как побуждается лишь их внешним видом; дети не используют предметозаместителей (не могут замещать действия с реальными предметами изображением действий или речью); к школьному возрасту предметная деятельность фактически не возникает.

С точки зрения развития речи исследователи отмечают, что дети дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью в форме умственной отсталости представляют собой весьма неоднородную категорию. Среди них имеются дети, совсем не владеющие речью, и дети с формально достаточно хорошо развитой речью. Но всех их объединяет *ограниченное понимание обращенной речи, привязанность к данной ситуации, с одной стороны, и оторванность речи от деятельности, с другой*. Речь не отражает истинных интеллектуальных возможностей ребенка, не может служить полноценным источником передачи ребенку знаний. Фразовая речь аграмматична, нарушена ее связность. Пассивный словарный запас значительно преобладает над активным, длительное время сохраняется ситуативное значение слов, нарушено формирование как регулирующей, так и коммуникативной функций речи.

Говоря о формировании личности дошкольника с интеллектуальной недостаточностью, исследователи отмечают большие отклонения как в сроках и темпах развития, так и в качестве, так как нарушается формирование *предпосылок, обеспечивающих нормальное формирование личности* у его сверстников. Среди них: непроизвольность поведения, негативные реакции на замечания, порицания, неудачу. Систематическое переживание неуспеха ведет к формированию патологических черт личности - к отказу от всякой деятельности, пассивности, замкнутости, агрессивности или, наоборот, заискиванию перед взрослым или более сильным. Появляются угодливость, негативизм, озлобленность (Б.П. Пузанов и др.).

Целенаправленная организация жизни ребенка с интеллектуальной недостаточностью, предполагающая оказание ранней коррекционной помощи и определение адекватной модели обучения и воспитания, может к значительной степени скорректировать имеющиеся дефекты и предупредить возможные наслоения вторичного и третичного порядка.

2.1.2. Образование лиц с интеллектуальной недостаточностью

Многочисленные исследования, проведенные в области специальной психологии и коррекционной педагогики, показали, что необучаемых детей нет. Раннее начало коррекционной работы с ребенком позволяет максимально скорректировать дефект и предотвратить вторичные отклонения.

Развитие ребенка с интеллектуальной недостаточностью определяется биологическими (выраженность нарушения, качественное своеобразие его структуры, время его возникновения) и социальными (ближайшее окружение ребенка: семья, в которой он живет, родители, дети, с которыми он общается, школа) факторами. Только специально организованное обучение и воспитание создает условия для продвижения такого ребенка в общем развитии, для усвоения им знаний, умений и навыков, для их систематизации и практического применения.

Олигофренопедагогика - отрасль коррекционной педагогики, разрабатывающая проблемы воспитания, обучения и путей коррекции развития детей с интеллектуальной недостаточностью. Олигофренопедагогика разрабатывает психолого-педагогические проблемы диагностики интеллектуальной недостаточности, принципы, формы, методы, технологии организации учебно-воспитательного процесса. Одной из важных задач олигофренопедагогики является определение оптимальных педагогических средств коррекции нарушений познавательной, эмоциональной сфер и личности ребенка в целом, формирование жизненных компетенций в целях его социальной интеграции.

Значение специального обучения и воспитания детей с интеллектуальной недостаточностью в форме умственной отсталости огромно. Возрастные изменения в развитии наглядно-действенного мышления у них без специального обучения незначительны; без специального обучения ведущей деятельностью остается не игровая, а предметная; без специально организованного обучения в игре не развиваются функции речи и продуктивная деятельность.

На уровне дошкольного образования детей с интеллектуальной недостаточностью работа направлена на обогащение эмоциональных и личностных контактов со взрослыми и сверстниками, удовлетворение потребности в доброжелательном внимании со стороны взрослого и сотрудничестве с ним, потребности в исследовании предметного мира, а также на стимулирование психомоторного развития.

Большое значение в организации коррекционно-воспитательной работы с детьми-дошкольниками с интеллектуальной недостаточностью имеет создание эмоционального климата, в котором ребенок постоянно чувствует заботу о себе, внимание со стороны взрослых.

Педагог-дефектолог и воспитатели группы должны работать в тесном контакте, иметь единый стиль работы и подход к воспитанию каждого ребенка. Это предполагает совместное изучение программы воспитания и обучения и составление перспективного плана работы (правильное планирование обеспечивает необходимую повторяемость и закрепление материала в разных видах деятельности детей и в различных ситуациях). Учитель-дефектолог и воспитатель группы должны проводить совместное изучение детей, анализ полученных результатов, вместе готовить и принимать участие во всех детских праздниках и развлечениях, в работе с родителями делать акцент на положительных возможностях ребенка, давая рекомендации по организации режима дома, общению, играм.

Подготовка к школе осуществляется в течение всех лет обучения ребенка в дошкольном учреждении и проходит в различных направлениях:

- развитие сотрудничества, умения реагировать на затруднительные ситуации;
- развитие коммуникативной компетентности и умения строить отношения со сверстниками;
- формирование физической готовности;
- формирование элементарных познавательных интересов, познавательной активности и накопление знаний и умений;
- формирование нравственно-волевой готовности и др.

Как правило, дети раннего возраста с интеллектуальными нарушениями воспитываются в семье или домах-интернатах для детей с умственным и физическим недоразвитием. Коррекционную помощь им могут оказывать родители, дефектологи, воспитатели групп, музыкальные работники, логопеды, психологи. В организации ранней коррекционной помощи детям с интеллектуальной недостаточностью решающее значение имеет речь взрослого. При этом взрослому следует использовать простые предложения (3-5 слов), говорить медленно и отчетливо, использовать одни и те же предложения для обозначения предметов и действий. Следует говорить правильно, а не копировать речь ребенка. Если ребенок не

говорит, взрослому следует постоянно говорить с ним. С помощью речи ребенок побуждается к подражанию.

Содержание воспитания и обучения детей-дошкольничков с интеллектуальной недостаточностью в Республике Беларусь определено программой для специальных дошкольных учреждений «Воспитание и обучение детей-дошкольников с интеллектуальной недостаточностью» (2007).

Целью воспитания и обучения детей дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью является гармоничное развитие личности ребенка (триада физического, духовного, интеллектуального), снижение зависимости от посторонней помощи, формирование жизнеспособной личности.

Основное направление коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими интеллектуальные нарушения, - максимальная адаптация их к жизни в окружающей социальной среде.

Специфической формой организации учебных занятий являются индивидуальные и групповые логопедические занятия, ЛФК, занятия по развитию психомоторики и сенсорных процессов.

Современные исследования (СЕ. Гайдукевич, Н.Н. Баль и др.) показали необходимость специальной адаптации образовательной среды для каждой категории детей с психофизическими нарушениями, в том числе для детей с интеллектуальной недостаточностью.

Образование лиц с интеллектуальной недостаточностью может быть организовано как в специальных учреждениях образования, так и в учреждениях образования общего типа (специальных или интегрированных группах и классах). Ребенка с интеллектуальной недостаточностью (легкая степень), вовлеченного в интегрированное обучение, следует обеспечить положительным эмоциональным самочувствием, разнообразными контактами с другими детьми. Для этой цели педагогу рекомендуется использовать различные формы, методы и приемы (СЕ. Гайдукевич и др.).

1. Демонстрация здоровым детям сильных сторон и положительных качеств личности ребенка с интеллектуальной недостаточностью (физическая сила и выносливость, трудолюбие, старательность). Так, для воспитанников с синдромом Дауна характерна аккуратность, дисциплинированность, доброжелательность.

2. Создание ситуаций успеха, стимулирующих детей к самостоятельности (педагогу необходимо отмечать и положительно оценивать даже незначительные успехи и достижения ребенка).

3. Демонстрация достижений взрослых людей с интеллектуальной недостаточностью в профессиональной деятельности и самостоятельной жизни (овладевают профессиями маляра, плотника, слесаря, швеи; ориентируются в социальных отношениях и взаимодействуют с другими людьми).

Рекомендуется рассказывать детям биографию американского актера Криса Берка с синдромом Дауна, который за исполнение главных и эпизодических ролей в фильмах и сериалах удостоен различных наград и премий. В Нью-Йорке есть школа, названная в по честь. К. Берк активно участвует в музыкальных программах, выпускает музыкальные альбомы, выступает в школах и на конференциях. Актер и музыкант утверждает: «Иметь синдром Дауна это не значит, что вы не можете достичь звезд или даже стать одним из них».

А. Оказание шефской помощи детям с интеллектуальной недостаточностью со стороны здоровых сверстников (поддерживать в порядке рабочее место, выполнять общественные поручения).

5. Чтение специальной популярной литературы, содержание которой формирует систему отношений к данной категории детей (например, И. Ахиллес, К. Шлие «Моя сестра - с ограниченными возможностями»).

Специфика организации обучения и воспитания детей с интеллектуальной недостаточностью затрагивает все сферы образовательного процесса. В Республике Беларусь с 2002/03 учебного года в специальных школах, обеспечивающих цензовое образование, также как и в массовых школах, введена 10-балльная система оценивания учащихся. Это позволяет усилить стимулирующую функцию отметки, практическую направленность обучения. Оцениваются не только предметно-содержательная область (знания, умения и навыки по предмету), но и содержательно-деятельностная (сформированность и уровень учебно-познавательной деятельности), а также индивидуально-личностная сфера.

Вспомогательная школа перешла на новую систему оценивания с 2003/04 учебного года, когда были разработаны специальные критерии для оценивания достижений детей с интеллектуальной недостаточностью. Среди критериев оценки выделяются: полнота знаний, уровень сознательности их усвоения, прочность усвоения, умение их применять, сформированность мыслительных операций и способов умственной деятельности, прилежание, отношение к учебной деятельности, характерные черты личности ученика.

Некоторые исследователи (Т.В. Варенова и zip.) предлагают вести учет усвоения учебного материала с помощью условных обозначений:

Ф - хорошие навыки, правильно понимает инструкцию, самостоятельно справляется с заданием;

- - правильно понимает инструкцию, не всегда самостоятельно справляется с заданием, принимает помощь, действует адекватно; знания есть, но не всегда правильно используются;

- - инструкцию понимает, но не всегда действует в соответствии с ней, часто допускает ошибки, требуется стимулирующая помощь в организации деятельности; знания непрочные;

- 0 - инструкцию понимает только после повторения, требуется постоянная стимулирующая помощь (на невербальном уровне);

- Н - не реагирует на инструкцию, задания не выполняет, знания отсутствуют.

Остановимся подробнее на новых подходах в системе оценивания учебных достижений детей, предлагаемых белорусскими исследователями (С.Ф. Левяш, О.С. Хруль). Так, в качестве критериев и показателей оценивания достижений учебной деятельности учащихся с интеллектуальной недостаточностью предлагается считать:

- обученность (основана на теории Л.С. Выготского о соотношении обучения и умственного развития);
- степень самостоятельности учащихся (степень самостоятельности выполнения задания и мера помощи учителя);
- корректировку знаний учеником (самоконтроль правильности выполнения задания);
- степень ответственности и прилежания в учебной деятельности.

Контрольно-оценочная деятельность носит субъективный характер и в зависимости от субъекта, производящего оценку, может относиться к учителю, учащемуся по отношению к другим ученикам, учащемуся по отношению к самому себе. При этом контрольно-оценочная деятельность может выражаться как в баллах (собственной отметке), так и в оценочных суждениях, содержание и сила эмоционального компонента которых возрастают от уровня к уровню учебных достижений. В соответствии с уровнями учебных достижений исследователи предлагают дифференциацию оценочных суждений (табл. 2.1).

Таблица

2.1 Контролирующая деятельность учителя и ученика

Уроним,	Контрольно-оценочная деятельность учителя	Контрольно-оценочная деятельность ученика		
	Оценочные суждения	Взаимоконтроль, взаимооценка	Самоконтроль	Самооценка
1-й (низкий) 1-2 балла	Хорошо, ты узнал... Ты смог найти... Ты выполнил задания на 1 (2) балла	Не обращает внимания на ответы товарищей, не оценивает их	Не обнаруживает ошибок, помощь педагога не эффективна	Я уже узнаю... Я получил 1(2) балла (отражено)
2-й (удовлетворительный) 3-4 балла	Хорошо, ты смог запомнить... Ты можешь рассказать... Ты выполнил задания на 3 (4) балла	Контролирует ответы учащихся, но по просьбе учителя, оценить ответ товарища не может	Обнаруживает ошибки по указанию педагога, устраняет ошибки с помощью педагога	Я уже запомнил... Я выполнил задание на 3 (4) балла (отражено)
3-й (средний) 5-6 баллов	Молодец, ты понимаешь... Ты уже объясняешь... Ты выполнил задания на 5 (6) баллов	Ситуативный контроль ответов учащихся, не всегда адекватно их оценивает	Обнаруживает ошибки с помощью педагога, самостоятельно исправляет ошибки	Я уже понял... Я получил 5(6)баллов
4-й (достаточный) 7-8 баллов	Очень хорошо, ты можешь привести примеры. Ты уже самостоятельно устраняешь ошибки. Ты выполнил задания на 7 (8) баллов	Контролирует ответы учащихся, адекватно их оценивает с ориентацией на оценочные суждения учителя	Самостоятельно обнаруживает и устраняет ошибки	Я знаю материал. Я могу применить знания на практике. Я уже выполняю задание на 6 (7) баллов
5-й (высокий) 9-10 баллов	Отлично, ты свободно пользуешься материалом. Ты умеешь выполнять сложные задания. Ты заслужил 9 (10)баллов	Контролирует ответы учащихся, адекватно их оценивает	Выполняет задания самостоятельно, без ошибок	Я уже могу применять свои знания в разных ситуациях. Я заслужил 9 (10) баллов

Самым важным звеном в системе оценивания учебных достижений ребенка с интеллектуальной недостаточностью является учет его возможностей в усвоении программного материала, а также поддержание ситуации достижения успеха, выражающееся и оценочных суждениях («Ты можешь...», «Ты справишься...», «Ты знаешь...», «Ты умеешь...», «Ты умеешь делать выводы ...» и др.).

Особого внимания заслуживает работа с семьей ребенка с интеллектуальной недостаточностью. Исследования, посвященные изучению характера взаимоотношений и социальных позиций в семьях, воспитывающих умственно отсталых детей, показали присутствие определенных признаков, характеризующих такие семьи:

- родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка (так называемое нарушение временной перспективы);

- личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей и, как следствие, вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность;

- семейные отношения нарушаются и искажаются;
- социальный статус семьи снижается (сокращается ближайшее окружение, родители пытаются скрыть факт нарушений у ребенка);

- «особый психологический конфликт» (Ч. Шеффер, Л. Кери, 2000) возникает в семье как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка.

Проведенные исследования (М.П. Дерюгина, А.Р. Маллер, М.Л. Шипицына и др.) позволили определить ключевые черты, которыми должны обладать родители, воспитывающие ребенка-инвалида:

- *вера* - родители должны иметь веру в жизнь, внутреннее спокойствие, чтобы не заражать своей тревогой детей;

- *успешность* - родители должны строить свои отношения к ребенку на успешности, что определяется родительской верой и его силы и возможности;

- *похвала* - родители должны четко знать, что ребенок не может вырасти без похвалы;

- *самостоятельность* - родители должны развивать самостоятельность своего ребенка и для его же блага по возможности сокращать постепенно помощь ему до минимума.

Пока еще недостаточно разработанной остается проблема организации эффективного психолого-педагогического сопровождения детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. Значительный вклад в практику обучения таких детей внесли российские (И.М. Бгажнокова, С.Д. Забрамная, А.Р. Маллер, Г.В. Цикото, Л.М. Шипицына и др.) и белорусские (Т.Л. Лещинская, Т.В. Лисопскаи, Т.П. Кунцевич, Ю.Н. Кислякова, В.А. Шинкаренко и др.) исследователи.

Пеобучаемых детей нет, но возможности обучения и учебные продвижения - разные. Каждый ребенок с тяжелыми и (или) множественными нарушениями психофизического развития имеет свой собственный темп и ритм развития, но вместе с тем имеет и большое количество ограничений. В настоящее время дети с тяжелой интеллектуальной недостаточностью получают абилитационное образование.

Образование детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью исследователи (Т.Л. Лещинская и др.) признают инновационным. В организации обучения таких детей актуальными являются телесно-ориентированное обучение (воздействие через тело, при котором прикосновение успокаивает ребенка, помогает установить контакт, снять напряжение); сенсомоторная стимуляция, полимодальность обучения. Обязательным является требование комплексного подхода к обучению. Исследователи отмечают необходимость построения образовательной модели исходя из актуальных потребностей детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью.

Организация учебного процесса детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью должна отвечать по крайней мере двум основным требованиям: стимулировать ведущие сенсорные системы ребенка и на основе выполнения репродуктивных действий включать ребенка в совместную деятельность со взрослым.

Т.Л. Лещинская рассматривает цели и задачи образования детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью в следующем контексте:

- улучшение качества жизни детей, стимулирование положительных эмоций;

- стимуляция психофизического развития на основе полярных раздражителей;
- системное обогащение жизненного опыта ребенка, формирование у него способов деятельности;
- индивидуализация образовательного процесса (фронтальное обучение неприемлемо);
- формирование основ жизнеобеспечения в процессе совместной деятельности со взрослым при постепенном снижении симбиотической зависимости от него.

Таким образом, цель всей коррекционно-педагогической работы с детьми с тяжелой интеллектуальной недостаточностью - их социальная адаптация.

Как отмечает А. Р. Маллер, для этих детей важно не столько передать определенную сумму знаний, сколько выработать у них адекватность поведения, умение действовать в конкретных жизненных ситуациях, «бытовую ситуационную приспособленность».

Особое значение в образовании детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью имеет сенсомоторное обучение и воспитание, которое обеспечивает сенсомоторные интеллектуальные реакции (выделение существенного, расчленение действия и т.д.).

Организационными формами образования детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью в нашей стране являются:

- обучение в условиях домов-интерпатов для детей с нарушением интеллекта;

- обучение в условиях ЦКРОиР;
- обучение на дому;
- обучение в учреждениях образования интегрированного типа.

Т.В. Варенова рекомендует при обучении детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью обращаться к опыту кондуктивной Педагогики детей с церебральным параличом, общие принципы которой сформулировал венгерский ученый-практик Андраш Пето [1893-1967). Среди них:

- приспособление ребенка к реальным условиям жизни;
- обеспечение приспособления за счет обучения навыкам;
- стремление к максимальному владению сохранными функциями;

- закрепление сформированных действий в практических ситуациях;

- профилактика и устранение комплекса неполноценности;

- интегрированный социум — окружение не только из больных, но и здоровых людей;
- постоянное развитие в процессе обучения.

Эта методика позволяет осуществить взаимосвязь в развитии моторики, речи и произвольной регуляции поведения.

В работе с детьми с тяжелой интеллектуальной недостаточностью широко используется музыкальная терапия, включающая танцы, двигательные и ритмические упражнения, массаж (контактный и бесконтактный), дыхательные упражнения, восприятие и исполнение музыки.

Условиями максимально возможного развития детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью исследователи называют: 1) раннее начало коррекционной работы; 2) благоприятную семейную обстановку и тесную связь специального учреждения с семьей; 3) использование адекватных программ и методов обучения, соответствующих реальным возможностям ребенка и целям его воспитания.

Таким образом, нарушения интеллектуального развития могут быть различной степени выраженности, но независимо от степени интеллектуальной недостаточности дети с такими нарушениями нуждаются в специальной коррекционной помощи, психолого-педагогическом сопровождении специалистов.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Какие основные клипико-психологические «законы» олигофрении сформулировала Г.Е. Сухарева? Объясните значение тотальности проявления нарушения.
 2. Перечислите основные особенности психического развития детей с различными степенями интеллектуальной недостаточности.
- !{. По каким основным направлениям осуществляется подготовка детей с интеллектуальной недостаточностью к обучению в школе?
- 1. Назовите общие признаки, которые характеризуют семьи, воспитывающие инвалидом.
 - Г). Назовите основные особенности организации обучения детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью.
- (>. (оставьте структурно-логическую схему, отражающую содержание первого вопроса темы.

2.2. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями психического развития (трудностями в обучении)

2.2.1. Причины и условия формирования школьной неуспеваемости

Каждому человеку присущ свой собственный путь развития. Дети одного календарного возраста могут иметь различный биологический возраст, т.е. находиться на разных этапах созревания. Кроме того, дети, поступившие в школу, встречаются с факторами риска;

- постоянные микрострессы, вызывающие плаксивость без причины, плохой сон, аппетит;
- стресс ограниченного времени;
- несоответствие методик и технологий обучения возрастным особенностям учащихся (при чтении с секундомером требуется скорость 120 слов в минуту, тогда как восприятие информации возможно лишь при скорости не более 80-90 слов);
- интенсификация и нерациональная организация учебного процесса;
- низкая квалификация педагогов в вопросах возрастной физиологии, психологии, охраны здоровья школьников.

По разным данным, от 4 до 25% семилетних и от 20 до 50% шестилетних детей при традиционной организации процесса школьного обучения испытывают большие трудности при адаптации к школе, не могут без напряжения усваивать школьную программу.

Неуспевающий ребенок - это ребенок, который не может продемонстрировать тот уровень знаний, умений, скорости мышления и выполнения операций, который показывают обучающиеся с ним «рядом дети» (И.П. Подласый, 2002).

По данным некоторых исследований, до 80% детей выпадают понятия нормы. Они нестандартные, исключительные, с отклонениями в развитии, поведении, мышлении и работоспособности. Специальные обследования отстающих в учебе детей показывают, что по основным интеллектуальным показателям они не только не хуже, но даже лучше многих хорошо успевающих школьников. Это означает, что общая для всех, рассчитанная на среднего ученика, Икола не сможет их удовлетворить.

И. П. Подласый называет тех детей, чье развитие либо опережает, либо отстает от возрастной нормы. Неудачными могут быть и психически здоровые дети, и дети, чье общее развитие превышает установленную норму. Это дети с особым мироощущением, своим собственным мировосприятием, яркими, самобытными способами мышления. Неудачный, особый ребенок иногда просто непонятен учителю, его мышление настолько оригинальное, что плохо соотносится со школьной реальностью и поэтому ею отбрасывается.

