



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

**Е.В. Исаева**

**ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ  
СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ**

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета  
в качестве учебно-методического пособия*

Магнитогорск  
2017

УДК 159.922.76  
ББК Ю948я73

**Рецензенты:**

учитель-логопед высшей квалификационной категории,  
заместитель директора по учебно-воспитательной работе,  
МОУ «С(К)ОШИ № 3» г. Магнитогорска

**Т. О. Белоусова**

кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры педагогики,  
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный  
технический университет им. Г.И. Носова»

**Т. Г. Неретина**

**Исаева Е. В.**

**Воспитание и обучение детей со сложными нарушениями развития** [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Елена Викторовна Исаева ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,09 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2017. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов очной и заочной формы обучения направления подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование» (степень бакалавр), профили «Дошкольная дефектология», «Специальная психология».

Разработанный учебно-методический материал составлен в соответствии с типовой программой дисциплины «Воспитание и обучение детей со сложными нарушениями развития». Тематическое содержание теоретической части учебно-методического пособия раскрывает уровневый подход к данной проблеме, представленный в исследованиях Жигоревой М.В., Левченко И.Ю.; позволяет сделать обзор специальной литературы по проблеме дифференциального диагностирования и преодоления разных вариантов сложного дизонтогенеза, овладеть категориально-терминологическим аппаратом курса.

Практическая часть пособия представляет собой перечень вопросов и заданий для студентов, выполнение которых позволит усвоить основные методы и приемы диагностики и абилитации детей с комплексными нарушениями развития.

Материал учебно-методического пособия может быть использован также работниками организаций образования, социальной защиты, здравоохранения, а также родителями детей с нарушениями развития.

УДК 159.922.76  
ББК Ю 948я73

© Исаева Е.В., 2017  
© ФГБОУ ВО «Магнитогорский  
государственный технический  
университет им. Г.И. Носова», 2017

## Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ .....	5
1. СОВРЕМЕННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ «СЛОЖНЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ».....	6
1.1. Научно-теоретические основы обучения детей со сложными нарушениями развития ....	6
1.1.1. Теория развивающего обучения.....	6
1.1.2. Учение Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта и его роль в развитии современных представлений о комплексном нарушении и принципах обучения .....	7
1.1.3. Теория П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий .....	12
1.1.4. Принцип деятельностного подхода .....	12
1.1.5. Положения А.И. Мещерякова об организации совместно-раздельной деятельности 13	
1.1.6. Выводы по теме «Научно-теоретические основы обучения детей со сложными нарушениями развития» .....	13
1.2. Определение понятия «комплексное (сложное) нарушение развития».....	14
1.2.1. Исторический контекст генезиса понятий «комплексное нарушение», «сложное нарушение» .....	14
1.2.2. Сущность понятий «сложное (комплексное) нарушение», «множественные нарушения» .....	15
1.2.3. Сущность понятия «осложненный дефект» .....	16
1.2.4. Основные группы детей с сочетанными нарушениями и значение их психолого-педагогического изучения .....	18
1.2.5. Выводы по теме.....	20
1.3. Этиология сложных нарушений развития .....	20
1.3.1. Нозологические варианты этиологии сложных нарушений.....	20
1.3.2. Методы исследования этиологии сложных (множественных) нарушений .....	21
1.3.3. Описание основных экзогенных причин сложных нарушений развития .....	22
1.3.4. Генетические и хромосомные заболевания и синдромы, обуславливающие сложные (множественные) нарушения развития .....	24
1.3.5. Выводы по теме.....	26
2. ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ (КОМПЛЕКСНЫМИ) НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ.....	27
2.1. Особенности развития детей при разных сочетаниях первичных нарушений .....	27
2.1.1. Дети с нарушением слуха и зрения (бисенсорным нарушением).....	27
2.1.2. Дети с нарушенным слухом и сниженным интеллектом.....	29
2.1.3. Дети с нарушениями зрения и интеллекта .....	31
2.1.4. Дети с нарушениями опорно-двигательной системы и интеллекта .....	32
2.1.5. Дети с комплексными нарушениями, сочетающими сенсорные, опорно-двигательные, интеллектуальные нарушения и речевые расстройства.....	34
2.1.6. Речевые нарушения первичного характера у детей с нарушениями слуха .....	38
2.1.7. Дети с детским церебральным параличом и нарушениями слуха .....	40
2.2. Методологические подходы к изучению развития детей с комплексными нарушениями. ....	42
2.2.1. Принципы диагностики нарушений развития при сложных дефектах .....	42
2.2.2. Медицинское обследование и анализ анамнестических данных .....	44
2.2.3. Основные показатели социального развития детей с комплексными нарушениями .	45
2.2.4. Выявление особенностей познавательной деятельности у детей с комплексными нарушениями .....	45
2.2.5. Логопедическое обследование детей с комплексными нарушениями .....	47

