

Федеральное агентство морского и речного транспорта РФ

Морской государственный университет
имени адмирала Г.И. Невельского

А. В. Пилипенко

**КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА С ОСНОВАМИ
СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Учебное пособие

Рекомендовано методическим советом
Морского государственного университета
в качестве учебного пособия
для психологических специальностей

Владивосток
2008

УДК 159.922.7 (075)

Пилипенко, А. В. Коррекционная педагогика с основами специальной психологии: Учеб. пособие. [Текст] / А. В. Пилипенко. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2008. – 45 с.

Учебное пособие по курсу «Коррекционная педагогика с основами специальной психологии» издается впервые и содержит базовые положения дисциплины.

В данном пособии изложены ключевые направления реализации имеющихся теоретических положений; факторы риска в детском возрасте. Представлена структура специального образования в России и специфика обучения детей со следующими нарушениями в развитии: задержанное, искаженное, поврежденное, дефицитарное, дисгармоническое развитие и недоразвитие.

Учебное пособие предназначено для студентов психологов и социальных педагогов, а также практикующих специалистов в области педагогики и психологии.

Табл. 1, библиогр. 6 назв.

Рецензенты:

Е. Б. Агафонова, канд. психол. наук

Н. Н. Савельева, канд. пед. наук

© А. В. Пилипенко, 2008

© Морской государственный университет,
им. адм. Г. И. Невельского, 2008

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел I. Основные положения коррекционной педагогики	3
1.1. Предмет коррекционной педагогики и основные направления деятельности	3
1.2. Специфические принципы коррекционно-педагогической деятельности	5
1.3. Психическое здоровье и факторы риска в детском возрасте..	7
1.4. Организационно-педагогические основы создания классов компенсирующего обучения	12
1.5. Взаимосвязь темпа умственного развития и обучаемости ребенка	14
Контрольные вопросы к разделу I	16
Раздел II. Характеристика основных видов дизонтогенеза и структура специального образования в России	17
2.1. Дети с нарушениями слуха.....	18
2.2. Дети с нарушениями зрения	22
2.3. Дети с нарушениями речи	25
2.4. Дети с нарушениями двигательной сферы	29
2.5. Дети с задержкой психического развития	32
2.6. Психическое недоразвитие. Умственно отсталые дети	34
2.7. Психические особенности аутичного ребенка	37
2.8. Дисгармоничное психическое развитие	39
Контрольные вопросы к разделу II	42
Список литературы	43

РАЗДЕЛ I. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ

1.1 ПРЕДМЕТ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Коррекционная педагогика, в настоящий момент функционирует и существует в виде коррекционно-развивающей деятельности с детьми и подростками в общеобразовательной школе.

В то же время в области научно-теоретической коррекционная педагогика выверяет предмет и объект своего исследования, отрабатывает понятийный аппарат, поскольку возникла на стыке общей и специальной педагогики.

В качестве объекта исследования педагогической науки выступают те явления действительности (обучение, воспитание), которые обуславливают развитие человеческого индивида. Предметом общей педагогики является образование как реальный целостный процесс, организуемый в специально созданных социальных институтах (семье, образовательных, воспитательных учреждениях), изучение его сущности, закономерностей, тенденций и перспектив развития, влияние их на формирование личности человека (ребенка, подростка, юноши). Причем развитие его проходит в пределах нормы. В то же время специальная педагогика занимается исследованием теории и практики специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств затруднительно или невозможно (Н. М. Назарова).

Вместе с тем как в общей и специальной педагогике, так и в современной педагогической практике существует немало моментов, когда бывает трудно дать однозначный диагноз отклонениям в развитии и поведении ребенка. Это происходит тогда, когда дефект неярко выражен, а аномалии в развитии имеют негрубые формы, когда тот или иной недостаток находится в пограничной области между нормой и патологией. Это может быть тогда, когда ребенок имеет затруднения в освоении учебной программы в общеобразовательной массовой школе, но резко опережает детей в развитии и обучении во вспомогательной школе, когда в ликвидации недостатков в его развитии нужны не специальное медицинское лечение, не активное вмешательство дефектологов, логопедов и психологов, а обычная коррекция его познавательных возможностей, изменение условий общего и семейного воспитания, предупреждение и частичное исправление его поведения и помощь в освоении социальных норм и нравственных ценностей.

В современной педагогической науке понятия «недостаток в развитии», «отклонение от нормы» (как и само понятие нормы) являются предметом научной дискуссии. Так, в специальной педагогике понятия «недостаток», «отклонение в развитии» используют тогда, когда возникает несоответствие

возможностей данного человека (в том числе и ребенка) общественным социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т.е. когда налицо ограничение социальных возможностей. К физическим недостаткам относят подтвержденные в установленном порядке временные или постоянные недостатки в развитии или функционировании органов (органа) человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание. Психический недостаток рассматривается как подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушения речи, эмоционально-волевой сферы, а также нарушения умственного развития, задержку психического развития, создающие трудности в обучении. Недостатки в социальной и педагогической сфере трактуются как отклонения от нормы.

В общей и коррекционной педагогике недостаток ассоциируется с несоответствием психофизиологического и общего развития ребенка установленной норме развития для данного возраста или соответствующего вида деятельности. Кроме того, под недостатком может пониматься отставание от нормы развития в освоении общеобразовательных программ или учебных знаний в той или иной предметной области. Здесь в качестве педагогической нормы выступает стандарт образования. Отклонения в его освоении соотносятся с неуспеваемостью, отставанием в обучении, задержкой в общем развитии. Социальные отклонения соотносятся с несоответствием действий и поступков, поведения ребенка общепринятым социальным нормам, правилам поведения. Они проявляются в нарушениях дисциплины, невыполнении поручений или учебных заданий, этических норм и правил, трудновоспитуемости, социально-педагогической запущенности, склонности к правонарушениям и др.

Таким образом, областью научных интересов коррекционной педагогики является своевременное эффективное выявление, предупреждение и преодоление недостатков в развитии и отклонений в поведении детей и подростков, адекватная интеграции их в социальную среду.

Общепризнанным является утверждение, что недостаток, отклонение в развитии и поведении являются временной, переменной величиной в организации педагогического процесса с данной категорией детей и подростков, а следовательно, поддаются изменению, коррекции.

Предметом исследования коррекционной педагогики является процесс обучения и воспитания детей и подростков с недостатками в развитии и отклонениями в поведении, испытывающими временные адаптационные трудности и сложности в освоении образовательных программ. Для преодоления этих трудностей необходимы своевременное проведение диагностико-профилактической и коррекционно-педагогической работы, способствующей эффективному развитию и формированию личности данной категории детей и подростков в условиях функционирования общеобразовательной школы.

1. 2. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Ведущим в системе целенаправленной коррекционно-педагогической деятельности является *принцип единства коррекционных, профилактических и развивающих* задач, где системность и взаимообусловленность задач отражает взаимосвязь развития различных сторон личности ребенка и их гетерохронность, т.е. неравномерность развития. Закон неравномерности, гетерохронности, развития личности ребенка свидетельствует о том, что каждый человек находится как бы на разных уровнях развития в различных состояниях в одном и том же возрастном периоде: на уровне благополучия, соответствующего норме развития, на уровне риска, т.е. угрозы возникновения потенциальных трудностей развития, и на уровне актуальных трудностей развития, объективно выражающихся в разного рода отклонениях от нормативного хода развития. Необходимо не забывать при этом, что все аспекты развития личности, ее сознания и деятельности также взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Поэтому при определении целей и задач коррекционно-педагогической деятельности необходимо исходить из ближайшего прогноза развития ребенка, а не сиюминутной ситуации его отклоняющегося поведения. Своевременно принятые превентивные (профилактические) меры позволят избежать ненужных осложнений в его развитии и поведении, а следовательно, необходимости развертывания в дальнейшем полномасштабных специальных коррекционных мероприятий. Вместе с тем любая программа коррекции развития воспитанника должна быть направлена не столько на коррекцию отклонений в развитии и поведении, на их предупреждение, сколько на создание благоприятных условий для наиболее полной реализации потенциальных возможностей гармонического развития личности ребенка.

2. Реализация *принципа единства диагностики и коррекции* обеспечивает целостность педагогического процесса. Невозможно вести эффективную и полномасштабную коррекционную работу, не зная исходных данных об объекте. Трудно подобрать необходимые методы и приемы коррекции отклоняющегося поведения и развития, если у нас нет объективных данных о ребенке, о причинах и характере девиации, особенностях его взаимоотношений со сверстниками и взрослыми.

Коррекционно-педагогический процесс требует постоянного систематического контроля, фиксации происшедших изменений или их отсутствия, т. е. контроля динамики хода и эффективности коррекции; проведения диагностических процедур, пронизывающих (охватывающих) все этапы коррекционно-педагогической деятельности – от постановки целей до ее достижения, получения конечного результата.

3. *Принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей* ребенка в коррекционно-педагогическом процессе целесообразнее рассматривается как

принцип «нормативности» развития личности, как последовательность сменяющих друг друга возрастов, возрастных стадий онтогенетического развития. Понятие «психологический возраст» ввел Л. С. Выготский, который видел в этом новый тип строения личности и ее деятельности, те психические и социальные изменения, которые в самом главном и основном определяют сознание ребенка, его отношение к среде, его внутреннюю и внешнюю жизнь, весь ход его развития в данный период.

Д. Б. Эльконин, характеризуя психологический возраст, выделяет три его параметра, которые необходимо учитывать при формулировке коррекционных целей и организации коррекционно-педагогического процесса: 1) «социальная ситуация развития» (по Л. С. Выготскому) – единица анализа динамики развития ребенка, т. е. совокупность законов, которыми определяются возникновение и изменение структуры личности ребенка на каждом возрастном этапе; 2) уровень сформированности психологических новообразований и их значение на данном этапе возрастного развития. Подростковый возраст, например, как никакой другой, богат на психологические новообразования (в сфере сознания, деятельности, системы взаимоотношений с окружающими); 3) уровень развития ведущей деятельности ребенка как деятельности, играющей решающую роль в его развитии. Так, например, общение и его роль в коррекционно-педагогическом процессе подростков становится наиболее значимым явлением, без которого довольно трудно построить коррекционный процесс.

4. *Деятельностный принцип коррекции* определяет тактику проведения коррекционной работы и способы реализации поставленных целей, подчеркивая, что исходным моментом в их достижении является организация активной деятельности ребенка, создание необходимых условий для его ориентировки в сложных конфликтных ситуациях, выработка алгоритма социально приемлемого поведения.

Ведущая деятельность детей и подростков определяет их отношение к миру, позицию и взаимодействие с теми элементами социальной среды, которые в соответствующий момент являются источниками развития, задает типичные для данной возрастной стадии формы общения в системе отношений «ребенок – сверстник», «ребенок – взрослый». При планировании и организации коррекционно-педагогической деятельности следует выбирать наиболее адекватную целям и задачам коррекции модель деятельности, чтобы в ее содержании, формах и методах реализации были посильные сложные ситуации, которые ребенок в состоянии был бы разрешить, а разрешение их направляло бы его в положительное русло развития. Принцип деятельностного подхода является методологическим принципом построения процесса коррекции.

5. *Принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности.* Ни в психологии, ни в педагогике не существует универсальных приемов воздействия, способствующих переориентации, изменению направленности личности, резкому изменению поведения детей и

подростков. Поэтому в коррекционной педагогике необходима некая совокупность способов и средств, методов и приемов, учитывающих индивидуально-психологические особенности личности, состояние социальной ситуации, уровень материально-технического и учебно-методического обеспечения педагогического процесса, подготовленность учителей к его проведению. Должна присутствовать при этом и определенная логика и последовательность применения педагогических методов и коррекционных приемов, ступенчатость воздействия на сознание ребенка, его эмоционально-чувственную сферу, вовлечение его в активную индивидуальную или групповую деятельность со сверстниками или взрослыми.