Именно стойкая неудачность, как правило, сопряжена с различными нарушениями в поведении. Известны следующие типы отклонений в учебной деятельности:

- 1) общее отставание в учении (по языку, математике и другим учебным дисциплинам);
- 2) специфическое отставание (по языку или математике);
- 3) отклонение от индивидуального оптимума учебной деятельности (Ю.З. Гильбух).

Таким образом, неудачность может быть общей и специфической. Основанием классификации является принятое в психологии выделение общих и специфических способностей.

Общая неудачность связана с низкими показателями психической активности: отсутствием любознательности, интеллектуальной активности, низким уровнем притязания в отдельных областях умственной деятельности, инертностью нервно-психических процессов, неумением рационально планировать умственную деятельность, неспособностью к самоконтролю, самоорганизации.

Специфическая неудачность связана с проблемами в усвоении конкретной области умственной деятельности. Например, отставание по языку характеризуется сложностями в овладении навыком чтения, бедностью словаря, несформированностью умений выражать полно и четко свои мысли; несформированностью речедвигательных процессов, графических навыков письма, отставанием и овладении навыками правописания.

Среди причин, вызывающих отставание детей в школе, значительное имеют факторы органического и неорганического, школьного и внешкольного происхождения. К ним относят: неблагоприятную наследственность; нарушения нервной деятельности; общую неспособность к интеллектуальному труду; физическую ослабленность; неподготовленность к систематическому учебному труду; школьную незрелость; педагогическую запущенность; недостаточное раз-

витие речи; недостаточную сформированность элементарных умений - навыков чтения, письма, счета, познавательную пассивность и безразличие; боязнь школы, учителей; инфантилизм. К причинам неорганического характера относятся:

- особенности раннего развития;
- степень функциональной зрелости организма;
- состояние здоровья ребенка;
- условия воспитания в семье и др.

Одной из причин неудачности является неправильное семейное воспитание (социальная запущенность, депривация). Дети, воспитывающиеся в семьях, где недостаточное внимание уделяется играм, книгам, чтению, организации досуга, общению, как правило, страдают узостью и бедностью интересов.

По мнению ряда исследователей, неудачные дети больше всего боятся подтверждения собственной беспомощности. Их страх неудачи, поражения становится одной из главных причин неудачности. Боясь ответить неправильно, ребенок молчит. Пугаясь, что работа будет низко оценена, вообще не работает.

Исследования показывают, что напуганные школой дети лучше работают вне класса. Даже сложные задачи неудачный школьник хорошо решает в игровой внеклассной деятельности и проявляет полную беспомощность перед ними в классе. Главным тормозящим фактором выступает страх поражения, страх низкой оценки.

Страх становится причиной школьных неврозов (дидактогенных). В тяжелых случаях школьный невроз может развиваться в заболевание, требующее длительного лечения. Подавленный неврозом школьник боится учителя, не хочет посещать школу, постоянно нервничает, плохо спит, часто плачет, при первой возможности пропустит уроки. В школе эти дети проявляют независимость, непослушание, неуправляемость, грубость; неконтактность, сдержанность, настороженность, озлобленность; отказываются от работы, игнорируют замечания, занимаются посторонними делами. В домашних условиях они энергичны, проявляют самостоятельность, волеизъявление, активность, предприимчивость; стремятся оказать помощь родителям, общаться с ними на равных. Инфантильная незрелость ребенка, которая усугубляется школой, может вывести вполне нормального ребенка в неудачные ученики. Наиболее отчетливо инфантилизм проявляется в начале школьного обучения. Такое состояние может возникнуть.

ся ослабленностью организма из-за различных заболеваний, нарушениями или недостаточностью питания, травмами мозга во время родов или в раннем возрасте. **Основными особенностями инфантильного ребенка**, по мнению ряда исследователей, являются:

- неспособность произвольно управлять своим поведением;
- моторная незрелость;
- неумение включиться в общую работу;
- наличие неадекватных эмоциональных реакций;
- несамостоятельность, повышенная внушаемость, недостаточная критичность к своему поведению и результатам своей деятельности.

Проведенные исследования показали, что основной упор в организации коррекционной работы с такими детьми следует делать на организацию адекватных условий обучения с учетом их недостаточной готовности, индивидуальный подход к коррекционным воздействиям (А.О. Дробинская, 2001).

Среди **субъективных причин школьной неуспеваемости** И.П. Подласый называет:

- недостаточную готовность ребенка к школьному обучению - отсутствие нужных знаний, умений и привычек;
- неверие ученика в собственные силы, синдром неудачника;
- повышенный комфортизм - подчинение ученика нормам класса, группы, а не своим собственным стремлениям;
- оценку достижений не по реальному продвижению в учебе, а по успеваемости сравнительно с лучшими учениками класса;
- средний, общий подход к оценке успеваемости, который не позволяет правильно оценить потенциальные возможности каждого ребенка;
- сложность учета потребностей и возможностей всех детей класса;
- отсутствие специальных методик обучения нестандартных детей;
- настроенность классного руководителя на определенную методику проведения урока, которая может не отвечать потребностям многих детей;
- неспособность многих педагогов к мобильной перестройке и зависимости от возникающих ситуаций.

К этому можно добавить также наличие особенностей психического развития ребенка.

В общем комплексе причин учебных трудностей важное место занимает физическое здоровье ребенка. В последнее десятилетие все чаще отмечают «помолодские» многие болезни, ранее считавшихся исключительно «взрослыми», таких, как язва желудка, бронхиальная астма, аллергия. Возросло количество детей, часто болеющих простудными заболеваниями, которые ослабляют организм и могут привести к формированию очагов хронической инфекции. Все это может приводить к снижению общего тонуса психической активности, устойчивости к нагрузкам, работоспособности. У таких детей утомление наступает быстрее и приводит к формированию **ТМ** хронической усталости или переутомления. Постепенно развивается астенический синдром - состояние нервно-психической слабости **ТМ** быстрой истощаемости **ТМ**, утомления от любой деятельности неспособности к длительному напряжению. В таком состоянии ребенок **ок** не может справиться даже с посильной для него учебной программой и производит впечатление отстающего. **Результат**

Таким образом, очевидным становится большое количество причин как биологического (генетического), так и социального характера, влияние которых может сказаться на учебной успешности ребенка. Трудности в обучении проявляются в „неуспеваемости и **и** ребенка **и** существенно затрудняют овладение им обязательной **Z'** **граммой** начальной школы, когда закладывается фундамент **и** темы знания, формируются умственные и практические операции действия и навыки, без которых невозможны последующие умения **и** практическая деятельность. **умения**

2.2.2. Группы детей с трудностями в обучении в условиях задержки психического развития

Все дети с особенностями психофизического развития испытывают те или иные трудности в обучении, что вызывает необходимость создания специальных педагогических условий. Дети с **ТПУЛ** **Ностями** в обучении выделены в отдельную категорию лиц с **оцил** **Ностями** психофизического развития. **ишеное**

Согласно позиции С.Г. Шевченко, к категории детей с **ТПУЛНО** **тями** в обучении относятся «дети, испытывающие в силу различных биологических и **социальных** причин **столь**кие затруднения в своем образовательных программах при отсутствии **высока** **арушении** интеллекта, отклонений в развитии слуха зрительной речевой сферы».

Нормативные документы Республики Беларусь (Положение о специальной общеобразовательной школе (школе-интернате), 2005, ц.12) категорию детей с трудностями в обучении определяют как «дети с нарушениями психического развития, обусловленными задержкой или расстройством психического развития».

Значительную часть детей с трудностями в обучении составляют дети с задержкой психического развития (ЗПР). В настоящее время эта категория детей изучена как с клинической стороны, так и с психолого-педагогической.

Задержка психического развития - это нарушение нормального темпа психического развития, в результате чего ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов.

Клинические исследования показали, что в этиологии задержки психического развития играют роль конституционные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и главным образом органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального, реже - генетического характера. Слабовыраженная органическая недостаточность мозга ведет к значительному замедлению темпа развития, особенно сказывающемуся на психическом развитии детей. В результате к началу обучения в школе у таких детей оказывается несформированной готовность к школьному обучению.

Задержка психического развития встречается значительно чаще, чем интеллектуальные нарушения в форме умственной отсталости (в нашей стране 15,7 и 11,3% соответственно). По данным специалистов, количество дошкольников с нарушениями психического развития составляет 25% от детской популяции. Этот факт определил необходимость изучения этой категории детей и организации психолого-педагогической помощи до поступления их в школу.

Специфика детей с задержкой психического развития проявляется в сочетании незрелости эмоциональной и интеллектуальной сфер. В исследованиях В.И. Лубовского, К.С. Лебединской, М.С. Певзнер, Н.А. Цыпиной отмечается, что в клинической картине при задержке психического развития имеет место неравномерность формирования психических функций, причем может быть как повреждение, так и недоразвитие отдельных психических процессов. Речь идет о замедлении темпа психического развития, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, малой интеллектуальной

целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстром пресыщаемом™ в интеллектуальной деятельности. Как показывают результаты дифференциальной диагностики, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи.

Исследователи выделяют различные формы проявления задержки психического развития (Т.А.Власова, К.С.Лебединская, В.И. Лубовский, М.С. Певзнер). При систематике задержки психического развития Т.А. Власова и М.С. Певзнер различают две основные формы:

1) задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом (песложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы);

2) задержку психического развития, обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

При первой форме на первый план выступает задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), нарушения в интеллектуальной сфере выражены нерезко. Психический инфантилизм (эмоционально незрелые дети) представляет собой наиболее легкие формы: первичное нарушение темпа формирования эмоционально-волевой регуляции, а на этой основе малую работоспособность, быструю истощаемость, аритмию памяти, внимания.

При второй, более тяжелой форме преобладает замедление развития интеллектуальной сферы (органический инфантилизм), когда первичным является нарушение познавательной деятельности. Обучаемость этих детей в значительной степени снижена.

К.С. Лебединская, исходя из этиологического принципа, различает четыре основных варианта задержки психического развития, в *клинико-психологической структуре* каждого из которых имеет место специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы (табл. 2.2).

Результаты проведенных исследований показали, что дети с трудностями в обучении не имеют нарушений отдельных анализаторов, у них нет интеллектуальной недостаточности, но в то же время они стойко не успевают в массовой школе вследствие незрелости сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне (^)быстрой истощаемости, утомляемости, нарушений работоспособности.

Таблица 2.2

**Группы детей с трудностями в обучении,
обусловленными задержкой психического развития**

Группы детей с ЗПР	Общая характеристика группы
4111' конституционного происхождения (гармонический или психофизический инфантилизм)	Основное проявление - отставание в развитии эмоциональной сферы (эмоциональная сфера соответствует психическому складу ребенка более раннего возраста): яркость эмоций сочетается с их неустойчивостью и лабильностью; преобладание эмоциональных реакций в юведении, внушаемости и недостаточной самостоятельности; игровые интересы преобладают даже в школьном юзрасте; дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки, и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью
ЗПР соматогенного происхождения	Эмоциональная незрелость связана с длительными тяжелыми соматическими заболеваниями в раннем возрасте, которые тормозят развитие активных форм деятельности, способствуют формированию робости, боязливости, неуверенности в своих силах
ЗПР психогенного происхождения	Связана с неблагоприятными условиями воспитания: безнадзорность, жестокость со стороны родителей либо гиперопека. В условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности по типу психической неустойчивости: неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности. В условиях гиперопеки проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду. В психотравмирующих условиях воспитания с проявлениями жестокости либо грубой авторитарности может формироваться невротическое развитие личности, при котором задержка психического развития будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости
ЗПР церебрально-ограниченного генеза (органический инфантилизм)	Связана с органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Предполагает нарушение интеллектуальных функций, ущербность эмоционально-волевой сферы, а также очень часто и физическую незрелость, что, в свою очередь, еще больше осложняет тяжелое состояние ребенка; эмоции характеризуются отсутствием живости и яркости, определенной примитивностью; при явном преобладании игровых интересов над учебными и в игре выступают однообразие, отсутствие творчества и слабость воображения

Окончание табл. 2.2

Группа детей с ЗПР	Общая характеристика группы
	У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности Для детей с преобладанием пониженного настроения характерна склонность к робости, боязливости, страхам, они безынициативны, несамостоятельны Задержки психического развития церебрального происхождения, при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречаются чаще других и представляют наибольшую сложность при отграничении их от интеллектуальной недостаточности в форме умственной отсталости

К типичным особенностям, свойственным всем детям с трудностями в обучении, по мнению исследователей (Г.И. Жаренкова, Т.В. Егорова, В.И. Лубовский, Н.А. Никашина, Р.Д. Триггер, Н.А. Цыпина и др.), относятся:

- повышенная истощаемость и, как следствие, низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость, сниженный объем и темп работы;
- незрелость эмоций, воли, поведения; наивность, несамостоятельность, непосредственность, частые конфликты со сверстниками, дети не воспринимают и не выполняют школьных требований, но в то же время прекрасно чувствуют себя в игре, прибегая к ней в тех случаях, когда возникает необходимость уйти от трудной для учебной деятельности; поведение одних детей характеризуется шуйсивностью, расторможенностью, повышенной двигательной активностью, других - медлительностью, вялостью;
- ограниченный запас общих сведений и представлений; не могут рассказать о свойствах и качествах предметов, даже часто встретившихся в их опыте;
- бедный словарь, высказывания односложны, имеют место негрубые нарушения произношения, грамматического строя, нарушения эгики высказывания, специфические ошибки в письменной речи; несформированность навыков интеллектуальной деятельности; сниженный уровень познавательной активности (недостаточная любознательность), нет готовности к решению познавательных, к интеллектуальному усилию; недостаточность сформированности словесно-логического мышления не позволяет ребенку нажном уровне освоить мыслительные операции (анализ, синтез,

сравнение, обобщение); не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность;

- интерес к учебной деятельности не выражен, познавательная направленность или не обнаруживается, или весьма слаба и нестойка, преобладает игровая мотивация; затруднения в организации собственной целенаправленной деятельности как результат недостаточного осознания себя учеником и непонимания мотивов учебной деятельности; низкий навык самоконтроля, что особенно проявляется в учебной деятельности;

- замедленное восприятие и переработка информации, необходимость в наглядно-практической опоре и в предельной развернутости инструкций; для оценки уровня развития мышления при обследовании в психолого-медико-педагогической комиссии надо сопоставлять результаты работы ребенка со словесно-логическими и наглядно-действенными заданиями;

- неустойчивость, большая отвлекаемость внимания, недостаточная концентрированность на объекте;

- нарушение всех видов памяти при преобладании наглядной памяти над словесной; недостаточно сформировано умение использовать рациональные способы запоминания; низкая продуктивность и устойчивость памяти (особенно при значительной нагрузке), слабое развитие опосредственного запоминания, снижение при его осуществлении интеллектуальной активности; отсутствие умения использовать вспомогательные средства для запоминания, нуждаются в более длительном периоде для приема и переработки сенсорной информации.

Трудности в овладении элементарной грамотой, счетом сочетаются с относительно хорошо развитой речью, значительно более высокой способностью к запоминанию стихов и сказок и с более высоким уровнем развития познавательной деятельности, всегда способны использовать оказанную им в процессе работы помощь, усваивать принцип решения задания и переносить этот принцип на выполнение других сходных заданий.

Как отмечает В.В. Гладкая, перечисленные особенности развития детей могут приводить к трудностям:

- 1) осуществления учения как деятельности;
- 2) формирования отдельных школьных навыков (чтения, письма, счета, решения задач и др.);

'Л) осмысления учебной информации.

Основным отличием этой категории детей от детей с более грубыми интеллектуальными нарушениями является полноценная и их дальнейшего развития при создании необходимых

педагогических условий: они обладают более высокой обучаемостью, лучше используют помощь взрослого и способны осуществлять перенос способа действия на аналогичное задание.

2.2.3. Образование детей с трудностями в обучении

Трудности в обучении подтверждают необходимость создания особых условий обучения для детей с задержкой психического развития с применением иных методов, чем те, которые используются в массовой школе.

В отечественной практике первые попытки специальной педагогической работы с детьми с ЗПР были предприняты в конце 50-х - начале 60-х годов в пределах небольших экспериментальных групп при Институте дефектологии АПН СССР, в которых такие дети, обучаясь в массовой школе, получали дополнительную подготовку.

Особый подход к обучению детей данной категории дал положительные результаты, подтвердившие способность детей с трудностями в обучении к овладению программой массовых дошкольных учреждений образования, а также программой начальной школы и возможность в большинстве случаев продолжать образование.

В настоящее время для этой категории детей помимо специальных учреждений образования созданы и функционируют классы (группы) интегрированного обучения и воспитания в учреждениях образования общего типа на всех уровнях основного образования.

В нашей стране создана система коррекционно-развивающего обучения, учитывающая индивидуальные образовательные потребности каждого ребенка, его способности, динамику развития. Большая работа проводится по разработке диагностических методик, позволяющих наиболее точно и своевременно отграничить эту категорию детей как от детей с интеллектуальными нарушениями в форме умственной отсталости, так и от детей с тяжелыми нарушениями речи.

Е.А. Медведева так определяет составляющие системы комплексной помощи детям с трудностями в обучении:

- раннее выявление детей с нарушениями психического развития; обеспечение преемственности форм и методов коррекционной работы в системе дошкольного и школьного образования, начального и основного общего образования;

- совершенствование системы медицинского, педагогического и психологического диагностирования с целью определения особенностей организации коррекционно-образовательного процесса, сохранения и укрепления здоровья детей;

- создание системы лечебно-оздоровительной и профилактической работы в условиях общеобразовательных учреждений;
- нормативное и учебно-методическое обеспечение практики образования детей с ЗПР;
- определение задач и содержания профессиональной ориентации, профессионально-трудовой подготовки и социально-трудовой адаптации выпускников;
- создание и применение критериев и методик оценки эффективности коррекционно-развивающего образовательного процесса;
- разработку моделей служб консультативной помощи семье;
- подготовку педагогических кадров для системы дошкольного и школьного образования.

Определяющим моментом в организации эффективной помощи этой категории детей является профилактика и раннее выявление нарушения развития. Таким образом, во главу угла ставится принцип единства диагностики и коррекции нарушения в развитии у детей дошкольного возраста.

Основными направлениями коррекционной работы с детьми дошкольного возраста являются: 1) диагностико-консультативная помощь, 2) лечебно-оздоровительные мероприятия, 3) коррекционно-развивающая работа.

Эффективность и результативность коррекционно-развивающей работы определяются согласованностью совместных усилий специалистов-дефектологов, педагогических работников учреждения образования и семьи ребенка.

Целью коррекционной работы со школьниками с трудностями в обучении является определение и устранение причин трудностей в учении - «развитие общих способностей к учению в рамках личностной, эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер путем развития общих способностей к учению и коррекции индивидуальных недостатков развития» (В.В. Гладкая).

Наиболее общими принципами работы с этой категорией детей являются следующие положения:

- устранение причин затруднений в усвоении предметных знаний и умений (исправление или ослабление имеющихся у ребенка нарушений развития психических школьно-значимых функций и формирование учебной деятельности);
- осуществление индивидуального подхода как на уроках общеобразовательного цикла, так и во время проведения специальных занятий;

- предотвращение наступления утомления (правильное чередование умственной и практической деятельности);
- поддержка детей, развитие веры в свои силы.

В.В. Гладкая определяет такие основные блоки направлений коррекционной работы с младшими школьниками с трудностями в обучении:

1) формирование учебной деятельности детей и коррекция ее недостатков (формирование учебной мотивации, общеучебных интеллектуальных умений, развитие личностных компонентов познавательной деятельности);

2) развитие психических функций, обеспечивающих учебную деятельность (школьно-значимые функции: зрительное восприятие, пространственная ориентировка, фонематический слух, память, устная речь, мышление и др.);

3) формирование базовых представлений и умений, необходимых для успешного усвоения школьной программы (количественные представления, графические умения и др.).

Неотъемлемой частью коррекционной работы с детьми с трудностями в обучении является нормализация их деятельности, в частности учебной, которая характеризуется крайней неорганизованностью, импульсивностью, низкой продуктивностью. С этой целью детей следует обучать выполнению словесных инструкций с несколькими заданиями, что предполагает анализ задания, выделение и планирование этапов деятельности.

Особое внимание отводится работе с родителями ребенка: укрепление веры в силы и возможности ребенка, формирование правильного отношения к специальным учреждениям образования.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Сравнийте характеристики групп детей с ОГ1ФР: «дети с интеллектуальной недостаточностью в форме умственной отсталости» и «дети с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития».
2. Какие группы детей с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития, выделила К.С. Лебединская? Дайте характеристику каждой из них. Какие классификационные признаки положены в основу систематики?
3. Назовите типичные особенности детей с ЗПР.
4. Обоснуйте первостепенное значение принципа единства диагностики и коррекции отставания в развитии у детей дошкольного возраста с нарушениями психического развития.
5. Назовите основные направления коррекционной работы с детьми с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития.
6. Составьте структурно-логическую схему по изученной теме.

2.3. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями речи

2.3.1. Анатомо-физиологические механизмы речи и основные закономерности ее развития

Социальная адаптация развивающейся личности во многом основывается на речевом общении и взаимодействии. Наличие у ребенка речевых нарушений затрудняет его коммуникативное поведение.

Анализ литературы как отечественных, так и зарубежных авторов в определении понятий «язык» и «речь» показывает единство их взглядов: «речь - психофизиологическая основа для реализации функций вербального общения» (дыхание, голос и артикуляция), а «язык - это лингвистика, использующая речь для коммуникации» (В.И. Бельтюков, В.М. Солнцев, Т.Н. Ушакова и др.). При этом язык и речь исследователи предлагают рассматривать в совокупности как аналитико-синтетическую рече-языковую деятельность.

Основными функциями речи в психическом развитии ребенка исследователи называют:

1) *коммуникативную* - речь как средство общения, которая проходит три этапа: довербальный (складываются условия, обеспечивающие овладение речью в последующем); понимание простейших высказываний взрослых и произношение первых собственных слов; речевое общение;

2) *обобщающую* - речь как средство мышления, «орудие абстракции»;

3) *регулирующую* - речь как средство планирования деятельности и поведения.

Нарушение одной или всех функций речи неизбежно влечет собой в психическом развитии ребенка.