2.3. Уровневый подход к оценке развития детей с комплексными нарушениями .....	48
2.3.1. Обоснование уровневого подхода к оценке развития детей с комплексными нарушениями .....	48
2.3.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с комплексными нарушениями с I (низким) уровнем развития.....	49
2.3.3. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с комплексными нарушениями со II (средним) уровнем развития .....	51
2.3.4. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с комплексными нарушениями с III (выше среднего) уровнем развития.....	53
2.4. Закономерности психического развития детей с комплексными нарушениями .....	55
3. КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И.....	58
3.1. Комплексная модель психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями.....	58
3.2. Коррекционные технологии в системе психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития .....	64
3.2.1. Задачи и компоненты психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями .....	64
3.2.2. Алгоритм составления комплексной диагностической программы .....	65
3.2.3. Динамическое наблюдение за детьми в коррекционно-развивающем процессе .....	67
3.2.4. Организация и содержание коррекционных занятий.....	68
3.2.5. Обучение планированию своих действий («календарный метод»).....	69
3.2.6. Методы и приемы коррекционно-развивающей работы .....	71
3.2.7. Разработка индивидуальной коррекционной программы.....	72
4. КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ» .....	78
4.1. Вопросы к зачету .....	78
4.2. Итоговый тест .....	79
5. ИНФОРМАЦИОННО-СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ» .....	84
5.1. Схема-анкета для анализа сложной структуры комплексного нарушения .....	84
5.2. Показатели социально-психологического развития детей с комплексными нарушениями.....	84
6. ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ.....	89
7. БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	96

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Для обобщения и систематизации учебного материала дисциплины «Воспитание и обучение детей со сложными нарушениями развития» нами разработано учебное пособие для студентов очной и заочной форм обучения направления подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование» (степень бакалавр), профили «Дошкольная дефектология», «Специальная психология».

Представленный методический материал направлен на формирование у студентов основных представлений о детях со сложными нарушениями развития, особенностях развития детей с сочетанием нескольких первичных нарушений, об организационно-методических и содержательных основах психолого-педагогического сопровождения детей со сложными нарушениями. Дети, имеющие сочетания различных отклонений, встречаются практически во всех специальных учреждениях. В ряде научных публикаций и нормативных документов «сложное нарушение» обозначается как «комплексное нарушение», что дает основание рассматривать эти понятия как взаимозаменяемые. Сложность усвоения теоретического и практического материала данной дисциплины заключается в обширности и многоаспектности учебного материала, что обусловлено его междисциплинарным характером и многовариативностью проявлений сочетания нескольких первичных нарушений у ребенка, а также отсутствием достаточных научных и методических разработок по их изучению и оказанию им квалифицированной психолого-педагогической помощи.

Тематическое содержание теоретической части учебно-методического пособия раскрывает уровневый подход к изучению особенностей психического развития детей с комплексными нарушениями; позволяет сделать обзор специальной литературы по проблеме дифференциального диагностирования и преодоления нарушений развития, овладеть категориально-терминологическим аппаратом курса.

Практическая часть пособия представляет собой перечень вопросов и заданий для студентов, выполнение которых позволит усвоить основные прикладные аспекты специальной психологической помощи таким детям и их родителям, творчески подойти к вопросам организации диагностической и коррекционно-развивающей деятельности.

В пособии теоретически рассмотрен феномен сочетания нескольких первичных нарушений у ребенка и раскрыты понятия «сложное нарушение», «комплексное нарушение», «множественное нарушение», «сложная структура нарушения»; представлен психолого-педагогический инструментарий, позволяющий выявлять особенности индивидуально-психологического, речевого и социального развития детей с комплексными нарушениями; раскрыты основные организационно-содержательные аспекты коррекционной работы.

Структура пособия включает в себя содержание, введение, три главы теоретической и практической направленности, глоссарий и список рекомендуемой основной и дополнительной литературы.

Разработанное учебно-методическое пособие, имеющее теоретическую и практическую значимость для осуществления коррекционной работы с детьми, имеющими сложные нарушения, может быть полезным работникам организаций образования, социальной защиты, здравоохранения, а также родителями детей с нарушениями развития.