б. *Принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения.* Ребенок не может развиваться вне социального окружения, оно активный его компонент, составная часть системы целостных социальных отношений. Его отклонение в развитии и поведении есть не только результат его психофизиологического состояния, но и активного воздействия на них родителей, ближайших друзей и сверстников, педагогического и ученического коллективов школы, т. е. сложности в его поведении - следствие отношения ребенка с ближайшим окружением, форм и способов их совместной деятельности и общения, характера межличностных контактов с социумом. Следовательно, успех коррекционной работы с детьми и подростками без сотрудничества с родителями или другими взрослыми, без опоры на взаимоотношения со сверстниками в зависимости от характера отклонений в развитии и поведении оказывается либо недостаточно эффективным, либо попросту безрезультатным (Г. В. Бурменская, О. А. Карабанова).

Таким образом, основополагающие положения системы коррекционно-педагогической деятельности формируют ее базу, определяют логику коррекционного процесса, намечают общую стратегию и конкретную тактику на соответствующих ступенях управления процессом педагогической коррекции развития и поведения детей и подростков.

1.3 ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ФАКТОРЫ РИСКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В компетенцию педагога входят коррекция и развитие отклоняющихся от нормы проявлений, состояний, форм поведения здорового ребенка. (Говоря об аномалии, мы будем иметь в виду нарушения развития, которые являются типичными для психически здоровых детей. Это осложнения психического и личностного развития ребенка, которые являются лишь отклонением от нормы, а не симптомом психического заболевания.) В психологической литературе такие нарушения иногда называют *факторами риска* (Г. С. Абрамова).

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; ребенок очень внушаем к неправильным формам поведения, «все дурное к нему так и липнет», он имитирует отклонения в поведении сверстников, более старших детей и взрослых;
- 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 в ответ на наказания, замечания, запреты, побеги как реакции ответного протеста и др.

В младшем школьном возрасте факторами риска являются следующие особенности поведения:

- сочетание низкой познавательной активности и личностной незрелости, которые противоречат нарастающим требованиям к социальной роли школьника;
- неуменьшающаяся моторная бестормозность, которая сочетается с эйфорическим настроением;
- повышенная сенсорная жажда в виде стремления к острым ощущениям и бездумным впечатлениям;
- акцентуация компонентов влечений: интерес к ситуациям, включающим агрессию, жестокость;
- наличие немотивированных колебаний настроения, конфликтности, взрывчатости, драчливости в ответ на незначительные требования либо запреты;
- отрицательное отношение к занятиям, эпизодические прогулы отдельных «неинтересных» уроков; побеги из дома при угрозе наказания как защитная реакция;
- реакции протеста, связанные с нежеланием заниматься в школе, отказ от занятий по самоподготовке; намеренное невыполнение домашних заданий на зло взрослым; гиперкомпенсаторные реакции со стремлением обратить на себя внимание грубостью, злобными шалостями, невыполнением требований учителя;
- выявление к концу обучения в начальных классах массовой школы стойких пробелов по основным разделам программы; невозможность усвоения дальнейших разделов программы вследствие слабого интеллекта и отсутствия интереса к учебе;
- нарастающее тяготение к асоциальным формам поведения под влиянием более старших детей и взрослых;
- дефекты воспитания в виде бесконтрольности, безнадзорности, грубой авторитарности, асоциального поведения членов семьи.

Для подросткового возраста факторами риска, оказывающими влияние на психическое развитие, оказываются:

- инфантильность суждений, крайняя зависимость от ситуации, неспособность воздействовать на нее, склонность к уходу от трудных ситуаций, слабость реакции на порицание; неспособность к волевым усилиям, слабость функции самоконтроля и саморегуляции как проявление несформированности основных образований подросткового возраста;
- сложности поведения, обусловленные сочетанием инфантильности с аффективной возбудимостью;
- ранние проявления половых влечений, повышенный интерес к сексуальным проблемам; у мальчиков - склонность к алкоголизации, агрессии, бродяжничеству;
- сочетание указанных проявлений с невыраженностью школьных интересов, отрицательным отношением к учебе;
- переориентация интересов на внешкольное окружение; стремление к имитации асоциальных форм взрослого образа жизни (ранние сексуальные эксцессы, упорное стремление к курению, алкоголизации и пр.);
- неблагоприятные микросредовые условия (семейные), асоциальное поведение как основа реакции имитации либо протеста;
- неадекватные условия обучения, препятствующие усвоению программы (К. С. Лебединская, Г. С. Абрамова).

Как определить, является ли поведение ребенка лишь отклонением от нормы или симптомом психического заболевания?

Каковы возрастные особенности проявления отклонений?

Несмотря на сложность проблемы, существуют подходы к ее решению. Богатый эмпирический материал, накопленный в клинической психологии, лечебной педагогике, психиатрии, дает возможность дифференцировать отклоняющееся от нормы поведение от поведения патологического, несмотря на общность проявлений этих нарушений.

Нарушения развития, по данным психоневрологов, детских психиатров, специалистов в области лечебной педагогики, наиболее резко проявляются в эмоционально-волевой сфере ребенка и его характере (А. Ф. Лазурский, В. П. Кащенко, М. И. Буянов, А. И. Захаров, А. Е. Личко и др.). В литературе выделяются различные характерологические и поведенческие отклонения ребенка. Перечислим наиболее типичные из них.

Расторможенность, гиперактивность, двигательная расторможенность может сочетаться с другими отклонениями. Наиболее часто расторможенность сочетается с психической незрелостью, которую называют инфантилизмом (М. И. Буянов).

Повышенная эмоциональная возбудимость (аффективность). Аффективное поведение - не медицинский диагноз, а склонность Детей к частым, острым и разрушительным эмоциональным состояниям. Проявляется в по-

вышенной обидчивости, необузданности эмоций смеха и плача, капризах, упрямстве, остро выраженных симпатиях и антипатиях к людям, импульсивности поступков и побуждений ребенка. Могут быть заторможенность, страхи и асоциальное поведение.

Застенчивость, пугливость, наличие болезненных страхов (фобий), пассивность свойственны не только ребенку, но и подростку. Они Могут быть выражены в разной степени и разных формах.

Пессимизм (уныние, безнадежность, склонность видеть во всем только плохое) в юношеском возрасте - тоже аномалия, так же как и его противоположность - *чрезмерная постоянная веселость*. *Постоянное недовольство собой и окружением* создает множество проблем в общении, решении жизненных задач.

Особую группу составляют дети с *аутичным поведением* (ауто - погружение в себя, отчужденность от окружения). Такие дети относятся к категории «трудных», поскольку обычные способы взаимодействия и воспитательные воздействия не всегда ими принимаются.

С нарушениями в развитии волевых процессов у человека связывается и такое явление, как *импульсивность*. Она проявляется в том, что действие непроизвольно вырывается у субъекта, он не может сознательно регулировать свои намерения, взвешивать и обдумывать их. Иногда это может приниматься за решительность. Однако сильное импульсивное необдуманное действие быстро ослабевает, как только встречается с противодействием, требующим длительного усилия.

Восприимчивость к отрицательным влияниям связана с *повышенной внушаемостью* - некритической податливостью действию внушения, готовностью подчиняться внушающим воздействиям окружающих, рекламы и пр.

Негативизм проявляется в немотивированном сопротивлении любому влиянию, исходящему от других. Негативизм возникает как защитная реакция на воздействия, которые противоречат потребностям человека. Отказ от выполнения требования есть своеобразный способ выхода из конфликта. В психологической литературе называются две формы негативизма - пассивный, выражающийся в отказе выполнять предъявляемые требования, и активный, при котором совершаются противоположные действия. Негативные реакции при длительном эмоциональном неблагополучии ребенка могут стать качествами его личности.

Жестокость, деспотизм, агрессивность выражаются в драках, разрушительном отношении к вещам, оскорблениях, брани, стремлении мучить

слабого или животных. Агрессия может быть физическая и вербальная, прямая и косвенная.

Бесцельная ложь – когда ребенок не знает причины своей неправдивости и не связывает ее с каким-либо умыслом. Это непреднамеренная ложь, от которой ребенок не может воздержаться.

Бесцельное воровство – зачаточная форма явления, которое специалисты называют *клептоманией*. Ребенок может коллекционировать самые необычные предметы, и мотивация на первый взгляд остается неясной. Например, правонарушение, совершенное подростком, оказалось полной неожиданностью для его родителей. По характеристике мамы, это был спокойный и незлобивый мальчик, имел хобби – коллекционировал трубки от уличных таксофонов.

Страсть к бродяжничеству – может быть патологическим влечением психопатических или истерических личностей, но может быть и привычкой при отсутствии болезненного предрасположения. В.П.Кашенко констатирует, что страсть к бродяжничеству развивается иногда в раннем детстве и начинается с того, что ребенок неоднократно после уроков не возвращается домой и до ночи где-нибудь бродит. Постепенно бродяжничество становится привычкой со всеми сопутствующими ему явлениями - нищенством, кражами и т.п.

Лень – как состояние бездеятельности, душевной вялости, пассивности тоже имеет разную природу и может быть «нормальной» и патологической. Чаще всего она проявляется в школьном возрасте. По свидетельству врачей, большинство ленивых школьников – совершенно здоровые люди. Но у некоторых учащихся лень есть одно из проявлений патологии. Основными признаками являются малоподвижность, низкая работоспособность, расстройство воли, равнодушие к жизни, высокая подчиняемость другим. Частой причиной такого состояния бывает «соматогенная астения, т. е. физическая и психическая слабость, вызванная соматическим заболеванием». Она вполне преодолевается благодаря щадящему режиму. У здоровых же школьников чаще всего причиной лени, как замечает классик отечественной педагогики К. Д. Ушинский, является прямое нерасположение к той деятельности, к которой взрослый призывает ребенка. Причины такого нерасположения тоже различны, но в них, говорит педагог, виновато само воспитание. Так, нередки случаи, когда ребенку предъявляются требования и на него обрушивается множество обязанностей, несколько для него не интересных, к выполнению которых он не готов, но которые он должен выполнить как долг. Постоянное внушение ребенку его обязанностей, требований долга может вызвать обратное действие.

В целом нарушения в развитии проявляются в устойчивой низкой успеваемости или неуспеваемости ребенка; «трудновоспитуемости», асоциальном поведении.

1.4 ОРГАНИЗАЦИОННО – ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЗДАНИЯ КЛАССОВ КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ

Согласно нормативно-правовым положениям, в современной общеобразовательной школе для детей с трудностями в обучении создаются два основных вида классов – *классы компенсирующего обучения* и *классы выравнивания*. В школьной практике имеют место и другие формы дифференцированного обучения: классы педагогической поддержки (первично создаются в среднем звене школы), классы адаптации, здоровья и др.

Коррекционно-развивающее обучение в классах выравнивания и компенсирующих классах определяется нормативно-правовыми положениями Министерства образования РФ и строится на основе организационно-педагогических и научно-методических положений Концепции коррекционно-развивающего обучения, разработанной Институтом коррекционной педагогики, а также психолого-педагогических принципов развивающего обучения. В соответствии с положениями Министерства образования классы выравнивания создаются для обучения детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость.

Классы компенсирующего обучения создаются в общеобразовательных школах для детей, испытывающих затруднения в освоении общеобразовательных программ. Их основная цель – создание адекватных условий воспитания и обучения, позволяющих предупредить дезадаптацию таких детей в условиях общеобразовательного учреждения.

В классы компенсирующего обучения принимаются дети *группы риска*. К этой группе специалисты относят детей, которые по совокупности причин генетического, биологического и социального характера приходят в школу психически и физически ослабленными, социально запущенными, с риском школьной и социальной дезадаптации. Это дети «с сохранным интеллектом», значительно более низкими в сравнении со сверстниками адаптационными возможностями, что делает их уязвимыми по отношению к несбалансированным воздействиям внешней среды и предрасположенными к патологическим реакциям на перегрузки, социально-психологическим срывам.