Для правильной оценки характера и степени речевого нарушения необходимо знать: как развивается речь в норме, какие анатомо-физиологические механизмы лежат в ее основе.

Речь не является врожденной способностью человека, она формируется в процессе общего психофизического развития ребенка. Основными **анатомо-физиологическими механизмами** ее являются:

- целостность и сохранность всех структур мозга;
- сформированность слуховой, зрительной и моторной систем;

- скоординированная работа мышц дыхательного, голосового и артикуляционного отделов речевого аппарата;

- совместная синхронная работа многих зон коры правого и левого полушарий мозга;

- согласованная деятельность речеслуховой и речедвигательной зон, которые расположены в доминантном (левом для правой) полушарии мозга.

Для формирования нормальной речи необходимо соблюдение следующих условий:

- сохранная центральная нервная система;

- наличие нормального слуха и зрения (сохранность слухового и зрительного анализаторов);

- активное речевое общение («взрослый - ребенок»; «ребенок - взрослый»).

Исследования Т.Н. Ушаковой, посвященные изучению вопроса о наследственной и социальной обусловленности речи, позволили сформулировать некоторые принципы развития ранней детской речи и определить роль наследственного фактора. Исследователь отмечает, что речевой механизм новорожденного в первом периоде его жизни управляется унаследованной программой, обеспечивающей функции эмоций в форме двигательных, в том числе голосовых, проявлений, и наследственная программа сохраняет свое значение на этапе формирования грамматики, т.е. в возрасте 2,5-6 лет. Ее действие направлено на осуществление механизма аналитических и синтезирующих операций в отношении усваиваемого речевого материала, формирования грамматических структур и динамических стереотипов.

Подчеркивая роль наследственного фактора в раннем речевом развитии, автор отмечает, что у людей «говорящими» бывают мимика, пантомимика, общее двигательное поведение. В субъективном плане активность, направленная на оречевление некоторого содержания, находящегося в сознании, представляет собой намерение высказаться, т.е. *интенцию*. Интенциопальная активность 1 имеет врожденный характер, формы ее проявления одинаковы у новорожденных по всему миру независимо от типа усваиваемого языка.

При наличии всех необходимых условий речь в своем формировании проходит ряд этапов, каждый из которых имеет свои качественные характеристики (табл. 2.3). Качество каждого последующего этапа зависит от результатов предыдущего.

Таблица 23

Этапы развития речи

Этап развития речи	Характеристика речи
Самая ранняя стадия (мирная половина года жизни)	Вокализация, гуление, лепет (постепенное приближение лепета к звукам родного языка)
Вторая половина года жизни	Появление условных рефлексов на словесные раздражители
К одному году жизни	Понимание значения многих слов, начало произношения первых слов
После полутора лет	Появление простой фразы, ее постепенное усложнение (фонологическое, морфологическое, синтаксическое оформление речи)
К 3 годам	Сформированность основных лексико-грамматических конструкций обиходной речи (переход к овладению развернутой фразовой речью)
К 5 годам	Развитие механизмов координации между дыханием, фонацией и артикуляцией
К 5-6 годам	Начало формирования способности к звуковому анализу и синтезу
Следующий этап (н условиях обучения)	Овладение письменной формой речи

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.2. Классификация нарушений речи. Общая характеристика детей с нарушениями речи

Нарушения речи являются самыми распространенными нарушениями в детском возрасте. Их кол и честно среди всех нарушений психического развития у детей достигает 70,9%. Наиболее часто эти нарушения встречаются у детей дошкольного возраста.

Нарушения речи - это собирательный термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека.

Изучение нарушений речи и их коррекция начались примерно с середины XIX в. в рамках интегративной области знаний, получившей название логопедия. **Логопедия** - это наука о нарушениях речи, а также методах их выявления, устранения и предупреждения средствами специального обучения и воспитания. Логопедия изучает широкий спектр вопросов: причины, механизмы, симптоматику, течение, структуру нарушений речевой деятельности, а также систему коррекционного воздействия.

Среди **основных задач** логопедии можно назвать:

1) изучение онтогенеза речевой деятельности при различных формах речевых нарушений;

2) исследование особенностей формирования речи и проявления нарушений речи у детей с особенностями психофизического развития (нарушения зрения, слуха, функций опорно-двигательного аппарата, интеллектуальной недостаточности и др.);

3) выявление этиологии, механизмов, структуры, симптоматики нарушений речи;

4) систематизация нарушений речи;

5) разработка вопросов организации эффективной логопедической помощи.

Нарушения речи могут вызываться целым рядом причин биологического и социального порядка. Впервые все причины нарушений речи М.Е. Хватцев разделил на две группы: внешние и внутренние, особо подчеркнув их взаимосвязь.

Нарушения речи рассматриваются в логопедии в рамках клинико-педагогического и психолого-педагогического подходов.

Клинико-педагогическая классификация Г.В. Чиркиной объединяет *психолого-лингвистические* и *клинические критерии*. Автор выделяет такие группы нарушений речи (рис. 2.1): 1) нарушения устной речи; 2) нарушения письменной речи.

В свою очередь, в группе нарушений устной речи - две подгруппы. Первая подгруппа - **расстройства фонационного оформления речи** - нарушения голоса, темпа, плавности, произношения.

Нарушения голоса встречаются у детей в форме **афонии** или **дисфонии** - отсутствие или нарушение голоса - как следствие соматических или неврологических расстройств.

Нарушения темпа речи могут проявляться как в его патологическом ускорении - **тахилалия**, так и, наоборот, патологическом замедлении - **брадилалия**.

Более сложным нарушением является **заикание (логоневроз)** - нарушение темпо-ритмической организации речи, ее плавности, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Таким образом, основным феноменом заикания является судорога.

Психологической симптоматикой заикания являются речевые запинки, фиксированность на нарушении, уловки. В возрасте 10-12 лет может формироваться **логофобия** - стойкий страх речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач.

Среди основных **особенностей речи** заикающихся детей можно назвать:

- повторения звуков, слогов или слов;
- удлинение звуков (пропевание гласных);
- обрыв слов, использование многообразно повторяющихся слов-глаголов типа: вот, это, ну и т.п.;

- сопровождение речи сопутствующими движениями (зажмуриванием глаз, раздуванием крыльев носа, кивательными движениями головой, притоптыванием и т.п.).

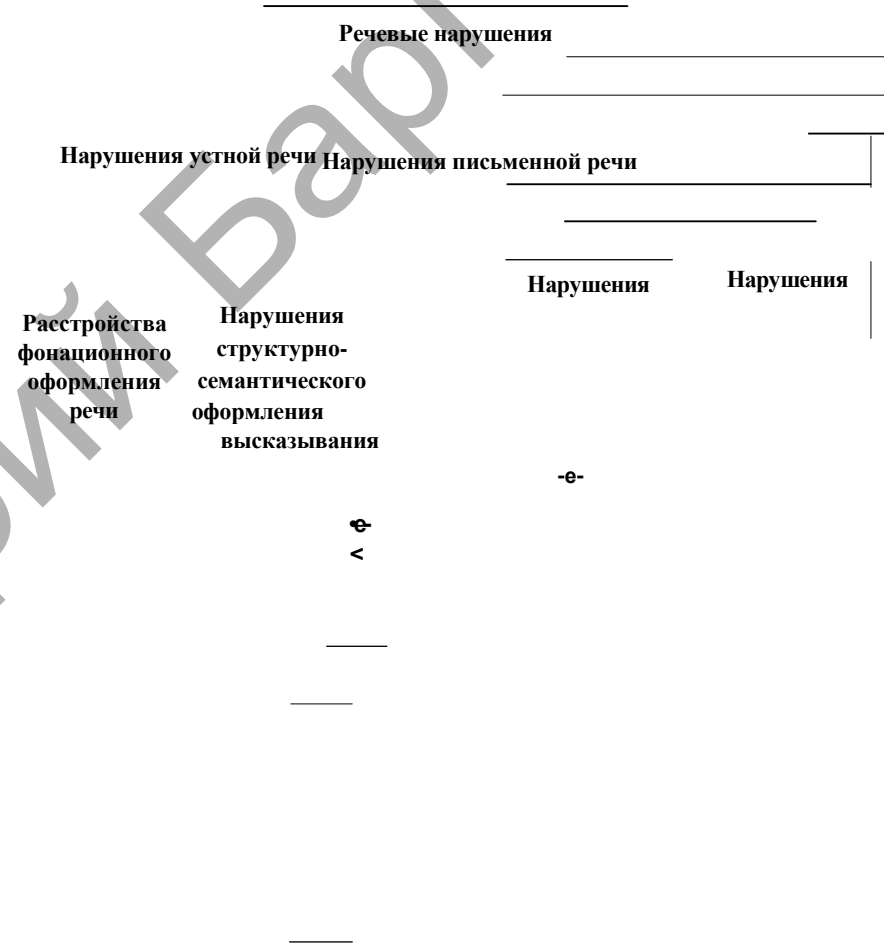


Рис. 2.1. Классификация речевых нарушений 139

Исследователи отмечают, что наличие речевого дефекта у заикающихся сказывается на процессе общения в целом, причем собственно речевое нарушение порой значительно меньше, чем психологическое.

Изучение особенностей отношения к нарушению речевой деятельности в семьях заикающихся выявило различные виды дисгармонии (Н.Л. Карпова и др.):

- 1) отношение к заикающемуся как к неполноценному;
- 2) преувеличение; значимости нарушения, излишняя фиксация на нем, сверхзаботливое отношение к ребенку (независимо от возраста), гиперокеа;
- 3) преуменьшение значимости нарушения (родители считают, что дефект можно быстро устранить, если повысить требовательность, заставить ребенка более эффективно «работать над собой»; это увеличивает тревожность ребенка, его неуверенность в себе и в еще большей степени блокирует развитие речевой функции);
- 4) «требовательная» форма отношений в семье - акцент на достижении ребенком успеха, что ведет к повышенному напряжению и как следствие этого - «уходу в заикание» в качестве оправдания своих неудач.

К нарушениям звукопроизношения относят дислалию, ринолалию и дизартрию. Нарушения звукопроизношения могут проявляться в несформированности фонетической системы родного языка (пропускают, искажают, заменяют разное количество звуков всех фонетических групп). Причинами таких расстройств могут быть дефекты строения и нарушения подвижности артикуляционного аппарата, нарушения фонематического восприятия (ребенок не слышит звуков речи в их последовательности в словах — какой звук первый, последний и т.д.; не различает (не дифференцирует) близкие по звучанию фонемы: шипящие - свистящие, твердые - мягкие, глухие - звонкие звуки и др.).

Неправильное звукопроизношение может быть связано с неправильной речью окружающих - ребенок говорит плохо, подражая речи взрослых, следствием педагогической запущенности, отсутствия внимания к развитию речи ребенка, а также проявлением какого-то органического нарушения, поражения ЦНС.

Как отмечают исследователи, нарушения звукопроизношения могут быть разной степени сложности: *простыми*, если нарушены один или несколько звуков из одной фонетической группы, и *сложными*, когда нарушены звуки разных фонетических групп.

Дислалия - нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации (обеспеченности) речевого аппарата. Дислалия может проявляться в виде *отсутствия, искажения* или *замены* звуков.

В систематике дислалий принято выделять такие ее виды:

1) *механическая* (органическая) дислалия связана с нарушением строения артикуляционного аппарата: неправильный прикус, не правильное строение зубов, неправильное строение твердого нёба, аномально большой или маленький язык, короткая уздечка языка;

2) *функциональная* дислалия связана с неправильным речевым воспитанием ребенка в семье («сюсюканьем», использованием «нянькиного языка» при общении взрослых с ребенком); неправильным звукопроизношением взрослых в ближайшем окружении ребенка; педагогической запущенностью, незрелостью фонематического восприятия; у детей, которые в раннем дошкольном возрасте овладевают сразу двумя языками, при этом может наблюдаться смещение звуков речи двух языковых систем.

Самыми распространенными звуками-заменителями для сложных по произношению согласных являются:

- Л: Й — ЛЬ (лампа: йампа - лямпа);
 Р: Й - ЛЬ - Л (рыба: йиба - либа - лыба);
 С: ТЬ - СЬ - Ц (санки: тянки - сянки - панки);
 Ш: ТЬ - СЬ - С (шуба: тюба - сюба - суба);
 Ц: ТЬ - СЬ (цапля: тяпля - сяпля).

Примерными сроками окончательного усвоения детьми гласных г и И согласных звуков можно считать следующие возрастные периоды • (табл. 2.4).

Таблица 2.4

Примерные сроки формирования у детей гласных и согласных звуков

Возраст появления звуков (в годах)	1-2	2-3	3-5	5-6
Звуки	АОЭ ПБМ	ИЫУ ФВТДН КГХЙ	езц шж ч щ	ЛР

В раннем возрасте (до 3-5 лет) у детей могут быть и такие особенности в произношении звуков речи, которые уже с самого начала нельзя относить к «возрастному косноязычию» («хлмша-

ющее» произношение некоторых звуков (иногда даже с заметным раздуванием щек), что придает звукам какой-то необычный и неприятный для слуха оттенок; межзубное произношение звуков (чаще всего свистящих и шипящих)). Эти особенности не пройдут с возрастом, и поэтому нужно как можно раньше обратиться к специалистам.

Необходимым условием для своевременного исчезновения «возрастного косноязычия» является правильная, отчетливая и неторопливая речь окружающих ребенка взрослых людей (образец для подражания). В случае отсутствия такого образца резко затрудняется или даже становится невозможным усвоение ребенком правильной артикуляции звуков (формируется «семейная картавость», которую ребенок усваивает, подражая родителям). С этой точки зрения и длительное пребывание ребенка среди неправильно говорящих сверстников нежелательно, поскольку в этом случае также отсутствует образец правильного произношения. Недопустимо «сюсюканье» взрослых с ребенком («Да ты мой дологой, холосый!») - ребенок лишается не только правильного образца для подражания, но даже и стимула для улучшения своего звукопроизношения: ведь взрослым нравится его речь и они сами подражают ей.

Логопедическую работу в таких случаях надо начинать как можно раньше, чтобы по возможности раньше устранить имеющиеся недочеты.

Ринолалия - нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими изменениями в строении речевого аппарата.

Анатомический дефект проявляется в виде открытой либо закрытой расщелины между носовой и ротовой полостью - на верхней губе, десне, твердом и мягком нёбе.

Причиной врожденных несращений может быть влияние на эмбрион на раннем этапе внутриутробного развития различных внешних и внутренних факторов (заболевания матери, применение гормональных препаратов, дефицит отдельных микроэлементов в организме матери, наследственный фактор). В речевом развитии у ребенка с ринолалией отмечается обедненность лепета, грубые нарушения звукопроизношения, носовой оттенок голоса, изменено место артикуляции большинства звуков.

Дизартрия - нарушение произносительной и мелодико-иптопационной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

Причинами дизартрии являются органические поражения центральной нервной системы в результате воздействия неблагоприятных факторов на развивающийся мозг ребенка во внутриутробном и раннем периоде развития. Как отмечают исследователи, основными проявлениями дизартрии являются расстройство артикуляции звуков, нарушения голосообразования, изменения темпа речи, ритма и интонации.

Вторую подгруппу нарушений устной речи составляют **нарушения структурно-семантического оформления высказывания**. Сюда относят два речевых нарушения: алалию и афазию.

Алалия - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга.

Общими **характерными особенностями** речевой деятельности при алалии являются: позднее появление речи; ее замедленное развитие; значительное ограничение словаря.

Алалия может проявляться как нарушение произносительной стороны - экспрессивная форма, а также как нарушение понимания речевого высказывания — импрессивная алалия. Основные характерные особенности обеих форм отражены в табл. 2.5.

Таблица 2.5

Формы алалии

Форма алалии	Основные характерные проявления
Экспрессивная (моторная)	Формируется звуковой образ слова Упрощается слоговая структура слов, пропуски, перестановки и замены звуков, слогов, слов во фразе Страдает усвоение грамматических структур языка Нарушается речевое развитие - от полного отсутствия устной речи до реализации связных высказываний с разнообразными ошибками Понимают обиходную речь, адекватно реагируют па обращение только в рамках конкретной ситуации
Импрессивная (сенсорная)	Нарушается восприятие и понимание речи (при полноценном слухе) Не формируется фонематическое восприятие - основной симптом (от полного неразличения речевых звуков до затрудненного восприятия устной речи па слух) Нарушается понимание речи Повышается чувствительность к звуковым раздражителям Формируется эхолалия (повторение услышанных слон или коротких фраз без осмысления)

При алалии нарушается процесс актуализации нужного слова по его звуковым, семантическим, ритмическим и морфологическим признакам. При этом наиболее трудными для актуализации являются слова, выражающие обобщенные и абстрактные понятия. Без специального коррекционного воздействия речь не формируется.

Дети с алалией (особенно моторной) характеризуются крайне низкой речевой активностью. Степень овладения речью зависит от тяжести нарушения.

Афазия - полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Афазия проявляется в различных формах, в основе выделения которых лежит нарушение понимания речи или ее производства.

Проведенные исследования констатируют, что афазия может вызывать нарушения поведения, проявляющиеся в агрессии, конфликтности, раздражительности.

К нарушениям письменной речи относятся дисграфия и дислексия.

Дисграфия (аграфия) - частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма. Дисграфия проявляется в виде стойко повторяющихся ошибок письма.

Для систематизации нарушений письменной речи используют классификацию, предложенную Р. И. Лалаевой, в соответствии с которой выделяют такие виды дисграфий: артикуляционно-акустическую, нарушение фонемного (звукового) распознавания, нарушение анализа и синтеза письменной речи, аграмматическую, оптическую. Исследования М.В. Сиротюк подтверждают необходимость выделения так называемой смешанной дисграфии, при которой имеет место сочетание различных видов: нарушение фонемного распознавания с нарушением анализа и синтеза письменной речи, нарушение анализа и синтеза с оптической дисграфией, нарушение фонемного распознавания с оптической формой.

Среди **типичных ошибок письма при дисграфии** выделяют:

- смешение и замену букв (замены букв, которые соответствуют заменам звуков в устной речи ребенка, или замена и смешения букв, которые обозначают звуки, различающиеся тонкими акустико-артикуляционными признаками (свистящие и шипящие, звонкие и глухие));

- искажение звуко-слоговой структуры слова;

- нарушения слитности написания отдельных слов в предложении -- разрыв слова на части, слитное написание слов (не вычлениют и рсченом потоке устойчивые речевые единицы и их элементы, что иедст к слитному написанию смежных слов, предлогов и союзом

с последующим словом («надерево»); к раздельному написанию частей слова, чаще приставки и корня («и дут»));

- аграмматизмы (нарушаются грамматические связи между словами, а также смысловые связи между предложениями);

- смешение букв по оптическому сходству (замена и искажения сходных по начертанию букв (д-б, т-ш, и-ш, п-г, х-ж, л-м), неправильное расположение элементов букв и т.п.).

Согласно многочисленным литературным источникам дисграфия почти в два раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек (особенно аграмматическая). При этом аграмматическая и оптическая формы дисграфии одинаково часто встречаются у детей как в возрасте 7-10 лет, так и в возрасте 11-14 лет.

Дислексия (алексия) - частичное (полное) нарушение процессов чтения. Дислексия проявляется в виде многочисленных повторяющихся ошибок (замены, перестановки, пропуски букв и т.п.), имеющих стойкий характер. Типичными ошибками при дислексии являются:

- дети путают буквы, которые обозначают сходные по акустико-артикуляционным параметрам звуки;

- не могут запомнить буквы и сопоставить их с соответствующими звуками;

- читают механически, без понимания смысла;

- допускают большое количество грамматических ошибок при чтении предложений;

- смешивают сходные по начертанию буквы.

Проведенные исследования показывают, что мальчики чаще испытывают трудности в обучении, чем девочки, и у них чаще имеют I место проявления дислексии.

Среди основных психологических механизмов нарушения чтения исследователи выделяют:

- несформированность зрительного анализа и синтеза;

- недостаточность пространственных представлений;

- нарушения фонематического восприятия;

- нарушения фонематического анализа и синтеза;

- недоразвитие лексико-грамматического строя речи.

Таким образом, основным симптомом дисграфии и дислексии является наличие стойких специфических ошибок, возникновение которых не связано ни со снижением интеллектуального развития, ни с выраженными нарушениями слуха и зрения, ни с нерегулярностью школьного обучения. Дислексия и дисграфия обычно встречаются в сочетании.

В основу психолого-педагогической классификации, разработанной Р.Е. Левиной, положен анализ нарушений языковых средств общения (компонентов речи). Автор классификации выделяет несколько групп речевых нарушений.

1. Нарушение средств общения.

Фоиегнико-фоиематическое недоразвитие речи (ФФН) - нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей вследствие дефектов восприятия и произношения звуков.

Характерными особенностями речи при ФФН являются:

- неправильное произношение отдельных звуков, одной или нескольких групп звуков;
- недостаточное фонематическое восприятие нарушенных звуков;
- затрудненность восприятия акустической и артикуляционной разницы между оппозиционными фонемами;
- отсутствие звука, замена одного звука другим, смешение звуков в устной речи;
- нарушение формирования фонематического анализа и синтеза;
- значительные трудности при обучении письму и чтению.

Общее недоразвитие речи (ОИР) - сложные речевые расстройства (нарушение формирования всех компонентов речевой системы).

Общее недоразвитие речи рассматривается в двух аспектах: как собирательный термин для обозначения общих признаков недоразвития всех компонентов речевой системы, которые имеют место при дизартрии, ринолалии, алалии, детской афазии, и как самостоятельная форма расстройства речи (неосложненный вариант ОНР).

Основными признаками ОНР в дошкольном возрасте являются:

- позднее начало развития речи, замедленный темп речевого развития;
- ограниченный, не соответствующий возрасту, словарный запас;
- нарушение формирования грамматического строя речи;
- нарушение звукопроизношения и фонематического восприятия.

тип.

М. Лавина от сформированности речи Р.Е. Левина предлагает классификацию уровней речевого развития при ОНР (табл. 2.6).