# 1. СОВРЕМЕННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ «СЛОЖНЫЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ»

План изучения раздела:

1.1 Научно-теоретические основы обучения детей со сложными нарушениями развития

1.2 Определение понятия «комплексное (сложное) нарушение развития»

1.3 Этиология сложных нарушений развития

Краткое содержание основных вопросов:

## 1.1. Научно-теоретические основы обучения детей со сложными нарушениями развития

### 1.1.1. Теория развивающего обучения

Дети с различными психическими, физическими отклонениями в развитии имеют свои специфические особенности, отличающие одну категорию детей от другой. Глубокие знания об особенностях развития детей различных групп помогают найти пути коррекционной работы с ними и способы компенсации недостатков их развития.

Среди множества научных теорий, так или иначе оказавших влияние на становление и развитие отечественного специального образования, особое место занимают положения, сформулированные Л.С. Выготским, которого по праву считают основателем современной дефектологической науки. Им сформулирован ряд теорий, получивших в дальнейшем свое развитие в работах его последователей А.Н. Леонтьева, В.В. Лебединского, Т.А. Власовой и М.С. Певзнер и др., что позволило создать концепцию современной системы образования и воспитания детей с различными отклонениями в развитии.

Среди этих теорий большую значимость представляет теория развивающего обучения, которая констатировала наличие различных уровней психического развития ребенка с нарушениями в психофизическом развитии – уровня актуального развития и зоны ближайшего развития. Теория развивающего обучения легла в основу принципа организации коррекционно-педагогического процесса в специальном образовании – принципа развивающего обучения, основанного на положении Л.С. Выготского о ведущей роли обучения в развитии ребенка и формировании зоны его ближайшего развития. Исследуя, что ребенок способен выполнить самостоятельно, мы исследуем развитие вчерашнего дня. Исследуя, что ребенок способен выполнить в сотрудничестве, мы определяем развитие завтрашнего дня. То самое, что ребенок может сейчас выполнять лишь в сотрудничестве, а завтра уже самостоятельно – это и есть знаменитая зона ближайшего развития. Обучение, по утверждению Л.С. Выготского, должно быть ориентировано не на уровень актуального развития, а на зону ближайшего развития.

Выявление зоны ближайшего развития может осуществляться посредством 3 основных видов помощи – стимулирующей, направляющей и обучающей. Стимулирующая помощь используется в условиях низкого познавательного интереса ребенка, недостаточной произвольности поведения при выполнении учебного задания, сниженной способностью удерживать цель и организовывать свою деятельность. Направляющая помощь предъясняется в связи с несовершенством владения средствами и способами деятельности ребенка, сниженной способности планировать последовательность выполняемых действий. Обучающая помощь применяется в ситуациях, когда предыдущие виды помощи не оказались достаточными для продуктивного выполнения ребенком учебного задания. Данный вид помощи может предъясняться в виде показа педагогом образца действия. Стимулирующая помощь является наименьшей дозой помощи ребенку, обучающая – наибольшей.

Учет уровней развития в обучении ребенка путем их выявления и закономерного предъяснения различных «доз» помощи позволяет реализовать и принцип индивидуализации обучения, поскольку при фронтальном обучении достаточно разнородной по уровню психи-

ческого развития группы детей педагогом могут предъявляться однородные по характеру задания с различной степенью помощи ребенку.

### ***1.1.2. Учение Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта и его роль в развитии современных представлений о комплексном нарушении и принципах обучения***

Другая теория Л.С. Выготского, заслуживающая особого внимания и реализующаяся сугубо в условиях специального образования – теория о структуре дефекта, без учета которой сегодня не мыслится современный коррекционно-педагогический процесс в специальном образовательном учреждении любого типа.

На современном этапе развития специальной психологии обозначилась тенденция более внимательного, более тщательного изучения и анализа структуры сложного дефекта с целью выявления, описания и систематизации особенностей психического развития детей, имеющих различные сочетания нарушений. Понимание психического и личностного развития детей со сложными нарушениями лежит в основе разработки системы психолого-педагогической помощи таким детям. Одним из важнейших и первоочередных условий эффективности в научно-практической разработке проблемы помощи детям со сложным дефектом является системный анализ сложного (комплексного) нарушения, который опирается на теоретико-методологическое учение о сложной структуре аномального развития.