Дети группы риска не имеют выраженных отклонений в развитии, т. е. у них нет задержки психического развития церебрально-органического генеза, умственной отсталости, выраженных нарушений речи, слуха, зрения, двигательной сферы. При интеллектуальном развитии, соответствующем возраст-

тной норме (отсутствие нарушений памяти, перцептивных и мыслительных процессов), эти дети обнаруживают низкую работоспособность, повышенную утомляемость и отвлекаемость, импульсивность, гиперактивность, низкий уровень производительности психических функций и деятельности, несформированность учебной мотивации и познавательных интересов.

Создание специальных классов коррекционно-развивающего обучения позволяет обеспечить оптимальные педагогические условия для детей с трудностями в обучении и проблемами в физическом и нервно-психическом здоровье. Охране и укреплению здоровья учащихся этих классов отводится особая роль, в связи с чем проводится специальная работа. Необходимым моментом организации коррекционно-развивающего обучения в данных классах является *динамическое наблюдение за продвижением каждого ребенка*. Наблюдение проводится специалистами школьного психолого-педагогического консилиума. Результаты наблюдений обсуждаются не менее одного раза в четверть на малых педсоветах или консилиумах.

При изучении школьников принимаются во внимание следующие показатели:

1. Физическое состояние и развитие ребенка: динамика физического развития, особенности слуха и зрения; особенности развития двигательной сферы, координация движений; особенности работоспособности (утомляемость, истощаемость, рассеянность, пресыщаемость, количество ошибок к концу урока или при однообразных видах деятельности).
2. Особенности и уровень познавательных процессов: особенности восприятия пространства и времени; особенности внимания, памяти, мышления, речи; познавательные интересы, любознательность.
3. Отношение к учебной деятельности, особенности мотивации, уровень освоения учебной деятельности.
4. Особенности эмоционально-личностной сферы: эмоционально-волевая зрелость, способность к волевому усилию, преобладающее настроение; особенности самооценки, отношения со сверстниками и взрослыми; поведение в школе и дома, нарушения поведения, вредные привычки.
5. Особенности усвоения знаний, умений и навыков, предусмотренных программой: общая осведомленность об окружающем мире и о себе, сформированность навыков чтения, письма, счета; характер ошибок при чтении и письме, счете и решении задач.

Научные основания коррекционно-развивающей деятельности в процессе образования и воспитания раскрываются в контексте складывающейся в настоящее время культурно-исторической, гуманистической педагогики. Основная ценность образования – человек, ребенок. Образование и воспитание должны помочь ему стать человеком, стать самим собой.

Теоретические предпосылки для образовательной коррекционно-развивающей практики созданы научной школой Л. С. Выготского.

1. 5 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕМПА УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ И ОБУЧАЕМОСТИ РЕБЕНКА

Под *обучаемостью* мы понимаем систему интеллектуальных свойств личности, формирующихся качеств ума, от которых зависит продуктивность учебной деятельности (при прочих равных условиях: наличие исходного минимума знаний, положительной мотивации и т. д.) (З. И. Калмыкова). Чем выше обучаемость, тем быстрее и легче приобретает человек новые знания, тем свободнее оперирует ими в относительно новых условиях, тем выше темп его умственного развития.

Содержание понятия «обучаемость» ограничивается спецификой мышления, своеобразием его проявления у учащихся. Уровень и специфика обучаемости определяются формирующими качествами ума, каждое из которых имеет себе противоположное. Основные качества: глубина ума – поверхностность, гибкость ума – инертность, устойчивость – неустойчивость, самостоятельность – подражательность, осознанность мыслительной деятельности – неосознанность.

Особенности сочетания этих качеств и различные уровни развития создают индивидуальные варианты обучаемости школьников. Школьники с пониженной обучаемостью, тормозящей темп их психического развития, отличаются крайней *поверхностью ума*. При знакомстве с новым материалом (слушая объяснения учителя, читая текст учебника) они выделяют в качестве существенных первые бросившиеся им в глаза признаки, яркие детали, лежащие на поверхности явления, не проникая в его суть. Поэтому для них оказывается трудным формирование содержательных обобщений, им свойственны ошибки смешения понятий, формализм в усвоении знаний.

С поверхностью ума связана его *инертность*. Дети с пониженной обучаемостью с трудом овладевают содержанием новых понятий, приемами оперирования понятиями. В процессе усвоения они склонны к шаблонному использованию понятий и способов действий, с трудом отказываются от привычных действий, даже если убеждаются в их неправомочности. С трудом переключаются с одной системы действий на другую. Им свойственны *подражательность ума, умственная пассивность*. Они, как правило, избегают интеллектуального напряжения, им проще решить задачу привычным способом, даже если он достаточно громоздок.

Вместе с тем учащиеся этой группы отличаются и *неустойчивостью ума*. С одной стороны, они склонны действовать привычным способом, но с другой – случайный признак может легко «сбить» их. Неустойчивость ума проявляется и в трудности ориентации на совокупность признаков, составляющих содержание усваиваемого понятия.

Школьники с пониженной обучаемостью характеризуются и *слабой осознанностью своего мыслительного процесса*, т. е. слабым пониманием того, как они решают задачу, почему именно так, какой способ решения изби-

рают. Осознание для них выступает особой задачей, и для этого требуется помощь со стороны.

Главным условием благоприятного психического развития школьников с пониженной обучаемостью специалисты называют соответствие требований, предъявляемых к ученику, не зоне актуального развития (т.е. тому уровню, которого ребенок уже достиг), а его потенциальным возможностям. Реализация этого общего подхода требует конкретных педагогических мер. Так, для того чтобы школьники усвоили программный материал, им нужно гораздо более развернутое объяснение с опорой на наглядность, выполнение большего количества упражнений с очень медленно, постепенно повышающейся трудностью, многократный возврат к уже изученному. Особое внимание в работе с такими детьми должно быть уделено специальному формированию приемов умственной деятельности, умения учиться, правильной самооценки (З. И. Калмыкова).

Специальные исследования, опытные данные подтверждают необходимость формирования у учащихся компенсирующих классов инструментальных навыков и учебных действий контроля и оценки. *Инструментальные навыки* – это навыки, лежащие в основе математических умений, чтения, письма и т. п.

Формирование умений планирования, исполнения, контроля и оценки собственной деятельности делает учебную деятельность ребенка полноценной. Контроль за процессом, правильностью, полнотой и последовательностью выполнения операций есть не только средство усвоения основного учебного действия, но и средство формирования внимания. Важно научить ребенка *пооперационному контролю*, т. е. проверке правильности и полноты выполнения операций, входящих в состав действия (Ц. Б. Эльконин). Контроль по результату, отмечает Д. Б. Эльконин, имеет смысл только в том случае, если он возвращает к контролю по процессу. Это случается, когда ученик совершил ошибку. Но и в этом случае целесообразно вернуть учащегося к пооперационному контролю, т.е. контролю за правильностью процесса осуществления способа действия. Школьника необходимо научить и действию *оценки* степени усвоения, меры выполнения учебной задачи. Он должен самостоятельно научиться оценивать свое продвижение в учении. Оценочная деятельность – важнейшая часть целостной учебно-познавательной деятельности. Однако содержательный смысл оценка приобретает для школьника в том случае, если ему предъявляются *эталоны, образцы* (Д. Б. Эльконин, Ш. А. Амонашвили).

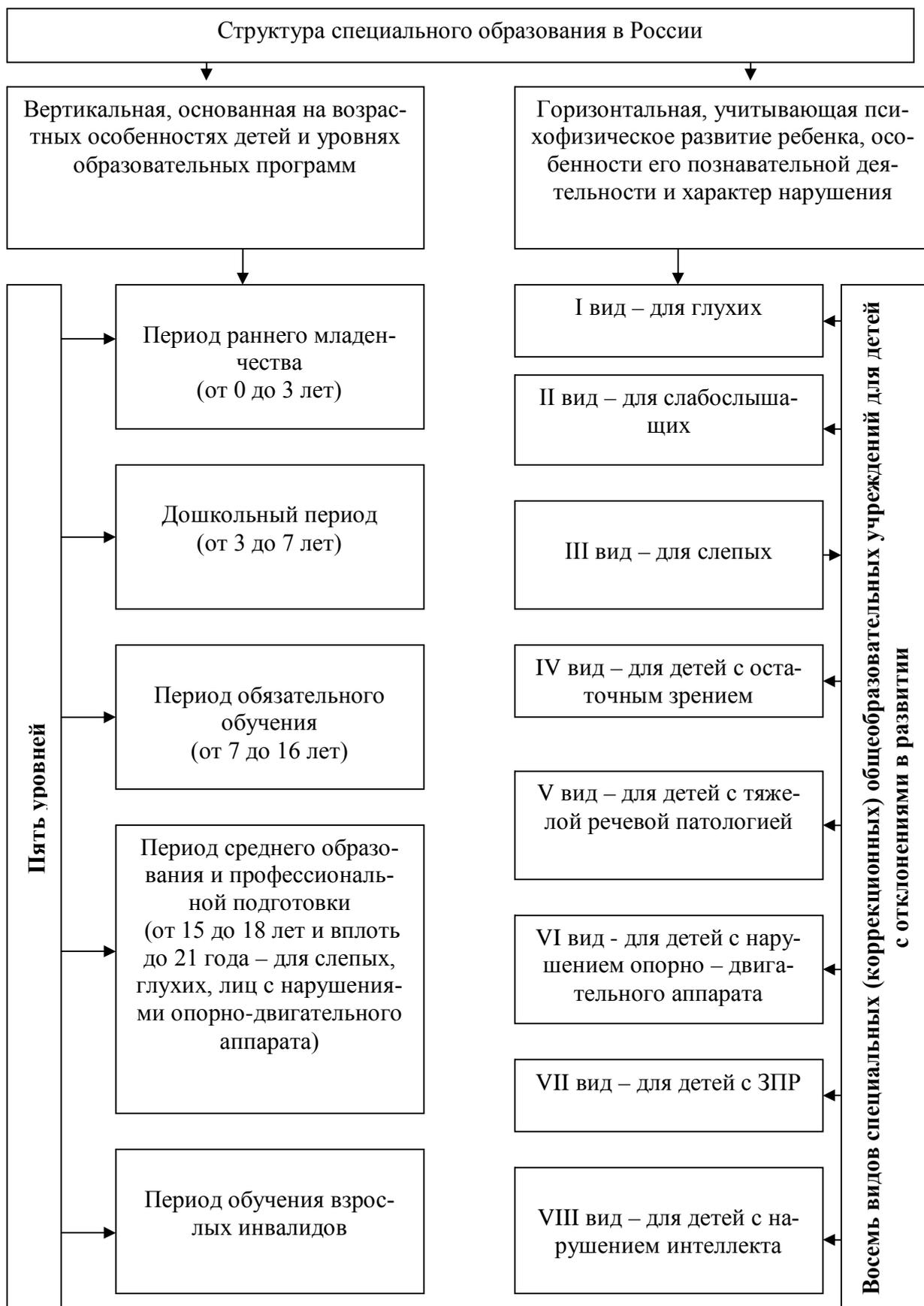
Эталон – это образец отдельных действий, операций, самой учебно-познавательной деятельности и ее конечных результатов. Эталон конечного результата заранее закладывается в учебно-познавательную деятельность как цель и ориентир деятельности. Он должен помочь школьнику найти ответы на вопросы: правильно ли я осуществляю деятельность, каково качество моей деятельности и ее результата; смог ли я овладеть знанием; овладел ли я умением (навыком), каково его качество и т. д. (Ш. А. Амонашвили).

Чтобы эталон послужил основой для содержательной оценки, необходимо научить школьника способам соотнесения своих знаний и умений с этим эталоном. Ученику должны быть раскрыты не только эталоны, но и способы оперирования ими. В этом суть оценочной деятельности, которую, как правило, осуществляет педагог.