Уровни речевого развития при ОНР

Уровень речевого развития	Характерные особенности
Первый	Полное отсутствие общепотребительной речи
Второй	Частичная сформированность речи - незначительным словарный запас, аграмматичная фраза
Третий	Недифференцированное произношение звуков, замена звуков более простыми по артикуляции Нестойкость замен, сочетание нарушенного и правильного произношения Упрощение, сокращение, пропуски слогов в многосложных словах Неточность употребления слов и словосочетаний Нарушение лексической систематики Затруднения в словообразовании и словоизменении Преобладание имен существительных и глаголов в активном словаре Затруднения при использовании абстрактной и обобщающей лексики, в понимании и употреблении слов с переносным смыслом

К группе фоиегнико-фоиематических нарушений из общего недоразвития речи относятся нарушения чтения и письма «как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений».

2. Нарушения в применении средств общения. К ним относятся заикание, заикание в сочетании с ОНР.

Таким образом, по мнению исследователей, группу детей с нарушениями речи составляют дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи.

В зависимости от причин патогенеза, клинической формы и глубины поражения речевой системы особую группу составляют **тяжелые нарушения речи** (ТНР), к которым относят дизартрию, ринолалию, общее недоразвитие речи, алалию, заикание.

Дети с тяжелыми нарушениями речи имеют ряд особенностей, обусловленных спецификой первичного нарушения (речевого развития), которые оказывают влияние на формирование всех психических процессов и личности в целом.

Е.А. Дьякова отмечает такие особенности детей с тяжелыми нарушениями речи:

- плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое качание на качелях, нередко жалуются на головные боли, тошноту и головокружения;
- быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности (т.е. быстро устают);
- наблюдаются нарушения равновесия, координации движений, педифференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений.

Исследователи отмечают недостаточность устойчивости и распределения внимания, снижение вербальной памяти, продуктивности запоминания, отставание в развитии словесно-логического мышления, трудности в овладении анализом и синтезом, сравнением и обобщением; недостаточную координацию движений, снижение скорости и ловкости их выполнения (недостаточная координация пальцев кисти руки, недоразвитие мелкой моторики). Наибольшие трудности возникают при выполнении движений по словесной инструкции. Нестойкость интересов, пониженная наблюдательность, сниженная мотивация, негативизм, неуверенность в себе, повышенная раздражительность, агрессивность, обидчивость, трудности в общении с окружающими, в налаживании контактов со своими сверстниками. У детей с тяжелыми нарушениями речи отмечаются трудности формирования саморегуляции и самоконтроля. Эти особенности в развитии детей с тяжелыми нарушениями речи спонтанно не преодолеваются и определяют содержание и направления целенаправленной коррекционной работы.

Исследования под руководством Г.В. Чиркиной доказали, что организация специализированной логопедической помощи в раннем возрасте позволяет минимизировать, а в ряде случаев - полностью устранить нарушения речевого развития до момента поступления ребенка в школу. Следует также помнить, что особенностью нарушений речи в детском возрасте является их обратимость, связанная с высокой пластичностью мозга.

2.3.3. Система специальных учреждений для детей с нарушениями речи

Обучение и воспитание детей с нарушениями речи на уровнях дошкольного и школьного образования организуется в специальных учреждениях образования, а также в учреждениях образования

общего типа, создавших условия для интегрированного обучения и воспитания.

Основной целью обучения и воспитания детей-дошкольников с нарушениями речи является преодоление речевого нарушения и вторичных проявлений, вызванных им, социальная адаптация и интеграция детей в общество. Особое внимание уделяется развитию речи как средства общения, коррекции общего и речевого поведения, нормализации регуляторной деятельности детей.

Задачу формирования правильной речи детей как полноценного средства общения решают совместно учитель-дефектолог (учитель-логопед) и воспитатели.

Коррекционная работа предполагает проведение с детьми индивидуальных, подгрупповых и фронтальных занятий. На индивидуальных занятиях ведется работа по формированию артикуляционной моторики, постановке звуков, развитию фонематического восприятия. Проведение подгрупповых занятий предполагает работу по автоматизации звуков, расширению словаря, развитию связной речи.

Основными направлениями коррекционной работы являются:

- развитие моторных и сенсорных функций;
- развитие познавательной сферы (мышления, памяти, внимания, восприятия и др.);
- развитие эмоциональной сферы и игровой деятельности;
- развитие всех компонентов речи;
- формирование адаптивных компетенций.

Организация работы воспитателя в группе детей с тяжелыми нарушениями речи носит ряд особенностей и определяется такими факторами, как: 1) спектр речевых нарушений у детей в группе; 2) состояние и особенности познавательных процессов, связанных с речевой деятельностью (внимание, память, мышление, двигательная сфера и др.); 3) особенности личности.

Как отмечает Т.В. Пятница, работая в группе детей с тяжелыми нарушениями речи, воспитатель должен обратить особое внимание на реализацию определенных функций.

1. Создание благоприятного психологического микроклимата в группе (доброжелательность, эмоционально положительный тон, сочетание требовательности и понимания детей, правильная оценка поступков детей и их мотивов).

2. Адаптация ребенка с ТНР в коллективе (непривычная для ребенка атмосфера и режимные требования детского сада могут провоцировать невротические расстройства: плач, агрессивность, рвота и др.).

3. Взаимодействие воспитателя с ребенком (специфика взаимоотношения воспитателя и детей обусловлена нестандартными моделями поведения ребенка, когда использование традиционных методов становится малоэффективным; единственный способ - индивидуальным подход: отвлечь внимание ребенка, найти ему интересное⁴, активное двигательное занятие).

4. Обогащение, уточнение и активизация словарного запаса детей в процессе всех режимных моментов (широкое использование широкой наглядной базы (в раздевалке, умывальной комнате, спальне, уголке природы, игровом уголке, на участке) для формирования словарного запаса, повторения и закрепления значения новых слов).

5. Систематический контроль за поставленными звуками и грамматической правильностью речи детей (постоянный контроль на речью детей и корректное исправление ошибок).

Важным в организации коррекционной работы с детьми с ТНР является согласованная деятельность воспитателя, логопеда и родителей ребенка.

Речь воспитателя группы детей с ТНР является образцом и в этой связи к ней предъявляются особые требования. В речи воспитателей достаточно часто встречаются следующие недостатки:

- нечеткое артикулирование звуков в процессе речи (смазанная речь);
- побуквенное произнесение слов, когда слова произносятся так, как пишутся (что вместо [што], его вместо [ево]);
- произнесение слов с акцентом или с характерными особенностями местного говора;
 - неправильное ударение в словах;
 - монотонная речь, при которой у детей резко снижается интерес к содержанию высказывания;
 - ускоренный темп речи, что очень затрудняет понимание речи детьми;
 - многословие, наложение лишних фраз, деталей;
 - насыщение речи сложными грамматическими конструкциями м оборотами;
 - использование просторечий и диалектизмов, устаревших слов;
 - частое неоправданное употребление слов с уменьшительно-ласкательными суффиксами («Танечка, вымой ручки!», «Катенька, убери чашечку со столика!»);
 - засоренность речи словами-паразитами (ну, вот, так сказать и т.д.);

- копирование речи малышом, «сюсюканье»;
- использование в речи слов, не понятных детям без уточнения их значения, и т.д.

В этой связи Т.В. Пятница определяет следующие **требования, предъявляемые к речи воспитателя группы детей с ТНР:**

- правильно произносить все звуки родного языка;
- четко произносить и артикулировать звуки, ясно проговаривать окончания слов и каждое слово во фразе;
- строго придерживаться в речи орфоэпических норм, правильно ставить ударение в словах;
- использовать средства интонационной выразительности речи (силу голоса, темп, логические ударения, паузы);
 - в общении с детьми пользоваться речью слегка замедленного темпа, умеренной громкости;
 - связно и в доступной форме передавать содержание текстов, точно используя слова и грамматические конструкции с учетом возраста ребенка и уровня его речевого развития;
 - использовать в разговоре с детьми и персоналом доброжелательный тон.

В группах детей с тяжелыми нарушениями речи предусмотрены два вида занятий: коррекционно-развивающие и общеобразовательные.

Воспитатель проводит следующие виды общеобразовательных занятий:

- ознакомление с окружающим и развитие речи;
- формирование элементарных математических представлений;
- рисование;
- лепка;
- аппликация;
- конструирование;
- сенсорика;
- игра (сюжетно-ролевая и дидактическая);
- физкультура (может проводить руководитель по физической культуре).

Анализ практической деятельности воспитателей групп детей с ТНР позволяет обобщить некоторые методические правила организации и проведения коррекционных занятий воспитателем детского дошкольного учреждения (Т.В. Пятница). Среди них:

- 1) соответствие содержания тематике занятий учителя-дефектолога и этапу коррекционного обучения;
- 2) четкость, краткость, доступность всех инструкций, пояснений и вопросов;

3) оптимальная умственная и речевая нагрузка детей (малоэффективны и неинтересны детям как слишком легкие, так и сложные задания);

4) наличие разнообразных видов работы, их взаимосвязь, подчинение задачам занятия (устойчивость восприятия у детей с тяжелыми нарушениями речи ослабевает при однообразной и одноплановой работе);

Г)) обеспечение занятия наглядным материалом, его правильный подбор (соответствие санитарно-гигиеническим нормам и возрасту, эстетичность, современность, оформление);

(>) учет возрастных, речевых и психологических особенностей детей;

7) обеспечение индивидуального подхода на фоне коллективной работы на занятии;

8) постоянная стимуляция и активизация деятельности детей, чередование психической и физической активности детей.

Особую значимость сегодня приобретает проблема преемственности между дошкольным и начальным звеньями системы школьного образования детей с нарушениями речи. Как отмечает Г.В. Чиркина, вся работа с детьми дошкольного и младшего школьного возраста должна исходить из принципа «не навреди» и быть направленной на коррекцию и пропедевтику речевых нарушений устной и письменной речи, а также на развитие индивидуальности каждого ребенка. Таким образом, приоритетными целями могут стать:

1) на уровне дошкольного образования развитие:

- устной речевой способности ребенка;
- произвольности, познавательной активности;
- коммуникативности и уверенности в себе;

2) на уровне начального образования:

- познавательное развитие и социализация;
- освоение навыков письменной речи;
- формирование учебной деятельности.

Основными содержательными линиями, отражающими важнейшие стороны речевого развития на этих этапах, являются:

- формирование звукопроизношения и слоговой структуры слова;
- обогащение словарного запаса;
- развитие грамматической структуры речи;
- развитие фонематического восприятия;
- формирование навыков языкового анализа и синтеза;
- обучение грамоте;
- развитие связной речи;
- формирование письменной речи.

Коррекционно-педагогическая помощь детям с нарушениями речи школьного возраста может оказываться в рамках работы пунктов коррекционно-педагогической помощи при общеобразовательных школах. В системе здравоохранения при поликлиниках и психоневрологических диспансерах (детских и взрослых) имеются логопедические кабинеты. В системе социальной защиты имеются специализированные дома ребенка, одной из основных задач которых является своевременная диагностика и исправление речи детей.

Работа по исправлению речевых нарушений опирается на данные диагностики актуального уровня сформированности речевой деятельности ребенка и носит поэтапный характер. Важнейшими условиями оказания эффективной коррекционной помощи детям с нарушениями речи являются:

- наличие в каждом регионе всех типов специализированных учреждений, дифференцированных по возрасту, характеру речевого нарушения и содержанию коррекционно-логопедической помощи;
- сформированная система ранней диагностики детей с нарушениями речи;
- включение в программу обучения и воспитания детей с нарушениями речи адаптационных занятий по преодолению последствий речевого нарушения.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Перечислите основные анатомо-физиологические механизмы речи.
2. Какие условия необходимы для формирования правильной речи ребенка?
3. Назовите группы факторов, способствующих возникновению речевых нарушений. Можно ли говорить о преобладающей роли биологических или социальных факторов? Почему?
4. Дайте характеристику основных этапов развития речи.
5. Как классифицируются речевые нарушения в логопедии?
6. Какие условия необходимо соблюдать для своевременного устранения возрастного косноязычия?
7. Назовите основные особенности речи заикающихся детей.
8. Какие типичные ошибки допускают дети с нарушениями письменной речи? Чем характеризуются эти ошибки?
9. Перечислите основные особенности психического развития детей с тяжелыми нарушениями речи.
10. Какие функции должен реализовывать воспитатель группы детей (ТНР)?

2.4. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушением слуха

2.4.1. Педагогическая классификация лиц с нарушением слуха

Нарушения слуха относятся к сенсорным нарушениям. По данным ВОЗ в 2002 г. в мире насчитывалось 250 млн человек с нарушением слуха (учитывались лица с понижением слуха, превышающим 40 дБ на лучше слышащее ухо), что составляет 4,2% от всей популяции земного шара. Причем к 2020 г. по прогнозам ВОЗ ожидается рост количества лиц с нарушением слуха более чем на 30%.

Все причины и факторы нарушения слуха следует разделить на три группы:

- 1) наследственная глухота или тугоухость;
- 2) врожденное нарушение слуха (факторы, воздействующие на развивающийся плод во время беременности матери);
- 3) приобретенное нарушение слуха (факторы, действующие на сохраненный орган слуха ребенка в процессе его жизни).

Поданным Р. Brookhouse и D. Worthington (1991), число детей с односторонней формой тугоухости растет и составляет 13 случаев на 1 тыс. человек. У 42% людей этиология одностороннего понижения слуха не ясна; у 24% причиной являлся менингит; у 23% - корь; у 11% - эпидемический паротит. Авторы обратили внимание на то, что у части больных с односторонним снижением слуха через несколько лет постепенно развивается снижение слуха и на другое ухо.

Автором педагогической классификации детей с нарушением слуха является Р.М. Боскис. В основу своей классификации автор предложила критерии, учитывающие своеобразие развития детей:

- 1) время возникновения нарушения слуха;
- 2) степень поражения слуховой функции;
- 3) уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции.

Учет этих критериев позволяет выделить такие группы детей с нарушением слуха:

- глухие (неслышащие) без речи (ранооглохшие);
- глухие (неслышащие), сохранившие речь (позднооглохшие);
- слабослышащие с развитой речью;
- слабослышащие с глубоким речевым недоразвитием.

Неслышащие и слабослышащие различаются по способам восприятия речи и условиям ее формирования: первые овладевают зрительным и слухозрительным (с помощью специальных технических средств) восприятием словесной речи только в процессе обучения. Вторые - могут самостоятельно овладевать восприятием речи разговорной громкости на слух.

Всех детей с нарушением слуха по степени поражения слуховой функции подразделяют на две основные группы.

1. Глухие (неслышащие) дети - это дети с тотальным (полным) выпадением слуха или остаточным слухом, который не может быть самостоятельно использован для накопления речевого запаса. Эти дети имеют глубокое стойкое двустороннее нарушение слуха, которое может быть наследственным, врожденным или приобретенным в раннем детстве. У большинства неслышащих детей имеется остаточный слух, и они могут воспринимать только очень громкие звуки (силой от 70-80 дБ).

Среди неслышащих детей различают: а) неслышащих без речи (ранооглохших); б) неслышащих, сохранивших в той или иной мере речь (позднооглохших).

Глухота вызывает более медленное и протекающее с большим своеобразием развитие речи. Нарушение слуха и речевое недоразвитие влекут за собой изменения в развитии всех познавательных процессов ребенка, в формировании его волевого поведения, эмоций, чувств, характера и других сторон личности. Недостаток слуховых впечатлений обедняет внутренний мир ребенка.

Средством общения со слышащими являются естественные жесты, между собой неслышащие люди общаются с помощью мимико-жестикультурной речи.

К *позднооглохшим* относятся дети, потерявшие слух вследствие какой-либо болезни или травмы после того, как они овладели речью, т.е. в 2-3-летнем и более позднем возрасте.

Потеря слуха у позднооглохших детей может быть разной. У них может появиться тяжелая психическая реакция на то, что они не слышат многие звуки или слышат их искаженными, не понимают обращенную к ним речь. Иногда это ведет к полному отказу ребенка от общения и даже к психическому расстройству. Проблема состоит в том, чтобы научить ребенка воспринимать и понимать устную речь.

Потеря имеющейся речи, как правило, происходит постепенно и характеризуется рядом особенностей: появляются слова и фра

зы с фонетическими и грамматическими искажениями, возникает смазанность речи. При потере слуха в раннем дошкольном возрасте без своевременного оказания помощи ребенку и его родителям речь распадается очень быстро.

Среди **основных особенностей неслышащих детей** исследователи называют:

- задержку в развитии локомоторных функций (около 70% начинают позже держать голову, сидеть, стоять, ходить (разрыв по сравнению с нормой составляет 2-3 месяца));
- неспособность самостоятельного овладения речью и невозможность ее формирования без специального образования (дети становятся глухонемыми);
- наличие остаточного слуха у большинства неслышащих;
- недостаток слуховых впечатлений и как следствие обедненность внутреннего мира ребенка;
- ограниченные возможности в овладении словесной речью как средством общения и познания окружающего мира негативно влияют на развитие познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы и др.;
- использование естественных жестов в качестве средства общения со слышащими и мимико-жестикуляторной речи как средства общения между собой;
- опережение понимания речи по сравнению с формированием возможности собственного высказывания в устной, дактильной или письменной форме.

Уровень и характер речевого развития при нарушении слуха обусловлены такими причинами как степень нарушения слуха, время возникновения слухового нарушения, педагогические условия развития ребенка после наступления нарушения слуха, индивидуальные особенности ребенка.

Специальное обучение позволяет неслышащим детям овладеть словесной речью, расширить возможности общения со слышащими и способствует развитию личности.

Развитие и становление личности неслышащего может происходить в условиях субкультуры жестового языка или в условиях сообщества слышащих. Однако необходим и встречный процесс то или иное сообщество, субкультура должны признать или не признать этого человека «своим». Поэтому в реальной жизни социальная интеграция неслышащих не всегда протекает без проблем: «говорящий глухой», не владеющий жестовым языком, не

всегда бывает принят в качестве «своего» в субкультуре глухих, и он не всегда к ней стремится; в сообществе слышащих, несмотря на владение словесной речью, его также не рассматривают в качестве «своего».

2. **Слабослышащие (тугоухие) дети** - это дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора. К слабослышащим относятся дети с очень большими различиями в области слухового восприятия. Слабослышащим считается ребенок, если он начинает слышать звуки громкостью от 20-50 дБ, и если он слышит звуки только громкостью 50-70 дБ.

Как отмечает Т.В. Розанова, возможности развития речи у слабослышащих детей очень велики и зависят от индивидуальных психофизических особенностей ребенка и от тех социально-педагогических условий, в которых он находится, воспитывается и обучается.

У слабослышащих детей недостатки слуха приводят к замедлению в овладении речью, к восприятию речи на слух в искаженном виде.

Основными особенностями слабослышащих детей являются:

- нарушение многих функций и сторон психики, определяющих ход развития личности ребенка;
- неполноценный слух обуславливает *речевое недоразвитие*, изменяющее ход *общего развития*, и *осложнение социального взаимодействия* ребенка;
- развитие речи имеет замедленный поступательный характер и подчинено особым закономерностям (А.А. Комарова).

У слабослышащих детей наиболее частыми являются следующие *нарушения речи*:

- недостатки произношения;
- бедность лексического запаса;
- недостаточное усвоение звукового состава слова;
- неточное понимание и неправильное употребление слов;
- аграмматизмы;
- ограниченное понимание как устной речи, так и читаемого текста.

Следует помнить, что *даже незначительная степень понижения Чуха может служить препятствием к усвоению чтения и письма и Зычных условиях обучения.*

Если слабослышащий ребенок идет в массовую школу, он непременно испытывает затруднения, основные из которых:

- затрудненное усвоение первоначальной грамоты (чтения и письма);
- специфические ошибки в диктанте и самостоятельном письме;
- трудности понимания объяснений учителя;
- затруднения при пользовании учебником вследствие недостаточного понимания читаемого текста.

Таким образом, для социальной интеграции детей с нарушением слуха очень важным является как можно более раннее специальное образование, направленное на повышение уровня функционирования.

2.4.2. Образование детей с нарушением слуха

История создания специальных условий для обучения детей с нарушением слуха насчитывает не одно столетие.

Первые высказывания о возможности обучения глухих содержатся в сочинениях Аристотеля.

В XVI в. итальянский философ, врач и математик Дж. Кардано (1501-1576) упоминал о способе усвоения речи с помощью ее письменной формы. В это же время в Испании были сделаны первые попытки использования *дактилологии* (своеобразная форма речи, при которой слова воспроизводятся пальцами рук) для обучения глухих детей.

В 1620 г. испанский ученый Х.П. Бонет издал первое в истории сурдопедагогике методическое пособие «О природе звуков и искусстве научить глухонемого говорить». В середине XVIII в. появилось одно из первых произведений, в котором были затронуты проблемы изучения неслышащих. Это знаменитое «письмо» Д. Дидро: «Письмо о глухих и немых, предназначенное для тех, кто слышат и говорят». Дидро рассматривал вопрос соотношения мысли и слова в эстетическом плане, исследовал коммуникативную функцию речи на примере нескольких языков, в том числе жестового языка глухих, попутно отмечая ряд характерных особенностей этого языка. Дидро отметил удивительную выразительность жестов.

В XVIII в. начинает формироваться система обучения и воспитания детей с нарушением слуха. Первое в мире училище для глухих Парижский национальный институт - было учреждено

в 1770 г. французским сурдопедагогом Ш.М. де л'Эпе. Для обучения неслышащих использовался мимический язык глухонемых. Немецкий сурдопедагог С. Гейнике разработал другую систему обучения — устный метод, основанный на устной форме слопесной речи.

В 1864 г. А. Линкольн, президент США, утвердил решение Конгресса о финансировании первого в мире высшего учебного заведения для неслышащих (Галлоудет-колледж).

По свидетельству исследователей, на Руси обучение глухих детей осуществлялось вместе со здоровыми с XI в. в монастырских школах. А с конца XVIII в. в системе общественного призрения организовывались разнообразные учреждения, в которых глухие дети обучались в особых группах.

Первые специальные учреждения для глухих в России были открыты 1806 г. в Павловске (в 1810 г. переведено в Санкт-Петербург) и в 1834 г. в Москве.

К началу XX в. сложилась русская система обучения детей с недостатками слуха (вместе с глухими обучались слабослышащие и позднооглохшие). Русские сурдопедагоги В.И. Флери, Г.А. Гурцов, А.Ф. Остроградский, Н.М. Лаговский и другие рекомендовали наряду с устной речью обучать детей жестовой речи и письму. Большое значение придавалось развитию познавательных возможностей глухих детей, а также их нравственному воспитанию.

Попытки реализации идеи дифференцированного подхода к обучению детей с нарушением слуха были сделаны в России и ряде зарубежных стран в конце XIX в. Теория и практика дифференцированного специального образования детей, имеющих разную степень нарушения слуха и соответствующий уровень речевого развития, оформились во второй половине XX в.

Интенсивное развитие белорусской сурдопедагогике началось в 50-е годы XX в. *Сурдопедагогика* (от лат. *surdus* - глухой) - система научных знаний об образовании лиц с нарушением слуха. Основными задачами сурдопедагогике сегодня являются:

- педагогическое изучение лиц с нарушением слуха и закономерностей овладения ими образованием в зависимости от индивидуальных особенностей и особенностей нарушения слуха и речи;
- разработка научных основ содержания образования, методики и специальных методик обучения лиц с нарушением слуха;

- развитие различных подсистем специального образования лиц с нарушением слуха; специальных образовательных технологий развития остаточного слуха, обучения жестовому, родному языку, устной речи; педагогической реабилитации в послеоперационный период и др.;

- совершенствование технических средств коррекции и компенсации нарушений слухового анализатора;

- совершенствование системы педагогической работы, направленной на социальную адаптацию и социально-профессиональную реабилитацию лиц с нарушением слуха;

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

Обучение и воспитание детей с нарушением слуха осуществляется на всех уровнях образования. Программы воспитания и обучения глухих и слабослышащих дошкольников направлены на формирование психических новообразований, присущих каждому периоду дошкольного детства, в процессе развития детских видов деятельности.

В 2006 г. в Республике Беларусь была утверждена новая программа для специальных дошкольных учреждений «Воспитание и обучение детей с нарушением слуха». При реализации содержания программы основным является учет зоны актуального развития ребенка (наличный уровень развития), а не его возраст. Спецификой данной программы является выделение тематических разделов: «Физическое развитие и воспитание», «Познавательное развитие», «Формирование деятельности», «Эстетическое воспитание», «Формирование основ личности: нравственное развитие и воспитание», «Работа с семьей».

Слабослышащие дети раннего и дошкольного возраста могут воспитываться и обучаться в следующих образовательных учреждениях:

- специальных детских садах для глухих и (или) слабослышащих детей;

- детских садах общего типа, на базе которых открыты и функционируют специальные группы или группы интегрированного обучения и воспитания;

- дошкольных группах, школах-интернатах для глухих или для слабослышащих и позднооглохших детей (рассчитаны на обеспечение развития и подготовку к школе).

Большинство специальных дошкольных учреждений, к сожалению, интернатного типа. Негативными сторонами интернатов являются:

- изолированность от семьи;

- неразвитая языковая среда;

- невозможность комплектования групп детьми примерно с равным слухоречевым уровнем развития (дети со средней и легкой тугоухостью совместно с еще не говорящими детьми).

Дети с нарушением слуха, воспитывающиеся дома, могут получать квалифицированную коррекционную помощь в учреждениях здравоохранения по месту жительства, группах кратковременного пребывания, центрах реабилитации слуха и речи. Основное содержание работы в этих учреждениях - развитие речи ребенка, его остаточного слуха и формирование произносительных навыков.

На всех уровнях основного образования обучение лиц с нарушением слуха осуществляется с использованием звукоусиливающей аппаратуры коллективного и индивидуального пользования, а также с использованием технических средств обучения, которые обеспечивают передачу информации на зрительной основе.

В зависимости от степени потери слуха образовательный процесс для детей с нарушением слуха организуется на двух отделениях (первое и второе). Образовательный процесс, на втором отделении организуется на белорусском или русском (и устной, письменной, тактильной формах) и жестовом языках.

Все уровни специального образования ребенка с нарушением слуха призваны обеспечить преемственность между предыдущим уровнем и последующим. В этой связи важными составляющими дошкольного воспитания ребенка с нарушением слуха являются социальное и физическое воспитание, познавательное и речевое развитие, формирование ведущей деятельности с учетом уровня требований программы дошкольного образования.

Исследования Н.Д. Шматко показали, что развитие системы помощи детям с нарушением слуха, открытие интегрированных дошкольных учреждений привели к появлению новой категории дошкольников с нарушением слуха, уровень общего и речевого развития которых близок к уровню их нормально развивающихся сверстников.

¹ Императивом современного состояния специального образования является развитие и внедрение в практику моделей интегриро-

ванного обучения. Г.В. Чиркина отмечает, что состояние слуховой функции не оказывает прямого влияния на готовность ребенка с нарушением слуха к обучению в классе интегрированного обучения и воспитания. В качестве основных показателей такой готовности исследователь предлагает считать:

- приближенный к возрастной норме уровень общего и речевого развития (понимание обращенной речи учителя, умение целенаправленно запоминать учебный материал, умение использовать смысловую догадку при восприятии новой речевой информации, употребление слова в соответствии с его лексическим значением и контекстом и др.);
- коммуникабельность (умение активно пользоваться обратной связью с учителем, умение обращаться за помощью, разъяснениями, выделять неясное, непонятное и формулировать вопросы и др.);
- психологическую готовность к обучению среди нормально развивающихся сверстников (формирование новой социальной роли, наличие учебной мотивации, умение общаться со сверстниками и взрослыми, способность подчинить свое поведение законам детских групп).

Эффективность учебно-воспитательного процесса с детьми с нарушением слуха обеспечивается соблюдением единства подходов со стороны тех, кто взаимодействует с ребенком - воспитателей и сурдопедагогов. Основными направлениями совместной согласованной деятельности их являются:

- 1) проведение изучения детей с обсуждением и анализом полученных результатов;
- 2) изучение содержания обучения и воспитания, отраженную в программах, и составление перспективных планов работы;
- 3) подготовка к праздникам, развлечениям и участие в них всего педагогического коллектива группы и музыкального работника;
- 4) работа с родителями;
- 5) организационные формы проведения занятия (индивидуальная, групповая, фронтальная).

Люди, имеющие нарушение слуха, для организации оощепия используют дактильную азбуку и жестовую речь. Дактилология (движения пальцев рук (жесты) обозначают буквы алфавитов национальных языков) и жестовая речь - это особая кинетическая система для компенсации импрессивной и экспрессивной устной речи (рис. 2.2 и 2.3).



Рис. 2.2. Русский дактильный алфавит для незлыш ащих



Рис. 2.3. Использование жестов при общении с незлышащими детьми

Важным средством формирования речи незлышащего является чтение. В дошкольном возрасте чтение выступает «основным средством формирования разговорной и повествовательной речи» (Б.Д. Корсунская). С помощью чтения ребенок усваивает новые слова, закрепляет лексические и грамматические обобщения, формирует предпосылки понимания письменной контекстной речи, развивает умение пользоваться элементарной монологической речью и т.д. Основное назначение чтения, по мнению исследователей, заключается в том, чтобы за каждой прочитанной фразой у ребенка прежде всего возникло реальное представление, а за прочитанным текстом осознал заключенный в нем смысл.

При организации обучения незлышащих детей могут использоваться следующие системы:

1) на основе билингвистического подхода (равноправными и равноценными средствами специального образовательного процесса являются как словесная, так и жестовая речь - способ межличностного общения людей, лишенных слуха, посредством системы жестов);

2) на основе словесной речи.

В обучении лиц с нарушением слуха может использоваться **тотальная коммуникация** - использование словесного и жестового языков: устная речь, воспринимаемая зрительно и слухозрительно, письменная речь, дактилология, разговорный жестовый язык глухих, калькирующая жестовая речь, пантомима, указательные жесты, мимика и др. Очевидным является применение широчайшего арсенала средств передачи информации.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Какие критерии лежат в основе классификации нарушения слуха, предложенной Р.М. Боскис?
2. Перечислите группы детей с нарушением слуха в зависимости от времени поражения и степени тяжести нарушения.
3. Охарактеризуйте основные психологические особенности детей с нарушением слуха.
4. Дайте сравнительную характеристику детей с различной степенью нарушения слуховой функции.
5. Что такое «билингвистический подход»?
6. Какие средства общения и обучения используются в процессе обучения детей с нарушением слуха?

2.5. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями зрения

2.5.1. Категории детей с нарушениями зрения

К сенсорным расстройствам психического развития относятся разной степени выраженности нарушения зрения. Зрение занимает и жизни ребенка особое место, обеспечивая ему восприятие более 80% информации о внешнем мире и выполнение большинства видов человеческой деятельности. Количество детей с выраженными нарушениями зрения колеблется в пределах 1% от общей детской популяции.

Исследователи отмечают, что за два-три последних десятилетия значительно изменились причины и характер глазной патологии: с 1974 по 1989 г. почти в три раза увеличилось число незрячих детей с патологией сетчатки (Т.А. Баилова, И.Д. Лукашова и др.). Атрофия зрительных нервов как причина нарушений зрения встречается у 30,9% учащихся школ для слепых и 20,8% учащихся школ для слабовидящих.

По характеру протекания нарушения зрительного анализатора делятся:

- на прогрессирующие (постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса);
- непрогрессирующие (врожденные пороки зрительного анализатора).

В зависимости от степени расстройства зрительной функции дети с нарушениями зрения делятся на слепых (незрячих) и слабовидящих.

Слепые (незрячие) - подкатегория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение.

Слепота, по определению Л.И. Плашкиной, - наиболее резко выраженный уровень утраты зрения, когда невозможно или сильно ограничено зрительное восприятие окружающего мира вследствие глубокой потери остроты центрального зрения, или сужения поля зрения, или нарушения других зрительных функций.

Время наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития ребенка. В зависимости от времени наступления слепоты выделяют следующие

категории незрячих: слепорожденные; рано ослепшие; лишившиеся зрения после трех лет жизни.

По степени нарушения зрения в категории незрячих детей исследователи выделяют следующие группы:

- тотально или абсолютно незрячие (отсутствуют зрительные ощущения на оба глаза);
- незрячие со светоощущением (отличают свет от тьмы);
- незрячие со светоощущением и цветоощущением (могут различать цвета);
- незрячие с тысячными долями от нормальной остроты зрения («движения руки перед лицом»);
- незрячие с форменным (предметным) остаточным зрением.

Выделение групп позволяет организовать дифференцированную коррекционную и реабилитационную помощь.

Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные нарушения, своеобразие психофизического развития. Отличие ослепших детей от слепорожденных зависит от времени потери зрения: чем позже ребенок потерял зрение, тем больше у него объем зрительных представлений, который можно воссоздать за счет словесных описаний. Если не развивать зрительную память, частично сохранившуюся после потери зрения, происходит постепенное стирание зрительных образов.

Слабовидящие - подкатегория лиц с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучшем видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение). При слабовидении речь идет о значительном снижении остроты зрения.

Зрительное восприятие при слабовидении характеризуется неточностью, фрагментарностью, замедленностью.

Причинами слабовидения могут быть глазные болезни на фоне общего заболевания организма, чаще всего миопия (близорукость), гиперметропия (дальнозоркость), астигматизм и др.

Остаточное зрение слабовидящего имеет существенное значение для его развития, учебной, трудовой и социальной адаптации, поэтому оно должно тщательно оберегаться: необходимы регулярная диагностика, периодическое консультирование у офтальмолога, тифлопедагога, психолога.

Помимо описанных категорий детей с нарушениями зрения в литературе можно встретить выделение еще одной группы детей -

дети с пониженным зрением или **дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой** (В.З. Денискина).

Основными психологическими особенностями детей с нарушениями зрения, по мнению исследователей, являются:

- своеобразии эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта;
- снижение скорости, точности, дифференцированное™ зрительного восприятия;
- трудности в овладении сенсорными эталонами (цвет, форма, величина, пространственное расположение и др.);
- трудности в игре, учении, в овладении профессиональной деятельностью;
- бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции;
- своеобразии характера и поведения сказывается на развитии отрицательных черт: в одних случаях - неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции; в других - повышенной возбудимости, раздражительности, переходящей в агрессивность;
- своеобразии мыслительной деятельности с преобладанием развития абстрактного мышления.

Л.С. Выготский указывал, что слепые владеют так называемым шестым чувством (тепловым), позволяющим им на расстоянии замечать предметы, при помощи осязания различать цвет.

Особое значение для слепых и слабовидящих имеют осязание, слуховое восприятие, речь:

- *осязание* является ведущим фактором компенсаторного развития незрячего, так как посредством осязания происходит познание слепым ребенком окружающего мира, получение информации о форме, структуре, поверхности, температурных признаках предметов и их пространственном положении;
- с помощью *слухового восприятия* ребенок с нарушением зрения получает разнообразные сведения о предметах, их свойствах, их движении в пространстве (с помощью звуков слепые и слабовидящие могут свободно определять предметные и пространственные свойства окружающей среды, они могут по звуку определить его источник и местонахождение с большей точностью, чем это сделали бы зрячие люди);
- *речь* >, *слово взрослого* фиксирует приобретенный ребенком сенсорный опыт, обобщает его; словесные обозначения признаков и свойств предметов способствуют осмысленному их восприятию и различению.

Опирайтесь в обучении только на сохранное зрение крайне опасно, потому что ребенок может ослепнуть и не научиться использовать сохранные анализаторы.

Обучение и воспитание детей с нарушениями зрения является механизмом их включения в социальную жизнь общества.

2.5.2. Обучение и воспитание детей с нарушениями зрения

Незрячий ребенок имеет все возможности для высокого уровня психофизического развития и полноценного познания окружающего мира с опорой на сохранную анализаторную сеть. В условиях специального обучения формируются адекватные приемы и способы использования слухового, кожного, обонятельного, вибрационного и других анализаторов, представляющих сенсорную основу развития психических процессов. Благодаря этому развиваются высшие формы познавательной деятельности, которые являются ведущими в компенсаторной перестройке восприятия.

Проблемы воспитания и обучения лиц с нарушениями зрения являются предметом *тифлопедагогики* (от греч. typhlos - слепой). Основоположителем тифлопедагогики и обучения незрячих считается В. Гаюи (1745-1822), французский педагог, единомышленник и последователь Д. Дидро, основатель первых образовательных учреждений для слепых во Франции и в России. Благодаря В. Гаюи не только началось систематическое обучение незрячих, но и сформировалось гуманистическое отношение к ним как к полноценным членам общества, нуждающимся в образовании и социально-трудовой реабилитации.

В середине XVIII в. Д. Дидро опубликовал «Письмо о слепых в назидание зрячим», и через 34 года после выхода первого письма «Прибавление к письму о слепых». Д. Дидро писал о глубоком личностном своеобразии людей с нарушениями зрения, возможности компенсации нарушения, воспринимая дефект как стимул для развития отдельных способностей и качеств личности. Автор был уверен, что обучение и воспитание слепых детей должно начинаться в **рамом** раннем возрасте.

Выдающейся фигурой тифлопедагогики является Луи Брайль **1(1809-1852)**, потерявший зрение в трехлетнем возрасте воспитанник, а затем и тифлопедагог Парижского национального института слепых, автор изобретения, изменившего систему обучения слепых, снованная на комбинациях шеститочия, его система рельефного ЯИсьма охватывает буквенные, математические и иные символы,

позволяя слепому свободно читать и писать. Книгопечатание по Брайлю началось с 1852 г. во Франции. В России первая книга по Брайлю вышла в 1885 г.

Первое учебное заведение для слепых в России (училище слепых) было организовано в 1807 г. при Смольнинской богадельне в Санкт-Петербурге. Детей учили Закону Божьему, пению, ремеслам.

Как отмечает Н.Н. Малофеев, предложенная парижанином В. Га юн модель специальной школы для слепых в российскую жизнь не вписалась. По мнению исследователя, подлинное рождение в России школы для слепых случилось уже в последней четверти XIX в. В Санкт-Петербурге и Москве нашлись люди, готовые взяться за это дело и увлечь других своим примером. Всего за два десятилетия (1881-1900 гг.) на территории империи получила бурное развитие практика специального обучения детей с **нарушениями** зрения, в результате чего открылось 24 таких учебных заведения.

Первым российским городом, где начали создавать школу нового типа для слепых детей, стала Москва. Инициатором создания учреждения явился обер-пастор Евангелическо-лютеранского храма апостолов Петра и Павла Г. фон Дикгоф. В 1882 г. Московское учебно-воспитательное заведение для слепых детей открылось, приняв двадцать воспитанников. Пока тянулась бюрократическая волокита, Москва уступила пальму первенства своему извечному сопернику Санкт-Петербургу. Там школу для слепых удалось открыть годом раньше (1881) стараниями Константина Карловича Грота. Все эти школы существовали на средства Попечительства о слепых (учреждено в 1881 г.).

Самым главным достижением Попечительства о слепых и деятельности специальных учебных заведений стало изменение отношения общества и государства к слепым к концу XIX в. По свидетельству Н.Н. Малофеева, набрала силу светская благотворительность, образование начало осознаваться базовой общественной ценностью, а обучение слепых стало пониматься как реализация всеобщего права на образование. Еще одним важным событием в этой области стал выход в свет журнала «Русский слепец» (1886). Его издателем был соратник К.К. Грота, делопроизводитель Совета Попечительства о слепых О.К. Адеракс.

После Октябрьской революции школы для слепых детей стали составной частью системы народного образования. В 1928 г. появились первые советские школьные программы для слепых.

В начале 30-х годов XX в. появились первые классы охраны зрения для слабовидящих детей в структуре массовых общеобразова-

тельных школ, а с конца 30-х годов открылись и первые школы для слабовидящих. Развитие этого нового направления в тифлопедагогике способствовал Ю.Д. Жаринцев.

Задачей тифлопедагогике как науки является разработка следующих основных проблем: психолого-педагогическое и клиническое изучение зрения и аномалий психического и физического развития при нарушениях зрения; пути и условия компенсации, коррекции и восстановления нарушенных и недоразвитых функций при слепоте и слабовидении; изучение условий формирования и всестороннего развития личности при разных формах нарушения функций зрения.

Домашнее воспитание и обучение ребенка при нарушениях зрения имеет свои особенности, зависящие от состояния зрительного нарушения, от времени его возникновения. Среди основных особенностей домашнего воспитания и обучения ребенка с нарушениями зрения можно назвать следующие положения:

- квалифицированная регулярная консультативная помощь специалистов (тифлопедагог, психолог, офтальмолог и др.);
- «комментированное» общение взрослого с ребенком («видеть с помощью слуха»): слово фиксирует какой-либо предмет, его свойства, признаки, действия, состояние и т.д.;
- оптимальная организация предметно-окружающей среды для сенсорного развития ребенка;
- организация разнообразных видов деятельности - общения, игры, движения, труда, рисования, конструирования и др.;
- демократический стиль родителей в отношениях с ребенком: прислушиваться к его мнению, уважать его позицию, развивать самостоятельность суждений;
- создание условий, соответствующих возможностям слепого или слабовидящего ребенка, атмосферы любви и взаимного уважения;
- знание родителями особенностей развития ребенка с нарушениями зрения, влияния первичного нарушения на формирование психических функций, двигательных, социальных, учебных и других умений, способов и приемов формирования и развития навыков ориентировки в пространстве, восприятия предметов и явлений окружающего мира, умения общаться и контактировать со сверстниками и взрослыми, обслуживать себя, исследовать и познавать окружающий мир при помощи сохранных чувств;
- гармоничное развитие всех способностей ребенка.

Коррекционно-компенсирующая направленность специального образования детей с нарушениями зрения способствует их полноценному развитию и социальной адаптации.

В результате систематического организованного общения с действительностью, как отмечает Л.И. Плаксина, у ребенка формируются компенсаторные навыки пространственной ориентации, обеспечивающие ему адекватные действия. Чувственный уровень представлений о звучащем мире у детей с дефектами зрения близок к уровню нормально видящих детей.

В дошкольных учреждениях для детей с нарушениями зрения воспитываются незрячие и слабовидящие дети, включая детей с косоглазием и амблиопией, в возрасте от 2-3 до 7 лет. Цель этих учреждений - воспитание, лечение, возможное восстановление и развитие нарушенных функций зрения и подготовка детей к обучению в школе.

Образовательная составляющая направлена на коррекцию отклонений в развитии, восстановление остаточных функций зрения, оздоровление детей, развитие всей компенсирующей системы (слух, осязание, мобильность и ориентировка в пространстве), формирование навыков самообслуживания.

Обучение и воспитание в школах слепых и слабовидящих направлено на восстановление, коррекцию и компенсацию нарушенных и недоразвитых функций, организацию дифференцированного обучения. **Основными функциями** школы для слепых и слабовидящих детей являются: учебно-воспитательная, коррекционно-развивающая, санитарно-гигиеническая, лечебно-восстановительная, социально-адаптационная и профориентационная. Реализация этих функций обеспечивает нормализацию развития детей с нарушениями зрения, восстановление нарушенных связей с окружающей их средой (социальной, природной и др.).

Обучение детей с нарушениями зрения опирается на следующие основные принципы:

- широкое применение наглядности, адаптируемой к условиям восприятия (зрительного или осязательного);
- использование оптических средств коррекции зрительного восприятия;
- проведение специальной работы по ознакомлению с окружающим миром (экскурсии, наблюдения) при регулирующей роли речи как средства компенсации слепоты и слабовидения;

- развитие предметно-практических действий на основе поэтапного, пооперационного выполнения заданий (ручной труд, конструирование, лепка, аппликация и др.);

- организация преемственности между обучением в детском саду и школах-интернатах для детей с нарушениями зрения, между общественным и семейным воспитанием;

- создание оптимальных условий для зрительного восприятия (достаточная освещенность, удобное размещение детей, доступное расположение наглядного материала, регулирование зрительных нагрузок, организация коррекционных упражнений для зрения).

Программы обучения детей с нарушениями зрения построены с учетом особенностей их развития: учтена необходимость коррекционно-компенсаторной работы, направленной на развитие восприятия, конкретизацию представлений, совершенствование наглядно-образного мышления, формирование приемов и способов самоконтроля и регуляции движений с использованием специальных форм, приемов и способов; увеличено время на выполнение измерительных действий, проведение наблюдений, опытов, экскурсий и предметных уроков.