Контрольные вопросы к разделу I:

1. Что является предметом исследования коррекционной педагогики?
2. Что такое коррекционно-педагогическая деятельность и в чем ее психолого- педагогическая суть?
3. Каковы специфические принципы коррекционно – педагогической деятельности?
4. Какие особенности личности и поведения ребенка в отдельные возрастные периоды можно считать отклоняющимися от нормы?
5. Сформулируйте критерии оценки возможного отклонения в поведении ребенка?
6. Назовите факторы риска, оказывающие влияние на психическое развитие ребенка в разные возрастные периоды?
7. Перечислите основные показания к отбору детей в классы компенсирующего обучения и коррекционно – развивающего обучения.
8. Проанализируйте основные формы компенсирующего обучения.
9. Что понимается под «обучаемостью»? Содержательно раскройте это понятие.

РАЗДЕЛ II. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ВИДОВ ДИЗОНТОГЕНЕЗА И СТРУКТУРА СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ



2.1 ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Среди аномальных детей значительную категорию составляют дети с различными выраженными нарушениями слуха. Общеизвестно, что ежегодно по стране выделяются тысячи детей с патологией органа слуха и их число не имеет тенденции к заметному снижению. Ухудшение функции слуха, возникшее в детском возрасте, в большей степени отражается на психосоциальном развитии ребенка. Большинство (более 85%) нарушений слуха наступило на первом-втором году жизни, т. е. до развития речи в период ее формирования.

1. К физическим параметрам звука относится *частота звука*, чему соответствует физиологическое качество, которое определяет высоту звука. Человеческое ухо способно воспринимать звуки в диапазоне от 16 – 20 Гц до 16000 – 20000 Гц. Этот разброс характеризует большие различия в слуховой чувствительности у людей. Существует зона максимальной чувствительности к определенным частотам, которая охватывает от 1000 до 3000 Гц. Это тот диапазон, в котором в основном происходит речевое общение.

2. Вторым физическим параметром – *интенсивность звука*, которая соответствует физиологическому параметру – громкости звука.

3. Третий параметр – *длительность*.

4. Важным параметром звуковых раздражений является также *звуковой спектр*. Обычно звуки не являются одиночными, как правило, это набор различных компонентов - тонов или обертонов. Весь звуковой спектр стимула определяет такой физиологический параметр, как тембр звука.

Звуковой анализатор способен не только анализировать звуки по частоте, интенсивности, длительности и тембру, т. е. выполнять непосредственно функцию анализа различных физических качеств звукового стимула, но он еще участвует и в ориентировке в пространстве. С помощью слуховой системы определяется направление звука – это означает, что звуковое пространство характеризуется такими же пространственными координатами, как и зрительное: верх-низ, левая-правая сторона; по звуку человек способен определить и угол отклонения звука от средней линии, а также степень удаленности звука от слушателя. Эти две характеристики – направление и степень удаленности звука – дают человеку сведения о пространственных характеристиках источника звука.

Слуховая система в отличие от других анализаторных систем имеет еще одну очень существенную характеристику – на базе слуховой системы формируется человеческая речь. Ребенок, имеющий серьезные дефекты слуха, не может самостоятельно научиться говорить, так как он нечетко воспринимает звуковую речь, не слышит слуховых образцов. Он не может контролировать собственное произношение, следствием чего является нарушение устной речи. Все это отрицательно сказывается на овладении всей сложной системы языка, что не только ограничивает возможности обучения и позна-

ния окружающего мира, но и оказывает негативное влияние на психическое развитие ребенка.

Глубокие нарушения слуха и речи способствуют известной социальной изоляции аномальных детей, так как их участие в различных видах совместной деятельности с нормально слышащими детьми ограничено.

Нарушения слуха могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные нарушения слуха встречаются реже, чем приобретенные. К данному типу нарушений следует отнести наследственную аномалию слухового органа (полная или частичная аплазия – недоразвитие внутреннего уха, отсутствие барабанной полости, атрезии – заращивания наружного слухового прохода). Врожденные нарушения слуха возникают как следствие воздействия на развивающийся плод различных вредных факторов со стороны организма матери. Это вирусные инфекции (корь, грипп), особенно в случае их возникновения у матери в первые три месяца беременности, внутриутробные интоксикации химическими, лекарственными веществами, алкоголем. Слуховой анализатор может быть поражен вследствие травмы плода.

Приобретенные нарушения слуха встречаются чаще. Среди причин, вызывающих эти недостатки слуха основное место занимают инфекционные заболевания (менингит, корь, скарлатина, свинка, пневмония); воспалительные процессы (воспаление среднего уха – отит); последствия заболеваний носа и носоглотки (хронический насморк, аденоиды и др.), вызывающие непроходимость органов среднего уха, евстахиевой трубы; невриты слухового нерва; травмы головы (родовые и послеродовые). Различные поражения слухового анализатора вызывают неоднозначную степень выраженности дефекта слуховой функции. Характер последствия зависит и от времени возникновения патологического процесса, приведшего к нарушению слуха, и от того, в какой степени и в какой период развития был нарушен слух. В зависимости от этих двух основных факторов всех детей с недостатками слуха делят на три категории: глухие, позднооглохшие, слабослышащие (тугоухие).

Глухие дети – это дети с полным выпадением слуха, который не может быть ими самостоятельно использован для накопления речевого запаса. Глухота бывает абсолютной лишь в исключительных случаях, так как обычно сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать отдельные, резкие и громкие звуки, хотя разборчивое восприятие речи невозможно. Среди глухих детей различают:

- ◆ глухих без речи (ранооглохших), когда поражение слуха возникает у ребенка в доречевой период или в самом начале формирования речи;
- ◆ глухих, сохранивших в той или иной мере речь (позднооглохших), это дети с потерей слуха, но относительно сохраненной речью ввиду сравнительно позднего возникновения глухоты.

Психическое развитие глухих детей различно в зависимости от того, является ли их глухота врожденной, потеряли ли они слух на ранних этапах онтогенеза или нарушение произошло в более позднем возрасте. Врожденная или ранняя потеря слуха приводит к отсутствию речи (немота) либо ее гру-

бому недоразвитию. Недостаточность вестибулярного аппарата обуславливает нарушения развития, связанные с задержкой формирования прямостояния, недоразвитием пространственной ориентации. При нарушении же слуха после трехлетнего возраста недоразвитие локомоторных функций выражено меньше. Успевают сформироваться фразовая речь, нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо. При поражении слуха в школьном возрасте речь грамматически сформирована, имеются лишь некоторые недостатки произношения.

Сложные вторичные нарушения характерны для формирования других психических процессов, эмоциональной сферы, деятельности в целом.

У глухих детей из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослыми деятельность с предметами; происходит отставание формирования перцептивных обобщений, предметных представлений; в связи с отсутствием воздействия речи взрослого, ее эмоционального тона, формы эмоционального общения недоразвиваются уже с самых ранних этапов жизни. Эти данные подтверждают положение Л. С. Выготского о механизмах влияния первичного дефекта на возникновение сложного иерархического ряда вторичных нарушений, определяющих развитие ребенка в целом.

Из-за отсутствия слухового контроля за собственным произношением звучащая речь глухого ребенка отличается невнятностью и смазанностью. Постановке голоса, исправлению недостатков речевого дыхания, артикуляционной и дыхательной гимнастике уделяется особое внимание в работе по развитию речи. Важным условием словесного обучения является желание и потребность глухого ребенка отказаться от более доступной для него жестовой речи и перейти к устной речи. Устное слово становится ведущим в коррекции последствий дефекта. Для позднооглохших детей особое значение для развития речи имеют последовательное наращивание словарного запаса, выработка полноценного произношения, обучение грамоте и грамматике.

Слабослышащие (тугоухие) дети имеют частичную слуховую недостаточность, затрудняющую речевое развитие, но сохраняющую возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора. Устная речь у таких детей может успешно развиваться только в условиях специального обучения. По глубине нарушения слуха при тугоухости можно выделить четыре степени: легкую, умеренную, значительную и тяжелую (табл.1).

Таблица 1

Степень тугоухости	Восприятие речи на расстоянии от ушной раковины (м)	
	Шепотная речь	Разговорная речь
Легкая	4 - 6	6 - 8
Умеренная	1 - 3	4 - 6
Значительная	1	2 - 4
Тяжелая	0,5	2

При тугоухости особенно важно учитывать не только степень снижения слуха, но и время, когда наступило снижение. Уже на первом году жизни разворачиваются процессы опережающего обеспечения речевой функции, которые при отсутствии соответствующего подкрепления постепенно угасают. Так, при врожденной, нераспознанной тугоухости к концу первого года жизни ребенка снижается интенсивность предречевых действий (гуление, лепет). Такой ребенок почти не усваивает речевые навыки и переходит на язык жестов. Несформированность речевой функции к 4 – 5 годам создает тяжелые условия для дальнейшего речевого развития. Ранняя тугоухость, наступившая в доречевой период, вызывает речевое недоразвитие, требующее специального обучения.

В массовой школе нередко можно встретить детей с недостатками слуха. Пребывание в несоответствующих возможностям этих детей условиях массовой школы не только вызывает большие трудности в освоении учебной программы, но и наносит большой ущерб их психическому развитию. Непонимание обращенной к ним речи, попытки считывания речи с губ учителя и одноклассников, типичные ошибки в произношении, чтении и письме, вторичные отклонения являются характерными показателями нарушения слуха.

Для детей с нарушениями слуха действуют специальные коррекционные образовательные учреждения I и II вида.

Коррекционное учреждение I вида создается для обучения и воспитания неслышающих детей, их всестороннего развития в тесной связи с формированием словесной речи как средства общения и мышления на слухозрительной основе, для коррекции и компенсации отклонений в психофизическом развитии, получения общеобразовательной, трудовой и социальной подготовки к самостоятельной жизни. С ними проводятся фронтальные и индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и совершенствованию навыков произношения в ходе всего образовательного процесса. Для глухих детей со сложной структурой дефекта в составе образовательного учреждения I вида организуются классы, работа в которых строится по специальным учебным планам.

Коррекционное учреждение II вида дает возможность для обучения и воспитания слабослышающих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших (оглохших в дошкольном или школьном возрасте, но сохранивших самостоятельную речь), всестороннего их развития на основе формирования словесной речи, подготовки к свободному речевому общению на слуховой и слухозрительной основе.

Для обеспечения дифференцированного подхода в обучении слабослышающих и позднооглохших детей создаются два отделения: 1 – для воспитанников с легким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха; 2 – для воспитанников с глубоким недоразвитием речи.

2.2 ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Значение зрения в психическом развитии ребенка уникально. Нарушение его деятельности вызывает у ребенка большие затруднения в познании окружающей действительности, сужая социальные контакты, ограничивая его ориентировку и возможности заниматься многими видами деятельности.

Оптическое восприятие осуществляется зрительным анализатором, имеющим сложную нервно-рецепторную систему, реализующую восприятие и анализ зрительных раздражений. Структурно и функционально зрительный анализатор – самый сложный и наиболее совершенный орган, взаимодействующий с другими анализаторами (двигательным, тактильным, слуховым) и образующий с ними сложные динамические системы связи. Зрительный анализатор состоит из периферического отдела (глаза), проводникового отдела (зрительный нерв, зрительные и подкорковые нервные образования) и центрального отдела (зрительные зоны коры головного мозга, расположенные в затылочной области).

Врожденные нарушения зрительного анализатора могут быть вызваны воздействием на него различных патогенных факторов в период эмбриогенеза (токсоплазмоз, воспалительные процессы, нарушения обмена) или генетических факторов (наследственная передача некоторых дефектов зрения). К аномалиям наследственной этиологии могут быть отнесены:

- ◆ микрофтальм – грубое структурное изменение глаза;
- ◆ антофтальм – врожденное безглазие;
- ◆ катаракта – помутнение хрусталика;
- ◆ пигментная дистрофия (дегенерация) сетчатки, характеризующаяся сужением поля зрения;
- ◆ астигматизм – аномалия рефракции, т. е. преломляющей способности глаза.