Среди особенностей организации и содержания учебно-воспитательного процесса в школе для детей с нарушениями зрения исследователи выделяют:

- учет общих закономерностей и специфики развития детей в опоре на здоровые силы и сохранные возможности;
- увеличение сроков обучения, перераспределение учебного материала и изменение темпа его прохождения;
- дифференцированный подход к детям, уменьшение наполняемости классов, применение специальных форм и методов работы, оригинальных учебников, наглядных пособий, тифлотехники;
- специальное оформление учебных классов и кабинетов, создание санитарно-гигиенических условий, организация лечебно-восстановительной работы;
- развитие зрительного восприятия и формирование предметных представлений;
- социальная адаптация;
- ориентировка в пространстве;
- развитие осязания и слухового восприятия;
- лечебная физкультура и ритмика;
- коррекция нарушений речи.

Коррекционно-развивающая направленность обучения и воспитания предусматривает развитие процессов компенсации, исправление и восстановление нарушенных функций, сглаживание недостатков познавательной деятельности, поиск потенциальных возможностей в становлении личности слепых и слабовидящих детей (М.И. Земцова, Ю.А. Кулагин, А.Г. Литвак, Л.И. Солнцева и др.).

Программами предусмотрено использование средств коррекции и компенсации значительно нарушенного и компенсации отсутствующего зрения с помощью оптических приспособлений, тифлоприборов, рельефно-графических пособий (для незрячих), плоскопечатных (для слабовидящих).

Учебно-воспитательный процесс в специальной школе предполагает использование специфических средств обучения и коррекции незрячих и слабовидящих:

- учебники, учебные пособия, социально-экономическая, политическая, художественная, научно-популярная, музыкальная литература, издаваемые по системе Брайля, иллюстрируемые рельефными рисунками, чертежами, схемами;
- для слепых, имеющих остаточное зрение, выпускаются пособия, сочетающие рельефную и цветную печать;
- для слабовидящих широко используются специальные учебники с укрупненным шрифтом и адаптированными цветными иллюстрациями;
- тифлотехнические средства компенсации нарушенных функций зрительного анализатора, в основе которых лежит преобразование (перекодирование) визуальной информации в сигналы, доступные для восприятия посредством слуха и осязания (сохранными анализаторами);
- оптические средства коррекции: лупы (ручные, опорные, стационарные), очки (микроскопические, телескопические, гиперокулярные), монокуляры и бинокляры, проекционные увеличивающие аппараты (эпи- и диапроекторы);
- специальные замкнутые телевизионные системы, позволяющие осуществлять фронтальные методы обучения;
- светотехнические средства в виде светозащитных корригирующих линз из цветного стекла или бесцветного стекла с покрытием;
- различные по сложности технические устройства и приспособления: простые приспособления для вдевания нитки в иголку, трости для обеспечения возможности самостоятельного передвижения, грифели и приборы для ручного письма по систе-

ме Брайля, специальные пишущие машинки для незрячих программистов, специальные приборы для рельефного черчения и рисования;

- «говорящие» книги - тиражированные на звуковоспроизводящих носителях записи книг;
- специальные виды тренажеров, звуковые мишени, звучащие мячи и т.п.

Специфичными являются условия эффективного использования наглядности в учебном процессе. При ее применении необходимо соблюдать определенные условия (Е.Н. Подколзина).

1. Демонстрируемая наглядность должна быть размещена таким образом, чтобы каждый ребенок мог ее рассмотреть (в хорошо освещенном месте, на уровне глаз детей, на контрастном фоне, на достаточном для их зрительного восприятия расстоянии).

2. Для обследования наглядности детям с нарушениями зрения должно предоставляться вдвое больше времени, чем нормально видящим.

3. Некоторым детям необходимо предоставить возможность приблизиться к демонстрируемой наглядности, внимательно рассмотреть ее, обследовать с помощью осязания.

4. В ряде случаев (например, при ознакомлении детей с многоплановыми сюжетными изображениями или с предметами сложной формы) наглядность следует внести в группу (класс) до начала занятия для того, чтобы дети могли предварительно рассмотреть ее. После окончания занятия эта наглядность некоторое время может оставаться в группе или классе.

5. Использование рельефной наглядности должно сопровождаться соотнесением ее с реальными предметами.

6. При демонстрации новых, незнакомых детям игрушек, предметов педагог должен обращать внимание на последовательность знакомства с их характерными признаками, свойствами, качествами, формировать у детей планомерность зрительно-осязательного восприятия.

7. Педагог должен сопровождать демонстрацию наглядности четким, доступным пониманию детей данного возраста описанием. Дети с нарушениями зрения могут обучаться в общеобразовательной массовой школе, если для них созданы там специальные образовательные условия: специальная освещенность, наличие тифлотехнических средств, специальных учебников, психолого-педагогическое сопровождение детей специалистами — тиф.ш>иг-

дагогами, тифлопсихологами; образовательный процесс должен иметь коррекционную направленность в той же мере, что и в специальной школе. Для детей с нарушениями зрения должны быть организованы специальные коррекционные занятия: ритмика, лечебная физкультура, коррекция нарушений речи, занятия по социально-бытовой и пространственной ориентировке, развитию зрительного восприятия.

Сегодня предметом пристального изучения являются различные модели интегрированного обучения детей с нарушениями зрения (В. Гудонис, М. Баркаускайте). В этой связи исследователи отмечают необходимость решения целого ряда проблем:

- 1) проблема специальной подготовки педагогов массовой школы для работы в условиях образовательной интеграции;
- 2) организация качественной консультативной помощи тифлопедагога детям с нарушениями зрения, педагогам и родителям;
- 3) формирование адекватного отношения к детям с ОПФР со стороны педагогов, родителей нормально развивающихся детей, общества в целом;
- 4) обеспечение общеобразовательных школ необходимыми средствами обучения для детей с нарушениями зрения.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Перечислите группы нарушений зрения в зависимости от времени поражения и степени тяжести нарушения.
2. Почему время наступления нарушения зрения имеет важное значение для дальнейшего психического развития ребенка и организации коррекционной работы?
3. Данте сравнительную характеристику детей с различной степенью нарушения зрительной функции.
4. Какие особенности имеет домашнее воспитание ребенка с нарушениями зрения?
5. Какую роль для незрячих и слабовидящих играют осязание, слух и речь? Почему?
6. Перечислите основные принципы обучения детей с нарушениями зрения. В чем их специфика?
7. Назовите основные особенности организации и содержания обучения детей с нарушениями зрения.
8. Какие специфические средства обучения и коррекции незрячих и слабовидящих используются в учебно-воспитательном процессе?

2.6. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

2.6.1. Общая характеристика и классификация нарушений функций опорно-двигательного аппарата

Врожденные и приобретенные заболевания и повреждения функций опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5-7% детей. Принято выделять следующие виды патологии функций опорно-двигательного аппарата (О.Г. Приходько).

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

Основную массу среди детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральным параличом (89%). У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции.

Другие категории детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети нуждаются в особых условиях жизни, обучения, последующей трудовой деятельности, интеграции в социум. В их социальной адаптации определяются два направления. Перине имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки.

ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второе направление адаптации ребенка с двигательным дефектом - приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

У детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата ведущим дефектом является двигательный (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Л.И. Аксенова предлагает выделять три степени тяжести двигательного дефекта при нарушениях функций опорно-двигательного аппарата:

- легкая - физическое нарушение дает возможность свободно передвигаться, не вызывает трудностей в социальной адаптации, позволяет интегрироваться в общество с наименьшими ограничениями;

- средняя - потребность в частичной помощи со стороны ближайшего окружения в передвижении и самообслуживании;

- тяжелая - полная зависимость от помощи окружающих.

Более подробно остановимся на характеристике детей с детским церебральным параличом как наиболее часто встречающемся нарушении функций опорно-двигательного аппарата. Детский церебральный паралич (ДЦП) за последние годы стал одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 6 случаев рождения ребенка с ДЦП на 1 000 новорожденных.

Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Так, из каждых 100 случаев церебрального паралича 30 возникает внутриутробно, 60 - в момент родов, 10 - после рождения (Л.О. Бадалаян, Л.Т. Журба, Н.М. Всеволожская).

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе и проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Таким образом, *при ДЦП страдают самые важные для человека функции: движение, психика и речь.*

Двигательные, психические и речевые расстройства варьируют в широком диапазоне, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний (при грубых двигательных нарушениях психические и речевые расстройства могут отсутствовать или быть минимальными и, наоборот, при легких двигательных нарушениях наблюдаются грубые психические и речевые расстройства).

2.6.2. Характеристика двигательного, психического и речевого нарушений при ДЦП

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

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

1. Нарушение мышечного тонуса.

2. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи).

3. Наличие насильственных движений (гиперкинезы (насильственные движения) и тремор (дрожание пальцев рук и языка)).

4. Нарушения равновесия и координации движений (атаксия: дети ходят на широко расставленных ногах, пошатываясь, отклоняясь в сторону).

5. Нарушение ощущений движений (кинестезии, например движение пальцев рук по прямой может ощущаться детьми как движение по окружности или в сторону).

6. Непроизвольные содружественные движения (сипкинезии: например при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребенок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются).

7. Неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные, снижена мышечная сила.

Структура нарушения при ДЦП включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушения развития психики сложен и определяется временем, степенью и локализацией мозгового поражения.

Отклонения в психическом развитии у детей с ДЦП в большой степени обусловлены ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными нарушениями, а также недостаточностью их практической деятельности и социального опыта, коммуникативных связей с окружением.

и ограниченностью полноценной игровой деятельности. Исследователи отмечают отсутствие четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений (тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП - с тяжелым недоразвитием психических функций).

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

Нарушения умственной работоспособности у детей с ДЦП проявляются в виде синдрома раздражительной слабости, включающего два основных компонента: повышенную истощаемость психических процессов; чрезвычайную раздражительность, плаксивость, капризность.

Структура интеллектуального нарушения при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей.

1. Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем вызван патологией зрения, слуха, мышечно-суставного чувства. Это существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Ощупывание предметов, манипулирование с ними, т.е. действительное познание, при ДЦП существенно нарушены. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

2. Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т.е. нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

3. Выраженность психоорганических нарушений проявляется в замедленности, истощаемое™ психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточности концентрации внимания, снижении объема механической памяти. Характерны расстройства эмоционально-волевой сферы, достаточно высокий уровень интеллектуального развития часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью, чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

В структуре психофизических нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают *нарушения речи*, частота которых составляет примерно 80%. Как отмечает Е.М. Мاستюкова, у детей с ДЦП в силу специфики их заболевания оказываются нарушенными предпосылки развития речи (возможность накопления сенсорного опыта, развития двигательной сферы).

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. Как отмечают исследователи, отставания в развитии речи при ДЦП связаны с ограничением объема знаний и представлений об окружающем мире, недостаточностью предметно-практической деятельности. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом не формируется потребность в речевой деятельности, ребенок лишается важного для него речевого общения.

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет двигательная патология. Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом, проявляющаяся в нарушении иннервации артикуляционного аппарата, мышц языка, затрудненности дыхания, голосообразования, произвольном открывании рта, движениях языка вперед и вверх. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи.

У детей с церебральным параличом чаще других встречаются такие формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия, нарушения письменной речи. При этом в изолированном виде речевые нарушения при ДЦП встречаются редко, гораздо чаще они проявляются в сочетании, например дизартрия и ОНР.

2.6.3. Система коррекционной работы при ДЦП

Специальные учреждения образования для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата работают в нашей стране с 1964 г.

Основными целями коррекционной работы при ДЦП являются:

- оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи;

- обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения.

Существует несколько **основных принципов** коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом.

1. Комплексный характер коррекционно-педагогической работы (постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка, предполагающий согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя).

2. Раннее начало воздействия, опирающегося на сохранные функции (раннее выявление, еще в родильном доме или детской поликлинике, среди новорожденных всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи).

3. Организация работы в рамках ведущей деятельности.

4. Наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психического развития.

5. Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем и дошкольном возрасте являются:

- развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими;

- стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, кинестетического восприятия и стереогноза);

- формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений;

- развитие предпосылок к интеллектуальной деятельности (внимание, память, воображение);

- формирование математических представлений; развитие зрительно-моторной координации и функциональных возможностей кисти и пальцев; подготовка к овладению письмом;

- воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Значительное место в коррекционно-педагогической работе (в гнии при ДЦП отводится логопедической работе. Ее основными задачами являются:

- развитие (и облегчение) речевого общения, улучшение разборчивости речи;

- нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;

- развитие речевого дыхания, голоса, просодики;
- формирование силы, продолжительности, управляемости голоса в речевом потоке;

- выработка синхронности дыхания, голоса и артикуляции;

- коррекция нарушений произношения.

В нашей стране создана сеть специализированных учреждений для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, школы-интернаты для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты, различные реабилитационные центры. В этих учреждениях в течение длительного времени осуществляется не только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи.

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в специализированных детских садах, где осуществляются коррекционное обучение, воспитание и подготовка детей к школе. Важным является максимальное всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями, формирование жизненных компетенций, адаптация к условиям социальной среды.

Закрепление достигнутых результатов у детей школьного возраста наиболее полно осуществляется в специализированных школах-интернатах. **Коррекционно-педагогическая работа**, осуществляемая с детьми школьного возраста, состоит:

- в последовательном развитии познавательной деятельности и коррекции ее нарушений;

- коррекции высших корковых функций;

- воспитании устойчивых форм поведения и деятельности.

В школах-интернатах для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата обучаются самостоятельно передвигающиеся и обслуживающие себя дети с сохранным интеллектом, трудностями в обучении, а также с легкой степенью интеллектуальной недостаточности.

В современной специальной литературе, освещающей проблемы разработки средств помощи людям с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, встречается термин «ассистирующие технологии» (АТ). Этот термин употребляется для обозначения, во-первых, очень широкого диапазона всевозможных вспомогательных, адаптационных и реабилитационных приспособлений (функциональные протезы новейшего времени), и, во-вторых, н/ю

цессов, связанных с выбором, размещением и использованием таких приспособлений для развития или компенсации нарушенных, ослабленных или утраченных функций и возможностей человека. Как отмечает З.М. Кордун, существующие ассистирующие технологии можно разделить на несколько условных групп:

- механические приспособления (костыли, инвалидные коляски и другая подобная специальная техника);
- устройства-ассистенты (резиновые поручни для опоры при ходьбе; наклонные доски, заменяющие ступени, и т.п.);
- более сложные приспособления с использованием электроники, компьютерной техники, средств современной связи и другие (например, инвалидное кресло, оборудованное встроенным двигателем, специальным компьютером для организации коммуникативных процессов и сотовым телефоном);
- специальное методическое обеспечение и технология его использования.

Вопросы и задания для самопроверки

1. Назовите виды патологии функций опорно-двигательного аппарата.
2. Какие направления социальной адаптации ребенка с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата принято выделять?
3. Какие функции страдают при ДЦП? В чем специфика их формирования?
- 1 Назовите специфические особенности структуры интеллектуального и речевого нарушений при ДЦП.
5. Перечислите основные цели, принципы и направления коррекционной работы при ДЦП.

ТЕМАТИЧЕСКИЕ РАЗНОУРОВНЕВЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1.1 Дефектология как интегрированная область научного знания

Репродуктивный уровень

1. Дефектология - это наука:
 - а) об особенностях развития детей, имеющих психофизические нарушения и закономерностях их обучения и воспитания;
 - б) об обучении и воспитании детей, страдающих интеллектуальной недостаточностью;
 - в) о дефектах функций опорно-двигательного аппарата детей раннего возраста.
2. В советской дефектологии термин «коррекция» («педагогическая коррекция») впервые был применен:
 - а) Л.С Выготским;
 - б) В.П. Кашенко;
 - в) А.Р. Лурия.
3. Компенсация функций - это:
 - а) процесс, направленный на преодоление или ослабление недостатков психофизического развития и отклонений в поведении детей;
 - б) восполнение или замещение функций, недоразвитых, нарушенных или утраченных вследствие нарушений развития, перенесенных заболеваний и травм;
 - в) приспособление человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и собственными потребностями, мотивами и интересами;
 - г) применение комплекса мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера, направленных на включение ребенка с О ПФР в социальную среду.

ОСНОВНЫЕ ПЕРСОНАЛИИ ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ

Бине Альфред (1857-1912) - французский психолог, изучавший вопросы интеллектуальной недостаточности, обосновал принципы работы с детьми, имеющими нарушения интеллектуального развития.

Бобла Иван Матвеевич - белорусский исследователь истории становления дефектологии и специального образования в Беларуси, проблем обучения языку детей с нарушениями слуха и интеллекта. Автор учебников и учебных пособий по русскому/белорусскому языкам для учащихся вспомогательной школы.

Брайль Луи (1809-1852) - французский тифлопедагог, потерявший зрение в трехлетнем возрасте. Автор изобретения, изменившего систему обучения слепых. Основанная на комбинациях ингибитория, его система рельефного письма охватывает буквенные, математические и иные символы, позволяя слепому свободно читать и писать. Книгопечатание по Брайлю началось с 1852 г. во Франции. В России первая книга по Брайлю вышла в 1885 г.

Боскис Рахиль Марковна - советский исследователь особенностей развития детей с нарушением слуха. Полученные результаты легли в основу педагогической классификации детей с нарушением слуха, критериями которой являются: 1) степень поражения слуховой функции, 2) уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции, 3) время возникновения нарушения слуха.

Власова Татьяна Александровна (1905-1986) - советский дефектолог, исследователь проблем дифференцированного обучения и воспитания различных категорий детей с особенностями психофизического развития.

Выготский Лев Семенович (1896-1934) - русский советский психолог, исследователь проблем детской дефективности. Выделил самое важное и существенное в «природе дефективности» и показал социальную значимость помощи детям с особенностями психофизического развития; определил ведущие тенденции в предупреждении и преодолении аномального детства, выявил, систематизировал и увязал их с общими закономерностями развития личности и общества; сформулировал основные теоретические предпосылки для перестройки работы в области аномального детства («связать педагогику дефективного детства с общими принципами и методами социального воспитания; найти такую систему, в которой удалось бы органически увязать специальную педагогику с педагогией нормального детства»); выявил и сформулировал основные законы психического развития ребенка (закон развития высших психических функций, закон неравномерности детского развития, закон метаморфозы в детском развитии и др.); разработал и научно обосновал основы социальной реабилитации ребенка с особенностями психофизического развития; предложил динамический подход к дефекту, разработал учение о первичности и вторичности дефекта (структуре дефекта), социальной природе вторичного дефекта; сформулировал понятие «зона ближайшего и актуального развития ребенка», выявив взаимосвязь психического развития и обучения, где обучение служит движущей силой развития и др.

Гаюи Валентин (1745-1822) - французский педагог, основоположник тифлопедагогики и обучения незрячих, единомышленник и последователь Д. Дидро, основатель первых образовательных учреждений для слепых во Франции и в России. Благодаря ему не только началось систематическое обучение незрячих, но и сформировалось гуманистическое отношение к ним как к полноценным членам общества, нуждающимся в образовании и социально-трудовой реабилитации.

Грачева Екатерина Константиновна (1866-1934) - русский советский олигопедагог, стояла у истоков создания новых в России учреждений для умственно отсталых детей, занималась проблемами развития, обучения и воспитания детей с глубокой интеллектуальной недостаточностью.

Григорьева Тамара Алексеевна - белорусский дефектолог-сурдопедагог, исследователь проблем развития логического мышления у неслышащего ребенка, автор серии учебных пособий по русскому языку для детей с нарушением слуха.

Ермилова Клара Гавриловна (1929-1988) - основоположник научной школы белорусской дефектологии, выдающийся педагог, исследователь детской речи (особенности построения высказывания у детей с различными психофизическими нарушениями), отстаивающий позиции гуманизации преподавательской деятельности, ее направленности на развитие эмоциональной отзывчивости.

Зайцева Людмила Афанасьевна - белорусский дефектолог, исследователь проблем логоневрозов, коррекции произносительной стороны речи, коррекционно-развивающей работы с детьми с тяжелыми нарушениями речи.

Итар Жан (1775-1838) - французский психиатр, предпринявший попытку из одичавшего мальчика (авейронский дикарь) воспитать личность. Попытка оказалась неудачной, но позволила определить один из путей развития ребенка с глубокой интеллектуальной недостаточностью - тренировочные упражнения органов чувств и моторики.

Кашенко Всеволод Петрович (1870-1943) - русский советский дефектолог, создавший школу-санаторий для детей с особенностями психофизического развития, которая впоследствии переросла в Научно-исследовательский институт дефектологии Академии педагогических наук (1943), а затем в Институт коррекционной педагогики Российской академии образования.

Крепелин Эмиль (1856-1926) - немецкий психиатр, объединивший все формы слабоумия в одну группу под общим названием «задержка психического развития», первым стал использовать термин «олигофрения».

Лебединская Клара Всеволодовна (1925-1993) - российский исследователь проблем клинко-генетического, клинко-психологического изучения детей с особенностями психофизического развития, создатель первой в России группы специалистов,

осуществлявших медико-психолого-педагогическую помощь детям с аутистическими расстройствами.

Левина Роза Евгеньевна (1908-1989) - выдающийся исследователь детской речи, основоположник российской научной школы логопедии, автор классификации речевых нарушений на основе психолого-педагогического подхода.

Лещинская Татьяна Лаврентьевна - белорусский дефектолог-олигофренопедагог, организатор специального образования в Республике Беларусь, одна из основателей белорусской дефектологической научной школы, самоотверженный исследователь проблем обучения и воспитания детей с интеллектуальной недостаточностью, в том числе с тяжелыми и (или) множественными нарушениями.

Монтессори Мария (1870-1952) - итальянский педагог, создавшая ортофеническую школу для детей с интеллектуальной недостаточностью, в которой широкое применение нашла система сенсомоторного воспитания как основа лечебной педагогики.

Обухова Тамара Исаковна - белорусский дефектолог-сурдопедагог, специалист по дошкольной сурдопедагогике, автор национальной программы обучения и воспитания детей дошкольного возраста с нарушением слуха.

Пинель Филипп (1745-1826) - французский врач-психиатр, предложивший классификацию душевных болезней, в которой тупоумие и идиотия стали рассматриваться как две особые формы психоза. Выделил две клинические формы слабоумия: врожденную и приобретенную.

Платер Феликс (1537-1614) - швейцарский профессор медицины, предложивший классификацию душевнобольных, в основе которой характеристика различных видов нарушений интеллекта, эмоциональной сферы и физического состояния больных.

Рау Наталья Александровна (1870-1947) - русский советский сурдопедагог, организатор первого в России и Европе детского сада для глухих, внесла большой вклад в организацию и методику дошкольного воспитания неслышащих дошкольников.

Соколянский Иван Афанасьевич (1889-1960) - русский советский педагог-дефектолог, специалист в области сурдо- и тифлопедагогике, создавший оригинальную систему обучения и воспитания слепоглухих. По его инициативе в 1923 г. в Харькове было организовано единственное в мире научно-педагогическое учреждение — школа-клиника для слепоглухих детей.

Трошин Георгий Яковлевич (1874-1938) - известный русский психиатр, в своих взглядах на слабоумие исходил из того, что законы развития детей как нормальных, так и с нарушенным развитием идентичны, имеют одну и ту же природу.

Эскироль Жан-Этьен-Доминик (1772-1840) - французский врач-психиатр, ученик и последователь Ф. Пинеля, ввел в обращение понятие «умственная отсталость» и три ее степени: дебильность, имбецильность, идиотия. Создал симптоматическую классификацию умственно отсталых детей, определив в качестве ведущего показателя состояние речи слабоумных.

ГЛОССАРИЙ ОСНОВНЫХ ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Абазия - неспособность ходить.

Абилитация - первоначальное формирование нарушенной способности к чему-либо (применяется по отношению к детям раннего возраста с особенностями психофизического развития).

Абулия - нарушение волевой регуляции поведения.

Агнозия - нарушение восприятия, вызванное поражением коры головного мозга (утрачивается способность к анализу и синтезу поступающей информации).

Аграмматизм - нарушение речевой деятельности, проявляющееся в неправильном использовании грамматических средств языка.

Аграфия - нарушение письма (неспособность соединять буквы в слоги, слоги в слова).

Адаптация - в широком смысле понимается как приспособление человека к окружающим условиям.

Адаптация психологическая - приспособление человека как личности к существованию в обществе (в микро- и макросоциальной среде) в соответствии с требованиями этого общества и собственными потребностями, мотивами и интересами.

Адаптация социальная - процесс активного приспособления индивида к требованиям общества.

Адинамия - пассивность, отсутствие деятельности.

Акалькулия - нарушение способности к счету.

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга.

Алексия (дислексия) - частичное (полное) нарушение процессов чтения.

Алогизм - нарушение мышления, при котором суждения не следуют законам логики.

Амнезия - расстройство памяти, неспособность к воспоминанию.

Анамнез - подробные сведения об условиях возникновения и протекания болезни, полученные от ребенка и его родителей.

Аномалия - отклонение от нормы, от общей закономерности, неправильность в развитии (в современной литературе практически не используется).

Аномальный ребенок - ребенок, имеющий значительные отклонения от нормального физического и психического развития (в современной литературе практически не используется).

Апраксия - нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, не являющееся следствием параличей и парезов.

Артикуляция - деятельность речевых органов, связанных с произнесением звуков речи.

Асинхрония развития - диспропорциональное психическое развитие.

Астения - повышенная утомляемость, неспособность к длительному умственному и физическому напряжению.

Атаксия - расстройство координации движений.

Аутизм - состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, отрывом от реальности, уходом в себя, отсутствием или парадоксальностью реакций на внешние воздействия, пассивностью и сверххранимостью в контактах со средой. Ранний детский аутизм впервые выделен как отдельный клинический синдром Л. Каннером (1943).

Афазия - полная или частичная утрата способности к речевой деятельности, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Афония - неспособность к звучной и громкой речи при сохранности шепотной.

Афразия - неспособность построить осмысленную фразу.

Аффект - сильное и относительно кратковременное эмоциональное состояние, при котором нарушается осознание и контроль за деятельностью.

Безбарьерная среда - комплекс мер для обеспечения доступности и создания равных возможностей для лиц с особенностями психофизического развития во всех сферах жизни общества.

Брадилалия (брадифразия) - патологическая замедленность речи.

Брока центр - центр моторной речи.

Вернике центр - центр восприятия речи.

Гидроцефалия - водянка головного мозга, выражающаяся в накоплении спинно-мозговой жидкости в полости черепа.

Гипердинамический синдром (синдром дефицита внимания) - синдром двигательной расторможенности, выражающийся в чрезмерной активности, суетливости, раздражительности, неспособности к целенаправленному и организованному поведению, концентрации внимания на объекте.

Гипокинезия - снижение двигательной активности.

Гипоксия - кислородное голодание организма.

Глухие (неслышащие) дети - это дети с тотальным (полным) выпадением слуха или остаточным слухом, который не может быть самостоятельно использован для накопления речевого запаса.

Госпитализм - глубокое психическое и физическое нарушение, возникающее в первые годы жизни ребенка вследствие дефицита внимания к нему, общения и воспитания.

Гуманизация - ориентация учебного процесса на потребности и возможности каждого ребенка, обеспечение социализации личности, приобретение профессиональных компетенций, постижение духовного богатства личности, гуманитарной миссии человека.

Дактилология - вид речи, когда каждой букве алфавита соответствует определенное положение пальцев руки.

Декомпенсация - рецидив (повторение, возврат) функциональных нарушений, т.е. процесс, обратный компенсации.

Деменция - распад, необратимое ослабление интеллектуальной деятельности.

Депривация — психическое состояние, возникающее в результате длительного ограничения возможностей; может характеризоваться выраженными отклонениями в интеллектуальном и эмоциональном развитии, нарушением социальных контактов.

Дети с трудностями в обучении - дети с нарушениями психического развития, обусловленными задержкой или расстройством психического развития.

Детский церебральный паралич - поражение двигательных центров мозга, вследствие чего наблюдаются различные психомоторные нарушения.

Дефект - физический или психический недостаток, вызывающий нарушения в развитии (в современной литературе практически не используется).

Дефектология - интегрированная область научного знания, соединяющая клинико-физиологическое и психолого-педагогическое направления исследований процессов развития, обучения и носительства детей с особенностями психофизического развития.

Диагностика (педагогическая) - процесс определения результатов деятельности ребенка и педагога с целью анализа, оценивания и корректировки обучения.

Дизартрия - нарушение произносительной и мелодико-интонационной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

Дисграфия - частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.

Дислалия - нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации (обеспеченности) речевого аппарата.

Дислексия (алексия) - частичное (полное) нарушение процессов чтения.

Дисморфобия - болезненное переживание своего физического несовершенства, недостатков внешности.

Жестовый язык (жестовая речь) - самобытная лингвистическая система, являющаяся основным средством обучения и общения незлышащих.

Задержка психического развития - нарушение нормального темпа психического развития, в результате чего ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов.

Заикание (логоневроз) - нарушение темпо-ритмической организации речи, ее плавности, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Интеграция - в широком смысле: включение человека в социальную жизнь; в узком смысле: включение ребенка или детей с особенностями психофизического развития в обычную школу.

Интегрированное обучение и воспитание - организация специального образования, при которой обучение и воспитание лиц с особенностями психофизического развития осуществляются в учреждениях образования общего типа, создавших специальные условия для пребывания и получения образования такими лицами.

Инфантилизм - сохранение в организме и психике человека особенностей, присущих раннему возрасту.

Компенсация - возмещение в той или иной мере неразвитых, нарушенных или утраченных функций и состояний за счет перестройки или усиленного использования сохранных функций.

Коррекция - система психолого-педагогических и медико-социальных мер, направленных на исправление или ослабление физических и (или) психических нарушений.

Лечебная педагогика - отрасль педагогики, разрабатывающая средства и методы исправления физических и психических дефектов (в современной литературе практически не используется).

Лицо с особенностями психофизического развития - лицо, имеющее физическое и (или) психическое нарушения, препятствующие получению образования без создания для этого специальных условий.

Логопедия - наука о нарушениях речи, а также методах их выявления, устранения и предупреждения средствами специального обучения и воспитания.

Логоррея - бессвязный речевой поток.

Логофобия - стойкий страх речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач.

Микроцефалия - значительное уменьшение размеров черепа и головного мозга.

Мутизм - отказ от речевого общения.

Нарушения речи - собирательный термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека.

Негативизм - любое необоснованное, немотивированное сопротивление воздействию других людей.

Норма - установленная мера, средняя величина чего-либо:

- **норма индивидуальная** - индивидуальные особенности развития и саморазвития ребенка;

- **норма предметная** - знания, умения и действия, необходимые ученику для овладения данным предметным содержанием программы (отражается в стандартах образования);

- **норма социально-возрастная** - показатели интеллектуального и личностного развития школьника (психологические новообразования), которые должны сложиться к концу определенного возрастного этапа.

Нормальное развитие - относительно гармоничное равновесие; между многими возможными разнообразными отклонениями и неправильным формированием, что свойственно любому развитию.

Обучение на дому - организация специального образования, при которой освоение соответствующих учебных программ лицом с особенностями психофизического развития, по состоянию здоровья временно или постоянно не посещающим учреждение образования, осуществляется на дому.

Общее недоразвитие речи - системное нарушение усвоения всех уровней языка, требующее длительного и систематического логопедического воздействия.

Олигофрения - отставание в умственном развитии органического генеза, наступившее в результате воздействия вредных факторов в период внутриутробного развития плода, родов или в первые два года жизни (термин используется как клинический диагноз).

Олигофренопедагогика - отрасль коррекционной педагогики, разрабатывающая проблемы воспитания, обучения и путей коррекции развития детей с интеллектуальной недостаточностью.

Патология - биологический процесс появления нового качества, болезненного состояния.

Патронаж: - особый вид помощи ребенку, его родителям, педагогам в решении сложных проблем, связанных с выживанием, восстановительным лечением, специальным обучением и воспитанием, социализацией, со становлением подрастающего человека как личности.

Педагогическая запущенность - устойчивое отклонение в сознании и поведении детей, обусловленное отрицательным влиянием среды и недостатками воспитания.

Педагогическая интеграция - комплекс педагогических мер, направленных на формирование способности к усвоению учебного материала и овладению способами учебных действий детьми с особенностями психофизического развития. »

Педагогическая поддержка - система средств в деятельности педагога, которая обеспечивает оказание профессиональной (коррекционно-педагогической) помощи в индивидуальном развитии и саморазвитии, обучении и воспитании, в самоактуализации и самореализации ребенка.

Пограничная умственная отсталость - состояние между нормальным психическим развитием и легкой степенью интеллектуальной недостаточности (в современной литературе практически не используется).

Психический дизонтогенез - различные формы нарушений онтогенеза (развития индивида).

Психодиагностика — область психологии, разрабатывающая методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности.

Психокоррекция - направление реабилитационной и коррекционно-воспитательной работы с детьми, целью которой является предупреждение и преодоление отклонений в психическом развитии личности.

Психолого-медико-педагогическая комиссия - коллегиальный орган, осуществляющий выявление индивидуальных характеристик психического развития при различных вариантах дизонтогенеза с целью определения образовательного маршрута (программы развития), соответствующего психофизическим возможностям ребенка.

Психолого-медико-педагогическое обследование - изучение с использованием специальных методов и методик индивидуальных особенностей личности ребенка, развития его познавательной и эмоционально-волевой сфер, потенциальных возможностей и состояния здоровья в целях определения специальных условий для получения образования.

Психолого-педагогическое сопровождение - комплексный способ поддержки ребенка, предполагающий взаимодействие с ним в решении задач развития, обучения, воспитания, социализации.

Психопатия - патология характера, при которой у человека наблюдается практически необратимая выраженность свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде.

Ранняя комплексная помощь - система мер, включающая выявление, обследование, коррекцию физических и (или) психических нарушений, индивидуализированное обучение ребенка с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет с психолого-медико-педагогическим сопровождением в условиях семьи, учреждений образования и организаций здравоохранения.

Реабилитация - восстановление нарушенных функций организма и трудоспособности, достигаемое применением комплекса медицинских, педагогических и социальных мероприятий.

Ребенок с особенностями психофизического развития - лицо с особенностями психофизического развития в возрасте до 18 лет.

Ретардация - отставание в развитии.

Риноалия - нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими изменениями в строении речевого аппарата.

Сензитивный возраст - этап возрастного развития ребенка, наиболее благоприятный для освоения каких-либо видов деятельности, формирования определенных психических функций.

Синдром раннего детского аутизма - клиническая модель особого искаженного варианта нарушения психического развития, при котором отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие - патологически ускоренно.

Синкинезия - дополнительные движения, произвольно присоединяющиеся к произвольным (движения рук при ходьбе).

Слабовидящие - подкатегория лиц с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками.

Слепота - наиболее резко выраженная степень утраты зрения, когда невозможно или сильно ограничено зрительное восприятие окружающего мира вследствие глубокой потери остроты центрального зрения, или сужения поля зрения, или нарушения других зрительных функций.

Слепые (незрячие) - подкатегория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение.

Социализация - двусторонний процесс, предполагающий формирование способностей личности к жизнедеятельности в обществе на основе усвоения социальных норм и способов социального поведения, а также активное воспроизводство системы социальных связей индивидом.

Специальное учреждение образования - учреждение образования, созданное для обучения и воспитания лиц с особенностями психофизического развития.

Специальные условия для получения образования - условия обучения и воспитания, в том числе специальные учебные программы и методики обучения, индивидуальные технические средства обучения, специальные учебники и учебные пособия, адаптированная среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские, социальные и иные виды помощи, без которых невозможно или затруднено освоение соответствующих учебных программ лицами с особенностями психофизического развития.

Сурдопедагогика (от лат. *surdus* - глухой) - предметная область дефектологии (коррекционной педагогики), представляющая собой систему научных знаний об образовании лиц с нарушениями слуха.

Тифлопедагогика (от греч. *typhlos* - слепой) - предметная область дефектологии (коррекционной педагогики), представляющая собой систему научных знаний о воспитании и обучении лиц с нарушением зрения.

Тифлотехника — теоретическое обоснование технических устройств и методов помощи людям с нарушениями зрения и практическое приложение этих устройств и методов применительно к условиям деятельности слепых и слабовидящих с учетом структуры нарушенных зрительных функций.

Тяжелые физические и (или) психические нарушения - физические и (или) психические нарушения, подтвержденные в порядке, установленном законодательством, выраженные в такой степени, что Получение образования в соответствии с образовательными стандартами (в том числе специальными) является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением основ знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, получением элементарных трудовых навыков и элементарной профессиональной подготовки.

Умственная отсталость - стойкое нарушение познавательной деятельности, наступающее в результате органического поражения клеток коры головного мозга.

Учреждение образования общего типа - учреждение образования, созданное для обучения и воспитания лиц, не имеющих физических и (или) психических нарушений, препятствующих получению образования без создания специальных условий.

Физические и (или) психические нарушения - отклонения от нормы, ограничивающие социальную деятельность и подтвержденные в порядке, установленном законодательством.

Фонетико-фонематическое недоразвитие - нарушение формирования произносительной системы родного языка вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Шрифт Брайля - специальный объемный, рельефно-точечный шрифт, созданный Л. Брайлем (1829) для чтения и письма незрячими.

Этиология — учение о причинах болезни.

Эхопраксия — подражательное автоматическое повторение движений и действий других людей.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Варенова, Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики / Т.В. Варенова. Минск, 2007.

Дефектология. Словарь-справочник / авт.-сост. С.С. Степанов; под ред. Б.П. Пузанова. М., 2005.

Забрамная, С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей / С.Д. Забрамная. М., 1995.

Закон Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» 2004.

Коррекционная педагогика / И.А. Зайцева [и др.]; под ред. В.В. Кукушина. Ростов н/Д, 2002.

Специальная педагогика / Л.И. Аксенова [и др.]; под ред. Н.М. Назаровой. М., 2000.

Специальная психология / В.И. Лубовский [и др.]; под ред. В.И. Лубовского. М., 2003.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ И ЦИТИРУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

Абрамова, Г.С. Возрастная психология / Г.С. Абрамова. М., 1997.

Абрамова, Г.С. Практическая психология / Г.С. Абрамова. Екатеринбург, 1998.

Акимова, М.К. Индивидуальность учащегося и индивидуальный подход / М.К. Акимова, В.Т. Козлова. М., 1992.

Алейникова, С.А. Отношение педагогов и родителей к интегрированному обучению детей с нарушенным слухом / С.А. Алейникова, М.М. Маркович, Н.Д. Шматко // Дефектология. 2006. №4.

Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. М., 1980.

Ануфриев, А.Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей / А.Ф. Ануфриев, С.Н. Костромина. М., 1999.

Аршатская, О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме / О.С. Аршатская // Дефектология. 2006. №6.

Асмолов, А.Г. Психология личности / А.Г. Асмолов. М., 1990.

Астапов, В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В.М. Астапов. М., 1994.

Бабкина, Н.В. Психологическое сопровождение детей с ЗПР в общеобразовательной школе / Н.В. Бабкина // Дефектология. 2006. №4.

Бадмаев, С.А. Психологическая коррекция отклоняющегося поведения школьников / С.А. Бадмаев. М., 1993.

Басилова, Т.А. Анализ результатов изучения слепых детей со сложным нарушением развития за тридцать лет / Т.А. Басилова. Н.А. Александрова // Дефектология. 2006. №2.

Безруких, М.М. Знаете ли вы своего ученика? / М.М. Безруких, С.П. Ефимова. М., 1991.

Беличева, С.А. Основы превентивной психологии / С.А. Беличева. М., 1994.

Белякова, Л.И. Классификация речевых нарушений по отечественной и зарубежной традиции / Л.И. Белякова, Ю.О. Филатова // Дефектология. 2007. №4.

Бобла, И.М. Развитие специального обучения и воспитания аномальных детей в дореволюционной Белоруссии / И.М. Бобла. Минск, 1983.

Божович, Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л.И. Божович. М., 1968.

Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. М., 1988.

Бреслав, Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве / Г.М. Бреслав. М., 1970.

Буянов, М.И. Беседы о детской психиатрии / М.И. Буянов. М., 1992.

Бэрон, Р. Агрессия / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. СПб., 1998.

Варенова, Т.В. Научно-методические основы абилитационного образования детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / Т.В. Варенова // Дефекталопа. 2006. №3.

Варенова, Т.В. Система социально-педагогической реабилитации в Великобритании / Т.В. Варенова // Дефекталопа. 1996. Вып. 3.

Варенова, Т.В. Социальная мобильность лиц с особенностями психофизического развития в контексте независимого образа жизни / Т.В. Варенова // Специальная адукация. 2008. №1.

Варенова, Т.В. Теория и практика коррекционной педагогики / Т.В. Варенова. Минск, 2007.

Васильева, Т.И. Опыт совместного обучения слабослышащих и слышащих школьников / Т.И. Васильева // Дефектология. 2005. №5.

Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. М., 1973.

Вопросы сурдопедагогики: История и современность / отв. ред. Е.Г. Речицкая. М., 2001.

Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / под ред. В.В. Воронковой. М., 1994.

Воспитание и обучение детей в условиях домов-интернатов: пособие для педагогов / И.К. Боровская [и др.]; под ред. Т.В. Лисовской. Минск, 2007.

Воспитание и обучение детей с интеллектуальной недостаточностью: программа для специальных дошкольных учреждений. Минск, 2007.

Воспитание и обучение детей с тяжелыми нарушениями речи: программа для специальных дошкольных учреждений. Минск, 2007.

Выготский, Л.С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства / Л.С. Выготский // Собр. соч.: В 6 т. М., 1984. Т. 5.

Выготский, Л.С. Собр. соч.: В 6 т. // Л.С.Выготский. М., 1983. Т. 4.

Гарбузов, В.И. Практическая психотерапия / В.И. Гарбунов. СПб., 1994.

Гилленбранд, К. Коррекционная педагогика: Обучение трудных школьников / К. Гилленбранд. М., 2007.

Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития / П. Альтхерр [и др.]. М., 2004.

Гладкая, В.В. Научно-методические подходы к содержанию, планированию и организации коррекционной работы с детьми с особенностями психофизического развития / В.В. Гладкая // Специальная адукация. 2008. №5.

Гладкая, В.В. Планирование коррекционной работы с учащимися с трудностями в обучении / В.В. Гладкая. Минск, 2008.

Головчиц, Л.А. Дошкольная сурдопедагогика / Л.А. Головчиц. М., 2001.

Гонеев, А.Д. Профилактика и педагогическая коррекция отклоняющегося поведения подростков / А.Д. Гонеев. Курск, 1998.

Григорьева, Л.П. Проблема компенсации нарушений перцептивно-когнитивного развития детей (экспериментально-теоретический аспект) / Л.П. Григорьева // Дефектология. 1999. №2.

Гудонис, В.П. Анализ причин нарушения развития детей и некоторые пути их профилактики / В.П. Гудонис // Дефектология. 2004. №4.

Гудонис, В. Интегрированное обучение детей с нарушениями зрения / В. Гудонис, М. Баркаускайте // Дефектология. 2006. №3.

Гудонис, В.П. Теоретические предпосылки интеграции лиц с нарушенным зрением / В.П. Гудонис // Дефектология. 1996. №2.

Гуровец, Т.В. Коррекционно-развивающие игры как метод обучения в специальной педагогике / Г.В. Гуровец, Я.Я. Ленюк // Дефектология. 1996. №2.

Гуревич, К.М. Индивидуально-психологические особенности школьников / К.М. Гуревич. М., 1988.

Денискина, В.З. Взаимосвязь дошкольного и начального образования детей с нарушением зрения / В.З. Денискина // Обучение и воспитание детей с нарушениями развития. 2007. №5.

Денисова, О.А. Основы сурдопедагогики / О.А. Денисона. М., 2005.

Дефектология. Словарь-справочник / авт.-сост. С.С. Степаном, под ред. Б.П. Пузанова. М., 2005.

Дробинская, А.О. Школьные трудности «нестандартных» детей / А.О. Дробинская. М., 2001.

Егорова, М.С. Психология индивидуальных различий / М.С. Егорова. М., 1997.

Епифанцева, Т.Е. Настольная книга педагога-дефектолога / Т.Е. Епифанцева. Ростов п/Д, 2005.