Приобретенные аномалии распространены меньше, чем врожденные. Однако внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния, травмы головы вследствие осложненных родов, различные травматические повреждения мозга в послеродовой период могут привести к нарушению зрения. Глаукома, атрофия зрительного нерва, заболевание центральной нервной системы (менингит, менингоэнцефалит), осложнения после гриппа, также могут вызывать различные по степени нарушения зрительной функции.

Кроме того, следует отметить, что в школьной практике очень часто встречаются прогрессирующие нарушения зрения: близорукость и дальность зрения.

Степень нарушения функции зрительного анализатора определяется понижением остроты зрения. Острота зрения большинства людей, характеризующаяся способностью определять буквы и знаки десятой строки таблицы на расстоянии 5 м, равна 1,0 и рассматривается как нормальная. Исследуемый, определяющий на этом расстоянии буквы и знаки 5-й строки, имеет остроту зрения 0,5, а первой строки – 0,1.

Если острота зрения ниже 0,1, используется счет пальцев. Ребенок, считавший раздвинутые пальцы руки на расстоянии 5 м, обладает остротой зрения, равной 0,09. Тот же счет пальцев рук на расстоянии 2 м приблизительно соответствует остроте зрения 0,04, на расстоянии 0,5 м – 0,01, а на расстоянии 30 см – 0,005.

Острота зрения, при которой ребенок не различает пальцев, видит только свет, равна светоощущению. Если он не может отличать света от темноты, острота зрения равна нулю.

Принимая за основу степень нарушения зрительной функции, детей со стойкими дефектами зрения делят на слепых и слабовидящих.

Слепые дети – дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (максимальной остротой зрения 0,04). Различают разные степени потери зрения:

- ◆ абсолютная (тотальная) слепота, при которой полностью отсутствуют зрительные ощущения (светоощущение и цветоразличие);
- ◆ практическая слепота, при которой сохраняется или светоощущение на уровне различения света от темноты, или остаточное зрение, позволяющее сосчитать пальцы рук у лица, различать контуры и силуэты.

Большинство слепых детей имеют остаточное зрение. Фактор времени наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития слепого ребенка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны отклонения нервно-психического развития. Оно проявляется в различных вторичных отклонениях. При заболевании с рождения ребенок не получает никакого запаса зрительных представлений. Затруднения в возникновении вертикального положения тела, боязнь пространства и новых предметов ведут к задержке в освоении пространства и предметной деятельности. Первые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом появляются у слепых детей после двух лет. Грубое недоразвитие пространственной ориентации обуславливает недоразвитие походки, тормозит формирование тела. Совсем по-иному складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющийся прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

Большое значение для прогноза психического развития ребенка будут иметь и индивидуальные особенности интеллекта, эмоционально-волевой сферы и личности ребенка в целом, а также своевременное начало специального обучения.

У слепого ребенка недоразвитие эмоциональной сферы связано с ограничением либо невозможностью восприятия таких выразительных средств, как взгляд, жест, мимика. Это, в свою очередь, усугубляет недоразвитие форм общения на ранних этапах развития ребенка.

Исследования патологии сенсорной сферы подтвердило предположение Л. С. Выготского о неравномерности развития аномального ребенка. Если у здорового ребенка гетерохрония является стимулом к образованию но-

вых функциональных систем, то у аномального ребенка с аномалией в сенсорной сфере наблюдается несоответствие в развитии отдельных систем, тормозящих общее развитие.

Такая характерная неравномерность развития имеется и у слепого ребенка. Если у здорового ребенка в основе игровых действий лежат хорошо знакомые предметы, то у слепого, по данным Л. Н. Солнцевой, игровые действия не несут в себе информации о конкретном предмете.

Бедность практического опыта, слабое развитие предметной моторики или относительно сохранной речи создает своеобразие игровой деятельности слепого ребенка, которая протекает в виде однообразно повторяющихся движений, но сопровождающаяся значительно более высоким уровнем протекания словесного действия. Разрыв между речью и действием не сокращается без специального обучения. Это является ярким примером асинхронии развития. Слепой ребенок сохраняет значительные возможности психофизического развития и возможность полноценного познания. Нормальная мыслительная деятельность слепого ребенка опирается на сохраненные анализаторы. У такого ребенка в условиях специального обучения формируются приемы и способы использования кожного, слухового, двигательного анализаторов, представляющих сенсорную основу, на которой развиваются психические процессы. Именно на этой основе развиваются высшие формы познавательной деятельности (внимание, мышление, речь, воссоздающее воображение, память), которые являются ведущими в процессе компенсации. Процессы компенсации у слепых детей наиболее эффективно протекают в сочетании с коррекционно-воспитательными мероприятиями по исправлению недостатков двигательных функций, ориентировке в пространстве.

Относительно большую группу по сравнению со слепыми составляют **слабовидящие дети** с остротой зрения на лучше видящем глазу при использовании очков от 0,05 до 0,4. Главное отличие слепых детей от слабовидящих в том, что зрение остается основным средством восприятия. Зрительный анализатор остается ведущим в учебном процессе, как и у нормально видящих детей, т. е. другие анализаторы не заменяют зрительных функций, как это происходит у слепых. Слабовидение все же оказывает заметное влияние на психологическое развитие ребенка: замедлены процессы запоминания, затруднены мыслительные операции, ограничены движения. Эта категория детей отличается особенностями поведения: они агрессивны и раздражительны, замкнуты. Такие особенности объясняются неудачами и трудностями в учебе, игре, общении со сверстниками. Слабовидящие дети нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания.

Значительная часть слабовидящих детей попадает в специальные школы после нескольких лет пребывания в массовой школе, где они испытывали различные трудности в учебной деятельности. В условиях обычного школьного режима у них может наступить перенапряжение зрения. Учитель начальных классов массовой школы должен своевременно распознать слабовидящего ребенка в классе и проконсультироваться со специалистом о целесо-

образности его дальнейшего обучения в массовой школе или направлении в специальное коррекционное учреждение.

Коррекционные учреждения III и IV видов обеспечивают обучение, воспитание, коррекцию первичных и вторичных отклонений в развитии у воспитанников с нарушениями зрения, развитие сохранных анализаторов, формирование коррекционно-компенсаторных навыков, способствующих социальной адаптации воспитанников в обществе.

В коррекционное учреждение III вида принимаются незрячие дети, а также дети с остаточным зрением (0.04 и ниже) и более высокой остротой зрения (0.08) при наличии сложных сочетаний нарушений зрительных функций с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте; общий срок обучения – 12 лет.

В коррекционное учреждение IV вида принимаются слабовидящие дети с остротой зрения от 0.05 до 0.4 на лучше видящем глазе. При этом учитывается состояние других зрительных функций (поле зрения, острота зрения для близи), форма и течение патологического процесса. Могут быть приняты дети с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях, при наличии астенических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии. Кроме того, в коррекционное учреждение IV вида принимаются дети с косоглазием и амблиопией, имеющие более высокую остроту зрения (выше 0.4), для продолжения лечения зрения.

2.3 ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Речь представляет собой очень сложную психическую деятельность, подразделяющуюся на различные виды и формы. Речь - специфически человеческая психическая функция, которую можно определить как процесс общения посредством языка.

Формируясь у ребенка по мере овладения языком, речь проходит несколько этапов развития, превращаясь в развернутую систему средств общения и опосредования различных психических процессов.

В качестве двух основных самостоятельных видов современная психология выделяет *экспрессивную* и *импрессивную* речь, которые характеризуются различным психологическим строением.

Экспрессивная речь – это высказывание с помощью языка, которое начинается с замысла (программы), затем проходит стадию внутренней речи и только затем переходит в стадию развернутого внешнего речевого высказывания (в виде устной речи или письма).

Импрессивная речь – это процесс понимания речевого высказывания (устного или письменного) – начинается с восприятия речевого сообщения (через слух или зрение), затем проходит стадию выделения информационных моментов и, наконец, завершается формированием во внутренней речи общей смысловой схемой сообщения и включением в определенный смысловой

контекст (собственно пониманием). С точки зрения лингвистики в речи могут быть выделены следующие единицы:

- ◆ фонемы (смыслоразличительные звуки речи);
- ◆ лексемы (слова или фразеологические словосочетания);
- ◆ семантические единицы (обобщения в виде системы слов, обозначающие понятия);
- ◆ предложения (сочетания слов, обозначающие определенную мысль);
- ◆ высказывания (законченные сообщения).

В целом можно выделить 4 самостоятельные формы речевой деятельности, две из которых относятся к экспрессивной речи, а именно: устная и письменная речь, а две к импрессивной – понимание устной речи и понимание письменной речи (чтение). Каждая из перечисленных форм речевой деятельности включает несколько речевых функций. Устная речь может быть монологическая и диалогическая. Письменная речь может быть самостоятельной или под диктовку; тогда это различные речевые функции, имеющие различное психологическое строение. Таким образом, речевая система - это целая совокупность речевых функций, объединенных в единое целое.

Все эти формы речи представляют собой сложную, но единую функциональную систему, обладающую многими характеристиками, отличающими ее от других функциональных систем. Сложность этой системы связана с тем, что каждая из 4 входящих в нее подсистем имеет определенную автономность и различные сроки формирования.

Изучением, предупреждением и коррекцией речевых нарушений занимается логопедия. Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, а также внешние условия окружающей среды.

В настоящее время в логопедии существуют две классификации речевых нарушений - клинико-педагогическая и психолого-педагогическая. Между этими классификациями нет противоречий, так как они как бы дополняют друг друга и отражают определенный подход к конкретному речевому нарушению и выбор соответствующих средств коррекции.

Все виды речевых нарушений, рассматриваемых в клинико-педагогической классификации, можно разделить на два больших типа:

1. Нарушения фонационного (голособразующего) оформления произносительной стороны речи.

2. Структурно-семантического системного нарушения речи. В зависимости от этого выделяются следующие виды нарушений:

1) *дисфония* – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония). Может быть обусловлена органическими и функциональными расстройствами голо-сообразующего механизма центрального или периферического характера и возникает на любом этапе развития ребенка;

2) *брадилалия* – патологически замедленный темп речи, может быть органической или функциональной по своей природе;

3) *тахилалия* – патологически ускоренный темп речи;

4) *заикание* (логоневроз) – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Являясь центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития в период перехода к фразовой речи и связано с резкой эмоционально-отрицательной реакцией ребенка на какой-либо внешний раздражитель. Способствует возникновению заикания недостаточная устойчивость нервной системы, иногда связанная с органическими поражениями мозга. Темпо-ритмическая сторона речи нарушается при заикании в связи с судорогами различных частей периферического речевого аппарата;

5) *дислалия* – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. У большинства детей звукопроизношение к 4 – 5 годам достигает языковой нормы. Однако в силу индивидуальных, социальных и патологических особенностей развития у некоторых детей возрастные несовершенства произношения звуков не исчезают, а принимают характер стойкого дефекта. По этиологическому признаку дислалию подразделяют на механическую (органическую), связанную с анатомическими дефектами артикуляционного аппарата, и функциональную;

б) *ринолалия* – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Сочетание расстройств артикуляции звуков с расстройствами тембра голоса позволяет отличить ринолалию от дислалии и ринофонии (нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи). При ринолалии механизм артикуляции, фонации и голосообразования имеет существенные отклонения от нормы и обусловлен нарушением участия носового и ротоглоточного резонаторов. Через расщелину в мягком и твердом небе воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа. Такую форму ринолалии называют открытой, в отличие от закрытой, которая проявляется при нарушении нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях, искривлениях носовой перегородки, хронических процессах носоглотки;

7) *дизартрия* – нарушение звукопроизносительной стороны речи, связанное с органическим поражением центральной нервной системы. При дизартрии страдает не только произношение, но и темп, выразительность, модуляция. Общими клиническими признаками дизартрии являются нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре и их подвижность в результате параличей и парезов. При тяжелой степени дизартрии (анатрии) полностью отсутствует произносительная сторона речи. Существует несколько видов дизартрии:

- ◆ псевдобульбарная дизартрия (повышенный мышечный тонус, ограниченность движений губ, языка, слюнотечение; речь смазанная, голос смодулированный);
- ◆ бульбарная дизартрия (к вышеописанным особенностям добавляется выраженная атрофия мышц языка и глотки);
- ◆ подкорковая дизартрия (характеризуется непроизвольно меняющимся мышечным тонусом в артикуляционной мускулатуре);
- ◆ мозжечковая дизартрия (имеет выраженную асинхронность артикуляции, голосообразования и дыхания, нарушение темпа и плавности речи).