Еременко, И.Г. Олигофренопедагогика / И.Г. Еременко. Киев, 1985.

Жукова, Н.С. Логопедия / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. Екатеринбург, 1998.

Жукова, Н.С. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. М., 1990.

Забрамная, С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей / С.Д. Забрамная. М., 1995.

Заваденко, Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М., 2000.

Загорянская, М.Е. Эпидемиология нарушения слуха у детей / М.Е. Загорянская, М.Г. Румянцева // Дефектология. 2005. №6.

Зайцева, Л.А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция / Л.А. Зайцева, С.Ф. Левяш, И.Н. Ясова. Минск, 2006.

Зайцева, Л.А. Теоретико-методологические подходы к проблеме социального развития детей с особенностями психофизического развития в ранний период / Л.А. Зайцева // Дефектология. 2006. №4.

Закон Республики Беларусь «Об образовании» (29.10.1991, с учетом изменений 23.02.2001).

Закон Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)». 2004.

Замский, Х.С. Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX в. / Х.С. Замский. М., 1995.

Зеeman, М. Расстройства речи в детском возрасте / М. Зеeman; под ред. В.К. Трутнева, С.С. Ляпидевского. М., 1962.

Зеньковский, В.В. Психология детства / В.В. Зеньковский. Екатеринбург, 1995.

Зиглер, Е. Понимание умственной отсталости / Е. Зиглер, Р.М. Ходапп. Киев, 2001.

Зимбардо, Ф. Застенчивость / Ф. Зимбардо. СПб., 1996.

Зинченко, В.П. Посох Манделъштама и трубка Мамардашвили / В.П. Зинченко. М., 1997.

Змушко, А.М. Социальная адаптация лиц с особенностям и психофизического развития в социокультурном контексте / А.М. Змушко // Специальная адукацыя. 2008. №1.

Зыкова, Т.С. Обеспечение преемственности в системе дошкольного и начального образования детей с нарушением слуха / Т.С. Зыкова, Т.А. Соловьева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2007. №5.

Зыкова, Т.С. Требования к интегрированным урокам в школе для глухих детей / Т.С. Зыкова // Дефектология. 2006. №2.

Илгит, М.В. Профессиональное образование как условие социализации лиц с особенностями психофизического развития / М.В. Ильин // Дефектология. 2006. №4.

Инденбаум, Е.Л. Роль социокультурных условий в генезисе легкого психического недоразвития / Е.Л. Инденбаум // Дефектология. 2008. №3.

Инклюзивное образование: состояние, проблемы. Перспективы. Минск, 2007.

Инструкция о порядке открытия и функционирования специальных классов (групп), классов (групп) интегрированного (совместного) обучения и воспитания // Сб. нормативных актов. 2007.

Исаев, Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д.Н. Исаев. СПб., 2003.

Карабанова, О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка / О.А. Карабанова. М., 1997.

Катаева, А.А. Дошкольная олигофренопедагогика / А.А. Катаева, Е.А. Стребелева. М., 2005.

Кафьян, Э.М. Интегрированное обучение и воспитание детей с отклонениями развития в Армении / Э.М. Кафьян, А.Р. Азарян // Дефектология. 2006. №3.

Кащенко, В.П. Нервность и дефективность в дошкольном и школьном возрастах / В.П. Кащенко. М., 2005.

Кащенко, В.П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков / В.П. Кащенко. М., 2006.

Киселева, В.И. Речевая деятельность детей с ЗПР: Своеобразие или нарушение? / В.И. Киселева // Дефектология. 2007. №3.

Ковалец, И.В. Некоторые особенности коррекционной помощи детям с нарушенным эмоциональным развитием (с аутизмом) в раннем возрасте / И.В. Ковалец // Дефектология. 2007. №3.

Коджаспирова, Г.М. Педагогический словарь / Г.М. Коджаспирова, А.Ю. Коджаспирова. М., 2001.

Коноплева, А.Н. Актуальные проблемы повышения качества специального образования / А.Н. Коноплева // Дефекталопа. 2002. Вып. 3.

Коноплева, А.Н. Интегрированное обучение и воспитание детей с особенностями психофизического развития / А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская. Минск, 2003.

Коноплева, А.Н. Методологические аспекты образовательной интеграции лиц с особенностями психофизического развития / А.Н. Коноплева // Дефекталопа. 2006. №4.

Коноплева, А.Н. Проблемы интегрированного обучения / А.Н. Коноплева // Дефекталопа. 1998. №1.

Коноплева, А.Н. Проблемы и перспективы образовательной интеграции в Республике Беларусь / А.Н. Коноплева // Дефекталопа. 2005. №1.

Коноплева, А.Н. Теория и практика интегрированного обучения / А.Н. Коноплева, Т.Л. Лещинская // Дефекталопа. 2001. №2.

Концепция реформирования специального образования в Республике Беларусь // 36. нарматыўных дакументаў Мшютэрства адукацыі Рэспублікі Беларусь. 2000. №1.

Кордун, З.М. Некоторые примеры современных ассистирующих технологий / З.М. Кордун // Дефектология. 2004. №6.

Коррекционная педагогика / И.А. Зайцева [и др.]; под ред. В.В. Кукушина. Ростов н/Д, 2002.

Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Б.П. Пузанов [и др.]; под ред. Б.П. Пузанова. М., 2001.

Коррекционная работа в дошкольных учреждениях / М.В. Смоленко [и др.]. Минск, 2000.

Коррекционно-воспитательная работа в домах-интернатах для детей с умственным и физическим недоразвитием / И. К. Боровская [и др.]; под ред. Т.В. Лисовской. Минск, 2008.

Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников / под ред. Л.П. Носковой. М., 1989.

Корсунская, Б.Д. Чтение как цель и средство в системе дошкольного обучения глухих / Б.Д. Корсунская // Дефектология. 2007. №1.

Краткий дефектологический словарь. М., 1970.

Лапшин, В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. М., 1990.

Лебединская, К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития / К. С. Лебединская // Дефектология. 2006. №3.

Лебединский, В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В.В. Лебединский; под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской // Психология аномального ребенка. Хрестоматия: В 2 т. М., 2002. Т.2.

Левченко, И.Ю. Современные проблемы организации обучения и воспитания детей с церебральными параличами / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова // Коррекционная педагогика. 2007. №1(19).

Левяш, С.Ф. Новые подходы к системе оценивания результатов учебной деятельности учащихся с интеллектуальной недостаточностью / С.Ф. Левяш, О.С. Хруль // Специальная адукацыя. 2008.

Лещинская, Т.Л. Включенное (инклюзивное) образование как фактор социализации учащихся / Т.Л. Лещинская // Дефекталопа. 2006. №5.

Лещинская, Т.Л. Инновационные подходы к обучению детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / Т.Л. Лещинская // Дефекталопа. 2007. №2.

Лещинская, Т.Л. Модель коррекционно-педагогической помощи детям с аутистическими нарушениями / Т.Л. Лещинская, И.В. Ковалец // Дефекталопа. 2006. №5.

Лещинская, Т.Л. Развитие эмоциональной сферы у детей с умеренной и тяжелой степенью интеллектуальной недостаточности / Т.Л. Лещинская, Б.Ч. Хвойницкая // Дефекталопа. 2006. №2.

Лещинская, Т.Д. Сенсомоторное обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / Т.Л. Лещинская // Дефекталопа. 2007. №1.

Лурье, Н.Б. Коррекционно-воспитательная работа со слабослышащими школьниками: Из опыта работы / Н.Б. Лурье. М., 1979.

Лютлова, Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е.К. Лютлова, Г.Б. Моница. СПб., 2001.

Мазурова, Н.В. Первые работы по психологии слепых и глухих людей: «Письма» Д. Дидро. Историко-психологическая версия / Н.В. Мазурова // Дефектология. 2004. №2.

Маллер, А.Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / А.Р. Маллер. М., 2003.

Малофеев, Н.Н. Актуальные проблемы интегрированного обучения. Материалы Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными потребностями). 29-31 января 2001 г. / Н.Н. Малофеев. М., 2001.

Малофеев, Н.Н. Базовые модели интегрированного обучения / Н.Н. Малофеев, Н.Д. Шматко // Дефектология. 2008. №1.

Малофеев, Н.Н. Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения / Н.Н. Малофеев // Дефектология. 2005. №5.

Малофеев, Н.Н. Интеграция и специальные учреждения: необходимость перемен / Н.Н. Малофеев, Н.Д. Шматко // Дефектология. 2008. №2.

Малофеев, Н.Н. Обучение слепых в России XIX века: государство и филантропия / Н.Н. Малофеев // Дефектология. 2004. №5.

Малофеев, Н.Н. О научных подходах к совершенствованию специального образования в России / Н.Н. Малофеев // Дефектология. 2004. №6.

Малофеев, Н.Н. Перспективы развития в России учебных заведений для детей с особыми образовательными потребностями / Н.Н. Малофеев // Дефектология. 2001. №5.

Малофеев, Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития / Н.Н. Малофеев // Дефектология. 1997. №4.

Мастюкова, Е.М. Коррекционно-воспитательная работа с детьми с церебральным параличом дошкольного возраста (Развитие речи) / Е.М. Мастюкова // Дефектология. 1988. №1.

Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика / Е.М. Мастюкова. М., 1997.

Мастюкова, Е.М. Основы генетики / Е.М. Мастюкова. М., 2001.

Моргулис, И.С. Организация коррекционно-воспитательного процесса в школе слепых / И.С. Моргулис. Киев, 1991. Ч. 1-2.

Мухамедрахимов, Р.Ж. Влияние опыта жизни в учреждении закрытого типа на последующее развитие ребенка / Р.Ж. Мухамедрахимов // Дефектология. 2005. №4.

Натанзон, Э.Ш. Трудный школьник и педагогический коллектив / Э.Ш. Натанзон. М., 1984.

Наумчик, В.М. Педагогический словарь / В.М. Наумчик, М.А. Паздников, О.В. Ступакевич. Минск, 2006.

Нетрадиционные методы в коррекционной педагогике / сост. М.Л. Понаяева. Ростов н/Д, 2006.

Никольская, О.С. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. М., 2003.

Никуленко, Т.Г. Коррекционная педагогика / Т.Г. Никуленко. Ростов н/Д, 2006.

Образовательная интеграция и социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями / А.Н. Коноплева [и др.]. Минск, 2005.

Обухова, Т.И. Некоторые особенности содержания работы с детьми раннего и дошкольного возраста с нарушением слуха / Т.И. Обухова // Дефектология. 2006. №5.

Обухова, Т.И. Основы дошкольной сурдопедагогики / Т.И. Обухова. Минск, 2005.

Обучение и воспитание детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. СПб., 2002.

Ожегов, С.И. Словарь русского языка / С.И. Ожегов. М., 1991.

Олешкевич, В.И. Интегрированное обучение и воспитание как фактор социализации лиц с особенностями психофизического развития / В.И. Олешкевич // Специальная адаптация. 2008. №1.

Олешкевич, В.И. Интегрированное обучение: факторы успешности / В.И. Олешкевич // Дефектология. 2006. №5.

Организация образовательной среды для детей с особенностями психофизического развития в условиях интегрированного обучения / СЕ. Гайдукевич [и др.]; под общ. ред. СЕ. Гайдукевич, В.В. Чечета. Минск, 2006.

Основные показатели развития системы специального образования в Республике Беларусь, 1995-2005 годы / А.Н. Коноплева [и др.]. Минск, 2006.

Основы коррекционной педагогики / А.Д. Гонеев [и др.]. М., 1999.

Основы специальной педагогики и психологии / Н.М. Трофимова [и др.]. СПб., 2006.

Отстающие в учении школьники (проблемы психического развития) / под ред. З.И. Калмыковой, И.Ю. Кулагиной. М., 1986.

Педагогика / В.А. Сластенин [и др.]. М., 1997.

Петрова, В.Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. М., 2000.

Подколзина, Е.Н. Особенности использования наглядности в обучении детей с нарушением зрения / Е.Н. Подколзина // Дефектология. 2005. №6.

Подласый, И.П. Курс лекций по коррекционной педагогике / И.П. Подласый. М., 2006.

Положение о специальной общеобразовательной школе (школе-интернате) (в ред. постановлений Минобразования от 26.05.2005 №41, от 15.08.2008 №66).

Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В.И. Селиверстова. М., 1997.

Практически ориентированные исследования в логопсихотерапии / Н.Л. Карпова [и др.] // Дефектология. 2006. №4.

Процко, Т.А. Особенности развития познавательной стороны психики у младших школьников с легкой степенью интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости) / Т.А. Процко. Минск, 2006.

Потанин, Г.М. Психолого-коррекционная работа с подростками / Г.М. Потанин, В.Г. Косенко. Белгород, 1995.

Ранняя диагностика отклонений в психофизическом развитии детей / авт.-сост. Т.А. Григорьева [и др.]. Минск, 2000.

Рожкова, Л.А. Влияние фактора недоношенности на функциональное состояние ЦНС детей с проблемами психоречевого развития / Л.А. Рожкова // Дефектология. 2005. №6.

Сазонова, С.Н. Опыт и перспективы медико-психологического сопровождения проблемного ребенка в службе ранней помощи в условиях дошкольного учреждения / С.Н. Сазонова // Дефектология. 2008. №2.

Семаго, М.М. Диагностико-консультативная деятельность психолога образования / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. М., 2006.

Семаго, Н.Я. Новые подходы к построению коррекционной работы с детьми с различными видами отклоняющегося развития / Н.Я. Семаго // Дефектология. 2000. №1.

Семаго, Н.Я. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. М., 2000.

Семаго, Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. СПб., 2005.

Сивашинская, Е.Ф. Особенности воспитания «гиперактивного» ребенка в семье / Е.Ф. Сивашинская // Дефектология. 2006. №6.

Сивашинская, Е.Ф. Особенности обучения «гиперактивного» ребенка в школе / Е.Ф. Сивашинская // Дефектология. 2007. №6.

Синкус, А. Хромосомные заболевания человека / А. Синкус. Вильнюс, 1989.

Сиротюк, М.В. Смешанная дисграфия - миф или реальность? / М.В. Сиротюк // Дефектология. 2006. №2.

Словарь иностранных слов в русском языке. М., 1996.

Современные педагогические технологии в специальном образовании / Т.Л. Лещинская [и др.]. Минск, 2005.

Солнцева, Л.И. Модели интегрированного обучения детей с нарушением зрения / Л.И. Солнцева // Дефектология. 1997. №2.

Специальная педагогика / Л.И. Аксенова [и др.]; под ред. Н.М. Назаровой. М., 2000.

Специальная психология / В.И. Лубовский [и др.]; под ред. В.И. Лубовского. М., 2003.

Специальная психология и коррекционная педагогика. К вопросу о терминологии // Альманах Института коррекционной педагогики; Вып. 5. М., 2001.

Спиваковская, Б.К. Профилактика детских неврозов: комплексная психологическая коррекция / Б.К. Спиваковская. М., 1988.

Титов, В.А. Специальная педагогика / В.А. Титов. М., 2004.

Тупоногов, Б.К. Коррекционно-педагогическая работа в системе образования детей с нарушениями умственного и физического развития / Б.К. Тупоногов // Дефектология. 1994. №4.

Тупоногов, Б.К. Теоретические основы тифлопедагогики / Б.К. Тупоногов. М., 2001.

Условия и механизмы повышения качества специального образования / А.Н. Коноплева [и др.]; науч. ред. Т.Л. Лещинская. Минск, 2006.

Уфимцева, Л.П. Воспитание толерантности у дошкольников в условиях интегрированного обучения / Л.П. Уфимцева, А.В. Мацкевич, Л.В. Доманецкая // Дефектология. 2007. №1.

Ушакова, Т.Н. Принципы развития ранней детской речи / Т.Н. Ушакова // Дефектология. 2004. №5.

Фурьева, Т.В. Интегрированный подход в организации воспитания и обучения детей дошкольного возраста с проблемами в развитии (зарубежный опыт) / Т.В. Фурьева // Дефектология. 1999. №1.

Ханьшева, Г.В. Практикум по логопедии. Коррекция звукопроизношения / Г.В. Ханьшева. Ростов н/Д, 2006.

Хаустов, А.В. Исследование коммуникативных навыков у детей с синдромом раннего детского аутизма / А.В. Хаустов // Дефектология. 2004. №4.

Хитрюк, В.В. Введение в коррекционную педагогику / В.В. Хитрюк. Минск, 2006.

Хитрюк, В.В. Проблемы интегрированного обучения и подготовка педагогических кадров: к вопросу о взаимосвязи / В.В. Хитрюк // Специальное образование: традиции и инновации. Минск, 2008.

Хруль, О.С. Межличностные отношения в классном социуме в условиях образовательной интеграции / О.С. Хруль // Дефектология. 2006. №3.

Чеснокова, Л.С. Иппотерапия в процессе психолого-педагогической реабилитации детей с церебральным параличом / Л.С. Чеснокова // Коррекционная педагогика. 2007. №1 (19).

Чиркина, Г.В. Проблемы обеспечения преемственности между дошкольным и начальным образованием детей с нарушениями речи / Г.В. Чиркина // Обучение и воспитание детей с нарушениями развития. 2007. №5.

Шевченко, СИ. Информационно-методическое письмо по организации и содержанию коррекционно-развивающего обучения в условиях общеобразовательных учреждений / СИ. Шевченко // Начальная школа. 1997. №10.

Шевченко, СИ. Коррекционно-развивающее обучение: Организационно-педагогические аспекты/ СИ. Шевченко. М., 1999.

Шипицина, Л.М. Интегрированное обучение: «за» и «против» / Л.М. Шипицина // Народное образование. 1998. №6.

Шипицина, Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта /Л.М. Шипицина СПб., 2005.

Шматко, Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение / Н.Д. Шматко // Дефектология. 1999. №1,2.

Шорох-Троцкая, М.К. Коррекция сложных речевых расстройств / М.К. Шорох-Троцкая. М., 2000.

Штрасмайер, В. Обучение и развитие ребенка раннего возраста / В. Штрасмайер. М., 2002.

Янчук, В.А. Введение в современную социальную психологию / В.А. Янчук. Минск, 2005.

Bandura, A. Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory/A. Bandura. Englewood Cliffs, 1986.

Brookhouser, P.E. Unilateral hearing loss in children / P.E. Brookhouser, D.W. Worthington, W.G. Kelly//Laryngoscope. 1991. V. 101.

Preschool issues in autism / Eds: E. Schopler, M.E. Van Bourgondien, M.M. Bristol. New York, 1993.

Social behavior in autism / Eds: E. Schopler, G.B. Mesibov New York, 1986.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	3
Глава 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ДЕФЕКТОЛОГИИ.....	6
1.1. Дефектология как интегрированная область научного знания *	6
1.1.1. Дефектология как наука: предмет, объект, задачи	6
1.1.2. Эволюция отношения общества к лицам с особенностями психофизического развития	11
1.1.3. Социокультурные основы дефектологии.....	20
1.1.4. Основной категориальный аппарат дефектологии.....	23
1.2. Понятия «норма» и «отклонение» в психическом и личностном развитии ребенка	30
1.2.1. Общая характеристика понятий «норма», «нормальное психическое развитие».....	30
1.2.2. Причины возникновения и классификация нарушений психофизического развития	35
1.2.3. Нарушения эмоционального развития в детском возрасте	46
1.2.4. Психодиагностика и проблемы отбора детей в специальные учреждения образования	55
1.3. Система и содержание специального образования	59
1.3.1. Правовые основы специального образования	59
1.3.2. Система специального образования	62
1.3.3. Образовательная интеграция: задачи, принципы, модели, условия реализации	74
1.3.4. Проблемы качества специального образования и механизмы его обеспечения.....	93
1.3.5. Профессиональные и личностные качества педагогов, осуществляющих коррекционную деятельность	98
Глава 2. ДЕТИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	104
2.1. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью)	101

2.1.1. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с интеллектуальной недостаточностью.....	104
2.1.2. Образование лиц с интеллектуальной недостаточностью	111
2.2. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями психического развития (трудностями в обучении)	121
2.2.1. Причины и условия формирования школьной неуспеваемости.....	121
2.2.2. Группы детей с трудностями в обучении, обусловленными задержкой психического развития..... *	125
2.2.3. Образование детей с трудностями в обучении.....	131
2.3. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями речи	134
2.3.1. Анатомо-физиологические механизмы речи и основные закономерности ее развития.....	134
2.3.2. Классификация нарушений речи. Общая характеристика детей с нарушениями речи	137
2.3.3. Система специальных учреждений для детей с нарушениями речи.....	148
2.4. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушением слуха.....	154
2.4.1. Педагогическая классификация лиц с нарушением слуха	154
2.4.2. Образование детей с нарушением слуха.....	158
2.5. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями зрения	166
2.5.1. Категории детей с нарушениями зрения.....	166
2.5.2. Обучение и воспитание детей с нарушениями зрения ...	169
2.6. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.....	177
2.6.1. Общая характеристика и классификация нарушений функций опорно-двигательного аппарата	177
2.6.2. Характеристика двигательного, психического и речевого нарушений при ДЦП	179
2.6.3. Система коррекционной работы при ДЦП	181
ТЕМАТИЧЕСКИЕ РАЗНОУРОВНЕВЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	185

1.1. Дефектология как интегрированная область научного знания	185
1.2. Понятия «норма» и «отклонение» в психическом и личностном развитии ребенка	192
1.3. Система и содержание специального образования	201
2.1. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью).....	208
2.2. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями психического * развития (трудностями в обучении).....	210
2.3. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями речи	214
2.4. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушением слуха.....	219
2.5. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями зрения	222
2.6. Психолого-педагогическая характеристика и образование детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата	224
ДИДАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ	227
Педагогические этюды	227
Деловая дидактическая игра «Традиционная и интегрированная модели специального образования»	233
Пресс-конференция «Система специального образования Республики Беларусь и пути ее совершенствования».....	235
Примерная тематика дебатов	237
Воззрения великих мыслителей прошлого на здоровье и воспитание	237
Афоризмы, пословицы и поговорки	238
ОСНОВНЫЕ ПЕРСОНАЛИИ ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ	240
ГЛОССАРИЙ ОСНОВНЫХ ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ.....	245
КЛЮЧИ.....	254
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	264
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ И ЦИТИРУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ	265