Дизартрия нередко наблюдается у детей, страдающих церебральным параличом.

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

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи). Причинами, вызывающими нарушения формирования речи являются воспалительные, травматические поражения головного мозга; кровоизлияния в мозг, вследствие тяжелых и быстрых родов. В зависимости от преимущественной локализации поражения речевых областей больших полушарий головного мозга (центр Вернике, центр Брока) различают две формы алалии: моторную и сенсорную. Моторная алалия связана с нарушением деятельности речедвигательного анализатора, а сенсорная – с нарушением речеслухового.

Афазия – полная или частичная утрата ранее сформированной речи, связанная с локальными поражениями головного мозга (нижнелобной извилины или теменно-височно-затылочного отдела в доминантном полушарии) в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов и опухолей, сосудистых заболеваний и нарушений кровообращения. Механизм афазий сложен. В его основе лежит распад речевого стереотипа. В результате чего утрачиваются навыки произношения или возможности понимания чужой речи. В зависимости от преобладания тех или иных расстройств (навыков произношения или понимания обращенной речи) различают моторную (экспрессивную) сенсорную (импрессивную) афазии. Однако в настоящее время широко используется классификация, предложенная А. Р. Лурия, позволяющая выделить 7 форм афазии:

- 1) эфферентная моторная афазия;
- 2) афферентная моторная афазия;
- 3) динамическая афазия;
- 4) сенсорная афазия;
- 5) акустико-мнестическая афазия;
- 6) семантическая афазия;
- 7) амнестическая афазия.

Эта классификация характерна тем, что в нее заложен принцип вычленения механизма (фактора), лежащего в основе функциональной системы, обеспечивающей речь и синдромный анализ нарушения речи.

Нарушения письменной речи подразделяются на две группы в зависимости от того, какой вид ее нарушен - продуктивный (нарушение самого акта письма) или рецептивный (расстройство чтения).

1. *Дисграфия (аграфия)* – частичное специфическое расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звукослогового состава и структуры предложения. Письмо может нарушаться при поражении почти любого участка коры левого полушария мозга – заднелобных, нижнетеменных, височных и затылочных отделов. Каждая из этих зон коры обеспечивает определенное условие, необходимое для протекания акта письма. Лобные доли мозга обеспечивают общую организацию письма как сложной речевой деятельности.

2. *Дислексия (алексия)* – нарушение чтения, связанное с поражением или недоразвитием, в основном теменно-височно-затылочной области головного мозга. Проявляется в затруднении при распознавании и узнавании букв (эффект оптического восприятия), при слиянии букв в слоги и слогов в слова, что приводит к непониманию даже простейшего текста.

Для детей с тяжелыми речевыми нарушениями существуют коррекционные учреждения V вида, куда принимаются дети 7 – 12 лет с нормальным слухом и первично сохраненным интеллектом. Образовательные учреждения для детей с тяжелыми речевыми нарушениями речи имеют два отделения. В первое отделение принимаются дети с общим недоразвитием речи тяжелой степени: дети с алалией, афазией, дизартрией, ринолалией, а также имеющие общее недоразвитие речи в более легкой форме, но сопровождающееся заиканием. Во второе отделение принимаются дети, страдающие тяжелой формой заикания при нормальном развитии других компонентов речи.

Существует сеть дошкольных учреждений для детей с речевыми нарушениями. Кроме того, в настоящее время увеличивается сеть логопедических пунктов в общеобразовательных школах.

2.4 ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

Для осуществления двигательного акта необходимо, чтобы импульс из двигательной области коры беспрепятственно был проведен к мышце. При повреждении двигательного проводящего пути проведение импульса становится невозможным и соответствующая мускулатура оказывается нарушенной. Наиболее изучена структура двигательных расстройств при детском церебральном параличе. Причиной ДЦП бывают различные факторы. Наибольшее значение имеют органические поражения мозга в результате внутриутробных инфекций, интоксикаций, несовместимости крови матери и ребенка по групповой принадлежности или резус-фактору, асфиксии и внутри-

черепных кровоизлияний, недоношенности плода. Реже возникает заболевание на первом году в результате перенесенных менингоэнцефалитов. Ведущими в клинике детских церебральных параличей являются двигательные нарушения, которые характеризуются центральными параличами определенных групп мышц, расстройствами координации, гиперкинезами. Двигательные нарушения часто сочетаются с речевыми и психическими расстройствами.

Выделяются следующие формы ДЦП, специфика клинической картины которых в значительной мере обусловлена разным характером поражения.

1. *Спастическая диплегия* (болезнь Литтля) – тетрапарез, при котором характерны двигательные нарушения в верхних и нижних конечностях, причем больше страдают ноги. Эти расстройства обнаруживаются у детей уже в первые месяцы жизни ребенка. Так как при этом нарушении меньше страдают руки, то такие дети могут обслужить себя, овладеть письмом и рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития часто незначительны, и многие из таких детей могут обучаться в массовой школе.

2. *Двойная гемиплегия* характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, причем в руках больше, чем в ногах. Двигательные расстройства часто асимметричны из-за большой выраженности шейного тонического рефлекса на одной стороне. Дети не сидят и не ходят. Двойная гемиплегия – наиболее тяжелая форма детского паралича и диагностируется уже в период новорожденности. Интеллектуальное развитие таких детей на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности и даже идиотии.

3. *Атонически-астеническая форма* характеризуется парезами, выраженной мышечной недостаточностью. Дети долго не могут держать головку, сидеть, стоять, ходить. Реакция выпрямления и равновесия иногда отсутствует до 2-х – 3-х летнего возраста. Только при систематическом лечении к 3 – 5 годам дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

4. *Гиперкинетическая форма* характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований. Гиперкинезы – произвольные чрезмерные движения, которые сочетаются с параличами и парезами или могут выступать как самостоятельный вид расстройств. Они появляются после первого года жизни. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах, однако тяжелые двигательные и речевые нарушения затрудняют развитие ребенка, его обучение и социальную адаптацию.

У детей с церебральными параличами часто отмечается недостаточность целого ряда нервно-психических функций, в значительной мере связанная с поражением двигательной сферы. Сюда прежде всего относятся нарушения развития речи, в большей мере обусловленные дефектностью ее моторного компонента. Речевые нарушения у детей с ДЦП характеризуются задержкой речевого развития, различными формами дизартрии и моторной алалией. Задержка речевого развития отмечается уже с доречевого

периода: гуление и лепет появляются позднее, медленно накапливается активный словарь, нарушается формирование фразовой речи. У этой категории детей наиболее часто отмечается псевдобульбарная дизартрия. Моторная алалия приводит к недоразвитию всех сторон речи: фонематической, лексической, грамматической. При детских церебральных параличах довольно часто отмечается снижение слуха. Это приводит к нарушению произношения ряда звуков, отмечается недоразвитие фонематического слуха, что приводит к трудностям при обучении чтению и письму. Любое нарушение слухового восприятия может привести к задержке речевого развития, а в тяжелых случаях - к грубому недоразвитию речи.

В нарушении психического развития имеет значение и недостаточность пространственного гнозиса, связанная с поражением теменных отделов мозга. Эти дети имеют трудности в формировании восприятия формы, в соотношении элементов в пространстве, в правильном восприятии пропорции и перспективы. Кроме того, отмечается недоразвитие представлений о схеме собственного тела. Двигательная недостаточность обуславливает недоразвитие предметных действий. В дошкольном возрасте обращает внимание недоразвитие игровой деятельности. Позже страдает формирование школьных навыков: счета, письма и чтения. Трудности в усвоении математики в значительной мере обусловлены недостаточностью пространственных функций.

Тяжелые двигательные расстройства, нарушения ряда высших корковых функций, сопутствующие им явления психической истощаемости являются причиной задержки интеллектуального развития у многих детей с церебральными параличами. Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, склонности к колебаниям настроения, появлению страхов. Страх нередко возникает даже при простых тактильных раздражениях, при изменении положения тела, окружающей обстановки.

Детский церебральный паралич является удобной моделью для изучения роли дефицита двигательной сферы в формировании ряда отклонений развития личности.

В результате двигательных ограничений, накладываемых болезнью, ребенок живет и развивается в весьма ограниченном мире. Это препятствует формированию развития многих видов взаимодействий и взаимоотношений со сверстниками и взрослыми, что нередко приводит к формированию эгоцентрических установок, пассивности. При воспитании в семье отмеченные особенности могут усиливаться за счет гиперопеки, снижения требований к больному ребенку.

Обучение и воспитание детей с нарушениями двигательной сферы проводится в коррекционном учреждении VI вида с целью восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития детей, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практической деятельности

2.5 ДЕТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Массовые обследования неуспевающих учащихся общеобразовательных школ показали, что около половины составляют дети с ЗПР. Важно отметить, что в условиях массовой школы ребенок с ЗПР впервые начинает отчетливо осознавать свою несостоятельность, которая через неуспеваемость ведет к появлению и развитию чувства неполноценности, к попыткам личной компенсации в какой-либо другой сфере, чаще в различных формах нарушения поведения.

По особенностям учебной деятельности, характеру поведения, состоянию эмоционально-волевой сферы (явлений психической неустойчивости, аффективной возбудимости, расторможенности влечений), приводящей к школьной дезадаптации, дети с ЗПР значительно отличаются от нормально развивающихся сверстников и поэтому требуют адекватных коррекционных воздействий с целью наиболее полной компенсации дефектов развития.

Наиболее общие принципы работы с этой категорией детей следующие:

- ◆ осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку как на уроках общеобразовательного цикла, так и во время специальных занятий;
- ◆ предотвращать наступление утомления (чередование умственной и практической деятельности).
- ◆ в процессе обучения использовать только те методы, которые могут максимально активизировать познавательную деятельность детей, развивать их речь, формировать необходимые навыки учебной деятельности;
- ◆ предусмотреть в системе коррекционных мероприятий проведение подготовительных занятий (пропедевтический период) и обеспечить обогащение детей знаниями об окружающем мире;
- ◆ уделять на уроках и во внеурочное время постоянное внимание коррекции всех видов деятельности детей;
- ◆ проявлять особый педагогический такт – постоянно подмечать и поощрять малейшие успехи детей, развивать в них веру в собственные силы и возможности.

Для оказания квалифицированной психолого-педагогической помощи этой категории детей в системе образования организованы специальные коррекционные детские сады и специальные (коррекционные) образовательные учреждения VII вида, а при массовых общеобразовательных школах - коррекционные классы.

Коррекционное учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

1-я ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 3 – 5 лет);

2-я ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения 5 лет).

Прием детей в коррекционное учреждение VII осуществляется по заключению психолого-медико-педагогической комиссии (консультации ПМПК) с согласия родителей или законных представителей ребенка (опекунов): в подготовительный I – II-ые классы, в III-ий класс – в порядке исключения. При этом дети, начавшие обучение с 6-летнего возраста – в I-ый класс. Дети, ранее не обучавшиеся в общеобразовательном учреждении и показавшие недостаточную готовность к освоению общеобразовательных программ, принимаются с 7-летнего возраста в I класс коррекционного учреждения (нормативный срок освоения – 4 года); с 6-летнего возраста – в подготовительный класс (нормативный срок освоения – 5 лет).

По окончании начальной школы педагогический совет школы при участии медицинских работников рассматривает вопрос либо о переводе учащихся, успешно закончивших начальное обучение, в массовую общеобразовательную школу, либо в случае глубоких, стойких форм ЗПР – о продолжении обучения в данной специальной школе. В учебно-воспитательной работе для детей с ЗПР осуществляется принцип дифференцированного подхода на основе психолого-педагогического и клинического изучения ребенка, используются разнообразные методы и формы обучения, способствующие общему развитию детей и коррекции их познавательной деятельности.

В специальных коррекционных школах обучаются дети, имеющие задержку психического развития церебрально-органического генеза, связанного с нейродинамическими расстройствами и нарушениями аффективной сферы.

Дети с аномалиями развития: ЗПР конституционального, соматогенного и психогенного происхождения могут обучаться в общеобразовательной школе, желательно в специальных коррекционных классах, так как во всех этих вариантах задержанного развития прогноз в отношении познавательной деятельности относительно благоприятный.

Согласно положению об организации классов коррекционного обучения вопрос об открытии такого класса решается на педсовете школы и утверждается местными органами народного образования. Максимальное количество учащихся должно быть 16 – 20 человек. Состав класса по мере продвижения по ступеням обучения может меняться, так как дети могут переводиться в обычные классы. Класс формируется с первого года обучения. В него направляются дети с низким уровнем школьной зрелости, установленной на основании предшкольной диспансеризации. Решение о направлении ребенка в класс коррекционного обучения принимает школьная педагогическая комиссия: завуч по начальному образованию, школьный врач, психолог, дефектолог (логопед). В случае последующего выявления детей со стойкой аномалией развития они направляются на медико-педагогическую комиссию. Необходимо, чтобы для работы в классах коррекционного обучения привлекались педагоги-дефектологи или педагоги, прошедшие специальную подготовку для работы с этой категорией детей.

2.6 ПСИХИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ. УМСТВЕННО ОТСТАЛЫЕ ДЕТИ

В дефектологии термином «умственная отсталость» означает стойко выраженное снижение познавательной деятельности ребенка, возникающее на основе органического поражения центральной нервной системы.

В международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ–10) предполагаются общие ориентиры для оценки степеней умственной отсталости:

- ◆ легкая (коэффициент интеллекта от 50 до 69);
- ◆ средняя (коэффициент интеллекта от 35 до 49);
- ◆ тяжелая (коэффициент интеллекта от 20 до 34);
- ◆ глубокая (коэффициент интеллекта ниже 20).

Однако, как справедливо замечает В. В. Лебединский, для диагностики структуры дефекта этих данных недостаточно - необходим еще качественный анализ дефекта.

По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении, на основании тестов интеллекта (IQ=70 и ниже), традиционно подразделяются на три степени: идиотия (20 и ниже), имбецильность (35 – 50) и дебильность (50 – 70).

Идиотия – самая глубокая степень умственной отсталости. У таких детей почти отсутствует речь, окружающих они не узнают, выражение лица бессмысленное, внимание почти ничем не привлекается. Отмечается резкое снижение всех видов чувствительности. Ходить начинают поздно, движения плохо координированы. На чужую мимику и жестикуляцию не реагируют, неопытны в естественных отправлениях и неспособны к самообслуживанию. Иногда наблюдаются стереотипные движения – маятникообразные раскачивания головой или туловищем из стороны в сторону.

При идиотии средней и легкой степени отмечается умение смеяться и плакать, некоторое понимание чужой речи, мимики и жестикуляции. Их лексикон ограничен несколькими десятками слов.

Дети-идиоты не обучаются и находятся (с согласия родителей) в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых), а по достижении 18-летнего возраста они переходят в специальные дома- интернаты для инвалидов.

Имбецильность является более легкой по сравнению с идиотией степенью умственной отсталости. Дети этой категории обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Словарный запас крайне беден. Они понимают чужую речь, мимику и жестикуляцию в пределах их постоянного обихода. Наличие грубых дефектов восприятия, памяти, мышления, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже в специальной школе. В правовом отношении эти дети, так же как и идиоты, являются недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или

лиц, их заменяющих. В последнее время учеными-дефектологами для части этой категории детей, имеющих более легкую степень, разработана специальная программа, предусматривающая овладение навыками чтения, письма и счета, а также простейшими трудовыми навыками.

Дебильность – наиболее легкая степень умственной отсталости. Однако сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебилитов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы. У них нередко отмечаются дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, аграмматизма. Недоразвитие аналитико-синтетической функции высшей нервной деятельности и нарушение фонетического слуха вызывают большие трудности в овладении устной и письменной речью, навыками счета. Дифференцированная моторика развита недостаточно и в сочетании с физической ослабленностью и соматическими нарушениями, а также особенностями эмоционально-волевой сферы все это значительно ограничивает круг их последующей трудовой деятельности.

Основной контингент учащихся коррекционного учреждения VIII вида составляют умственно отсталые дети. Основной задачей данного учреждения является обучение и воспитание детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в обществе.

Ряд исследователей пытались классифицировать олигофрению по этиологическому принципу или локализации поражения.

Наиболее приемлемой для решения задач олигофренопедагогики считается классификация, разработанная известным отечественным дефектологом М. С. Певзнер. В основу этой классификации положен клинко-патогенетический подход. Клиническая картина олигофрении определяется особенностями патогенеза, который включает в себя сумму факторов и их взаимодействие: этиология, характер болезненного процесса, его распространение и время поражения (последнее имеет особое значение по отношению к детям).

Исходя из патогенеза, М. С. Певзнер выделяет четыре формы олигофрении.

Основная форма характеризуется диффузным, но относительно поверхностным поражением коры полушарий головного мозга при сохранности подкорковых образований и отсутствии изменений со стороны ликвообращения. Клинические исследования показывают, что у этой категории детей деятельность органов чувств грубо не нарушена: не отмечается грубых нарушений в эмоционально-волевой сфере, в двигательной сфере, речи. Эти особенности сочетаются с недоразвитием всей познавательной деятельности. Дети часто не осознают поставленной перед ними задачи и заменяют ее решение другими видами деятельности. Они не понимают основного смысла сюжетных картинок, не могут установить систему связей в серии последовательных картинок или понять рассказ со скрытым смыслом. Низкий уровень развития

абстрактного мышления особенно отчетливо проявляется при необходимости установления сложных систем причинно-следственных связей между предметами и явлениями.

Инертность и тугоподвижность мышления играют особую роль в возникновении основного симптома при олигофрении данной формы. Ряд коррекционно-воспитательных мероприятий, направленных на преодоление инертности, с самых ранних пор должен сыграть исключительную роль в стимуляции развития таких детей.

От основной формы олигофрении заметно отличается олигофрения с **выраженными нейродинамическими нарушениями**. Это быстро возбудимые, расторможенные, недисциплинированные дети с резким снижением работоспособности или крайне вялые и заторможенные. Это вызвано нарушением баланса между процессами возбуждения и процессами торможения в нервной системе.

В процессе школьного обучения выявляются трудности, возникающие за счет плохой фиксации детей на предлагаемом задании. В письме это пропуски, перестановки, персеверации, при устном счете - плохое и фрагментарное выполнение задания.

Специфическими чертами детей-олигофренов с преобладающим торможением являются вялость, медлительность, заторможенность в моторике, в характере познавательной деятельности, поведения в целом. Работая с такими детьми, целесообразно использовать приемы, которые способствуют повышению их активности. Детям следует постоянно помогать включаться в коллектив, в общую работу, давать задания, с которыми они наверняка могут справиться, стимулировать учебную деятельность, поощряя даже самые незначительные успехи. Правильно организованная учебно-воспитательная и лечебная работа позволяет этим детям достигать значительных успехов.

Среди детей-олигофренов есть дети, у которых наряду с недоразвитием сложных форм познавательной деятельности отмечается также и нарушенная речь. Специфической особенностью патогенеза этой формы является сочетание диффузного поражения с более глубокими поражениями в области речевых зон левого полушария.

У этих детей отмечается апраксия губ и языка. В дальнейшем страдает и сенсорная сторона речи. При достаточной остроте слуха эти дети не различают близкие по характеру звуки (фонемы), не могут выделить отдельные звуки из плавной речи, плохо дифференцируют сложные звуковые комплексы, т. е. имеют стойкое нарушение фонетико-фонематического слуха. Естественно, это ведет к нарушению звукобуквенного анализа, что, в свою очередь, сказывается на овладении грамотой и письменной речью.

Не меньшее значение имеют и те формы олигофрении, при которых диффузное поражение коры головного мозга сочетается с локальными поражениями в теменно-затылочной области левого полушария. В этих случаях клиническая картина олигофрении является крайне сложной, ибо она складывается из сочетания недоразвитого мышления с нарушением про-

странственного восприятия. При этой форме олигофрении дети испытывают значительные затруднения даже при осваивании простейших счетных операций.

Последнюю группу детей-олигофренов составляют дети, у которых на фоне недоразвития познавательной деятельности отчетливо выступает недоразвитие личности в целом. В этих случаях резко изменена вся система потребностей и навыков, присутствуют патологические наклонности. Основная патологическая особенность этого случая заключается в том, что диффузное поражение коры головного мозга сочетается с преимущественным недоразвитием лобных долей. При исследовании этих детей выявляется грубое своеобразное нарушение моторики: движения их неуклюжи, неловки, дети не могут себя обслужить. У некоторых отмечается столь резкое изменение походки, что можно говорить об апраксии ходьбы.

Движения плохо или почти не автоматизированы. Специфической особенностью этих детей является разрыв между произвольными и спонтанными движениями. Так, при полной невозможности выполнить какие-либо движения по инструкции, эти же движения дети могут выполнить спонтанно. Особенности моторики этих детей дают основания предполагать, что недоразвитие лобной коры, расположенной перед моторным полем и над подкорковыми двигательными узлами, приводит к нарушению организации движения на более высоком функциональном уровне. У этих детей также отмечаются своеобразные изменения поведения. Они некритичны, неадекватно оценивают ситуацию, лишены элементарных форм застенчивости, небидчивы. Поведение их лишено стойких мотивов. При полной сохранности сенсорной и моторной стороны речи у таких детей отмечается склонность к подражанию речи взрослых («резонерство»). Особенно нарушается регулирующая функция речи, которая играет важную роль в формировании и дифференциации мотивов, эмоционально-волевой сферы личности в целом.

В некоторых случаях при олигофрении выявляются такие формы, при которых имеет место сочетание общего интеллектуального недоразвития с выраженными **психопатическими формами поведения**. Это наиболее трудные в воспитательном плане дети. Грубые со сверстниками и старшими, недисциплинированные, нередко имеющие патологические влечения, они не умеют регулировать свое поведение общепринятыми морально-этическими нормами. Патогенетически эта форма олигофрении характеризуется сочетанием диффузного поражения коры полушарий головного мозга с наличием подкорковых очагов, что, как правило, подтверждается электроэнцефалографическими методами исследования.

2.7 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

Искаженность развития у аутичных детей может проявляться в парадоксальном сочетании, опережающем возрастные нормы, развития мыслительных операций и на их основе односторонних способностей (математиче-

ских, конструктивных и др.) и интересов и в то же время несостоятельности в практической жизни, в усвоении обыденных навыков, способов действий, особых трудностей в установлении взаимоотношений с окружающими.

Эти дети, в связи с ранним развитием «формально-логического мышления, высокой способности к абстракции проявляют готовность к неожиданным ситуациям и сопоставлениям, умственным изобретениям. Все это находит выражение в особого рода увлечениях, занятиях, интересах.

Обращает на себя внимание однообразный и односторонний характер увлечения этих детей: любят перечитывать одни и те же книги, коллекционировать однообразные предметы. По характеру и содержанию отношения этих увлечений к действительности можно выделить две группы:

- ◆ оторванность от действительности (сочинение бессмысленных стихов, «чтение» книг на непонятном языке);
- ◆ связанные с определенными сторонами действительности, направленные на продуктивную деятельность (интерес к математике, языкам, шахматам, музыке), что может привести к развитию способностей, но способностей узконаправленных, односторонних.

Недостаточная социальная направленность, порождаемая аутизмом, у этих детей проявляется в отсутствии интереса не только к ролевым играм, но и к просмотру кинофильмов и телепередач, отражающих межличностные отношения.

Детская активность, особенно в младшем школьном возрасте, пробуждает и поддерживает следование примеру и стремление к одобрению. Недостаточность развития этих сторон у детей-аутистов еще более усиливает и подчеркивает односторонний характер их интеллектуальных способностей.

Раннее развитие формально-логического мышления усиливает способность к абстракции и способствует безграничным возможностям для умственных упражнений, не ограниченных рамками социально значимых оценок.

При поступлении в школу у детей этой категории значительно затруднено формирование соответствующих мотивов учебной деятельности вследствие недостаточной направленности на общение и усвоение социальных норм. Особую трудность для этих детей составляет произвольная регуляция деятельности, направленная на общение. Здесь существенную роль играет эмоциональная регуляция собственного поведения, которая включает как эмоциональную оценку собственного поведения, так и эмоциональную оценку других людей.

С трудностями психологической перестройки ребенка в связи с поступлением его в школу связаны и частые обращения родителей и педагогов к врачам-специалистам о возможности обучения в массовой школе.

Вопрос о возможностях и формах обучения сложен, но нужно отметить, что индивидуальное обучение может быть рекомендовано только в исключительных случаях.

Психологические особенности аутичного ребенка требуют специальной программы коррекционной работы. В качестве примера можно отметить сле-

дующие этапы комплексной клинико-психолого-педагогической коррекции раннего детского аутизма:

1. Психологическая коррекция:

- а) установление контакта со взрослыми;
- б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов;
- в) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;
- г) формирование целенаправленного поведения;
- д) преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений.

2. Педагогическая коррекция раннего детского аутизма:

- а) формирование активного взаимодействия с педагогом;
- б) пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи, формирование навыков изобразительной деятельности). Медикаментозная коррекция раннего детского аутизма; поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия.

3. Работа с семьей:

- а) психотерапия членов семьи;
- б) ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка;
- в) составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях;
- г) обучение родителей методам воспитания аутичного ребенка.

2.8 ДИСГАРМОНИЧЕСКОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Длительное неблагоприятное воздействие психотравмирующих факторов на незрелый мозг ребенка может вести к необратимой перестройке его эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Биологические предпосылки в виде темперамента, определяющего силу, уравновешенность, подвижность психических процессов «составляют ту генетическую основу высшей нервной деятельности, на базе которой личность формируется именно под влиянием социальных условий. В детском возрасте основным социальным фактором, формирующим личность ребенка, является его воспитание и обучение. Ввиду незрелости эмоциональной сферы и личности ребенка в целом, его повышенной внушаемости неблагоприятные условия внешней среды, действующие достаточно длительное время, могут привести к стойкому изменению личности. В. В. Ковалев предлагает по отношению к данным аномалиям развития термин «психогенные патохарактерологические формирования личности». При этом отмечается в качестве фактора, предрасполагающего к патологическому формированию личности под влиянием неблагоприятной сферы, органическую церебральную недостаточность остаточного характера, акцентуацию характера, а также дисгармоническое протекание периода полового развития.

Выделяется два механизма формирования патохарактеро-логического развития:

◆ закрепление патологических реакции отказа, оппозиции, гиперкомпенсации, имитации и др., возникших в ответ на психотравмирующее воздействие, становясь впоследствии свойствами личности;

◆ непосредственное подкрепление отрицательными воздействиями тех или иных патологических черт характера (возбудимости, истеричности и т. д.).

Рассмотрим несколько подробнее те патохарактерологические реакции, которые при неблагоприятных социальных условиях могут перейти в психопатическое развитие. Это реакция отказа, протеста (оппозиции), имитации, компенсации и гиперкомпенсации; в подростковом возрасте, наряду с перечисленными, часто наблюдаются реакции эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения («патологические хобби»), реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением. По мнению А. Е. Личко, основными проявлениями патохарактерологических реакций в подростковом возрасте являются делинквентность (мелкие нарушения и проступки, не достигающие криминала), побеги из дома и бродяжничество, ранняя склонность к употреблению спиртных напитков, дурмящих веществ, суицидальное поведение.

В основе реакций протеста (оппозиции) лежит комплекс особо значимых субъективных переживаний (по поводу обиды, перенесенного унижения). Различают реакции активного и пассивного протеста. Патохарактерологические реакции активного протеста проявляются непослушанием, грубостью, агрессивностью, двигательным возбуждением. При наличии церебральной резидуально-органической недостаточности могут наступать состояния аффективного сужения сознания. Для реакций пассивного протеста характерны мутизм, суицидальное поведение, уходы из дома, рвоты, энурез. Меняется также поведение ребенка, он становится капризным, проявляет обиду и недовольство по отношению к тем людям, которые спровоцировали реакцию протеста.

Патохарактерологические реакции пассивного протеста могут проявляться в виде уходов из дома. Побег несет демонстративный характер, когда целью ребенка или подростка является завоевание внимания близких: ребенок представляет себе, как родители разыскивают его, винят себя в том, что вынудили его уйти из дома. Если целью побега является уход от психогенно-травмирующей ситуации, если ребенком движет стремление уйти от наказания, такой побег может быть назван импунитивным. Побег может стать поведенческим стереотипом, особенно часто это случается при неустойчивом типе психопатий и акцентуаций характера.

Побеги могут быть также проявлением патохарактерологических реакций другого типа - реакций эмансипации. В таких случаях ребенком или подростком движет стремление избавиться от опеки, покровительства и контроля родителей и воспитателей. При меньшей выраженности стремления к самоутверждению, реакции эмансипации проявляются в активном несогласии с

советами взрослых, критике их поведения. Реакции эмансипации у подростков мужского пола часто сочетаются с реакциями группирования со сверстниками. Последние проявляются стремлением подростков образовывать спонтанные группы, в которых устанавливаются неформальные отношения между лидерами и ведомыми.

Реакции группирования со сверстниками у подростков тесно связаны с реакциями имитации: имитируется поведение лидеров неформальной группы. Возникновение вредных привычек (курение, употребление спиртных напитков, одурманивающих веществ) и делинквентности у подростков часто связано с действием имитационных механизмов. Реакции имитации чаще являются характерологическими, но могут носить патологический характер. В результате переживания собственной неполноценности могут возникать реакции компенсации и гиперкомпенсации, которые проявляются в возникновении форм поведения, маскирующих ту или иную слабую сторону личности. При реакциях гиперкомпенсации защитная форма поведения носит гипертрофированный характер: наблюдаются компенсаторные игры, фантазии, иногда приводящие к оговорам и самооговорам. Эти проявления при реакциях гиперкомпенсации способствуют формированию патологической личности.

При анализе патохарактерологического формирования личности выделяют четыре основных варианта: аффективно возбудимый, тормозимый, истероидный, неустойчивый. Каждый из этих вариантов связан с определенными особенностями неблагоприятной среды.

Аффективно возбудимый – обусловлен неблагоприятной средой, в которой имеются длительные конфликтные ситуации, алкоголизм родителей, ссоры, агрессивность членов семьи друг к другу. В таких семьях у ребенка развиваются черты аффективной взрывчатости, склонность к разрядке раздражения, гнева, повышенная готовность к конфликтам. Эти черты формируются или как имитация аналогичного поведения взрослых, или как закрепление реакции протеста. Постепенное изменение темперамента характеризуется сдвигом настроения в сторону угрюмости, нередко злобности.

Истероидный вариант патологического развития личности чаще наблюдается у девочек и возникает в семьях, где ребенок воспитывается в изнеженной обстановке в условиях гиперопеки, неправомерно завышенной оценки его внешности и способностей (воспитание по типу «кумир семьи»). Однако этот вариант может также возникнуть и в семьях, имеющих длительную конфликтную ситуацию, как реакция протеста. Патологическое развитие личности **по варианту психической неустойчивости** обусловлено условиями, когда у ребенка не воспитывается чувство ответственности, способности преодолевать трудности. Черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы проявляются в виде импульсивности, внушаемости. По существу этот тип патологического развития личности является вариантом психогенного психического инфантилизма, одного из компонентов задержки психического развития.

Тормозимый вариант патологического развития личности чаще формируется в условиях такого типа гиперопеки, при котором авторитарность, деспотичность воспитания подавляют в ребенке самостоятельность, инициативу, делают его робким, обидчивым, а в дальнейшем – пассивным и неуверенным.

К тормозимому варианту по условиям возникновения и клинико-психологической структуре близко, так называемое, невротическое формирование личности, возникающее в тех случаях, когда психотравмирующая семейная ситуация приводит к развитию у ребенка невроза, а затем и формирования таких личностных черт, как боязливость, ипохондричность, склонность к страху и тревоге. Невротическое развитие личности легко возникает у соматически ослабленных детей при неблагоприятных средовых условиях.

Кроме того, нельзя не отметить и особый вид аномального психического развития – дисгармоническое протекание периода полового развития: как его ускорение, так и задержка. Эти аномалии развития могут быть обусловлены как генетическими особенностями, так и экзогенно обусловленной органической недостаточностью нервной системы. При наличии неблагоприятного окружения патологические черты, обусловленные отклонением темпа полового созревания, могут являться предпосылками для патологического развития личности с явлениями аффективной возбудимости, расторможенности влечений, асоциального поведения.

Контрольные вопросы к разделу II:

1. В чем состоит негативное влияние нарушений функций зрения и слуха на психические функции и познавательную деятельность в целом?
2. Какие пути и методы применяются при формировании речи у незлышащих детей?
3. Как нарушения двигательной сферы при ДЦП отражаются на развитии ребенка?
4. Каковы особенности развития личности детей с нарушениями речи? В какой психологической помощи они нуждаются?
5. В чем сущность личностной незрелости учащихся специальных учебных заведений VIII вида?
6. Какими факторами определяется структура специальной (коррекционной) общеобразовательной школы для умственно отсталых детей?
7. Основные подходы в организации учебного процесса для учебных заведений VII вида?
8. Опишите особенности индивидуального подхода к детям с ЗПР в условиях коррекционно – развивающего обучения.
9. Какова взаимосвязь педагогической запущенности, трудновоспитуемости и отклоняющегося поведения подростков?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астапов В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро – и патопсихологии. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 176 с.
2. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики / А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева; под ред. В.А. Сластенина. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 272 с.
3. Гилленбранд К. Коррекционная педагогика: Обучение трудных школьников / К. Гилленбранд; пер. с нем. Н.А. Горловой. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 240 с.
4. Карпунина О.И., Рябова Н.В. Специальная педагогика в опорных схемах. – М.: Изд – во НЦ ЭНАС, 2005. – 168 с.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.
6. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.

Позиция № 104
в плане издания
учебной литературы
МГУ на 2008 г.

Анна Владимировна Пилипенко

**КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА С ОСНОВАМИ
СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Учебное пособие

Печатается в авторской редакции с оригинал-макета

2,75 уч.-изд. л.
Тираж 150 экз.

Формат 60 × 84 ¹/₁₆
Заказ №

Отпечатано в типографии ИПК МГУ имени адмирала Г. И. Невельского
Владивосток, 59, ул. Верхнепортовая, 50а