Психика человека формируется и функционирует как единая, сложная система, в которой все составляющие звенья теснейшим образом взаимосвязаны друг с другом. В основе предлагаемых нами взглядов на становление психики ребенка с отклонениями в развитии, лежат закономерности развития психики детей, описанные Л.С. Выготским в учении о сложной структуре аномального развития. Согласно его взглядам, наличие дефекта какой-либо одной функциональной системы не вызывает изолированного выпадения данной функции, а приводит к целому ряду взаимосвязанных отклонений, определяющих в своей совокупности целостную картину атипичного, своеобразного развития.

Сложность структуры аномального развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникших как следствие первичного. В структуре аномального развития всегда также присутствуют сохраняемые функции, являющиеся основой для коррекции. В своем учении Л.С. Выготский обращает внимание на то, что первичные и вторичные нарушения находятся во взаимодействии и соотношении, что и определяет своеобразие развития аномального ребенка.

Процесс развития детей, имеющих нарушения, может быть всесторонне раскрыт только на основе учета детерминированности (обусловленности) всех явлений, характеризующих аномальное развитие под влиянием того или иного вредного фактора. При этом важным является не только выявление характера первичного дефекта, но и анализ механизма и закономерностей его влияния на появление вторичных отклонений в психическом развитии, которые в свою очередь определяют последующее своеобразие психического развития ребенка.

Л.С. Выготский утверждал, что задача коррекционного педагога заключается не в лечении или ослаблении первичного дефекта, а в коррекции и предупреждении вторичных дефектов. Л.С. Выготским выделена следующая закономерность – чем дальше отстоит в иерархической последовательности возникновения вторичный дефект от первичного, тем легче он поддается коррекции. Так, работа по обогащению словарного запаса неслышающего ребенка имеет большую продуктивность, чем коррекция его звукопроизношения, развитие наглядных форм мышления ребенка с умственной отсталостью будет иметь больший эффект, чем формирование его словесно-логического мышления, нарушение которого является прямым следствием недостаточности аналитико-синтетической деятельности головного мозга. Теория о структуре дефекта легла в основу принципа коррекционной педагогики об учете соотношения первичного нарушения и вторичных отклонений ребенка. При этом важно учитывать и механизм возникновения вторичных нарушений.

Первостепенное значение также имеет время возникновения дефекта. Ранняя патология обуславливает большую выраженность вторичных отклонений, что существенно нарушает весь дальнейший ход психического развития ребенка. Например, глухота, возникшая в раннем возрасте, влечет за собой отсутствие или недоразвитие речи, в то время как у детей с глухотой, приобретенной в более старшем возрасте, отсутствие или недоразвитие речи не наблюдается.

Другим значимым фактором, определяющим своеобразие психического развития ребенка с нарушением, является степень выраженности дефекта. Чем глубже и выраженнее первичный дефект, тем сильнее проявления вторичных отклонений.

Структура нарушения развития детей также зависит от влияния социальных факторов, в том числе от условий воспитания, в которых формируется психика и личность ребенка с отклонениями в развитии. Неблагоприятные условия воспитания могут усилить патологические явления, и наоборот, положительное социальное воздействие в определенной степени предупреждает появление или уменьшает степень выраженности последствий первичного нарушения, способствует преодолению имеющихся отклонений в развитии.

Системный анализ нарушенного психического развития предполагает не только выявление, учет и определение соотношения нарушенных функций, но и анализ сохранных функций, компенсаторных возможностей, на которые и необходимо опираться в первую очередь при определении содержания и организации коррекционно-развивающего обучения.

Опираясь на эти положения, можно сделать вывод о том, что психические или физические нарушения, наблюдаемые у ребенка, принадлежащего к той или иной группе детей с отклонениями в развитии, имеют сложную структуру.

Проблемы в развитии ребенка могут быть обусловлены множеством факторов, которые можно рассматривать с различных позиций: этиологии; времени возникновения нарушения — внутриутробное развитие (пренатальный период), период родовой деятельности (натальный), после рождения (постнатальный период); степени выраженности и тяжести нарушения, вызванного как органическими (поражение ЦНС), так и функциональными (социально-педагогическая запущенность, эмоциональная депривация) причинами.

Для обоснования медицинских и психолого-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию нарушенных функций, необходимо произвести медико-психологический анализ структуры дефекта и причин, вызвавших нарушение, определить степень его тяжести. Для системного анализа особенностей становления психики детей с отклонениями в развитии могут использоваться графические схемы, упрощенно отражающие взаимосвязь и соотношение между первичным, ведущим, вторичными и третичными нарушениями. Представим несколько вариантов подобных структур (см. рис. 1-4).



Рис. 1. Структура дефекта при нарушении слуха



Рис. 2. Структура дефекта при ДЦП



Рис. 3. Структура дефекта при нарушении зрения

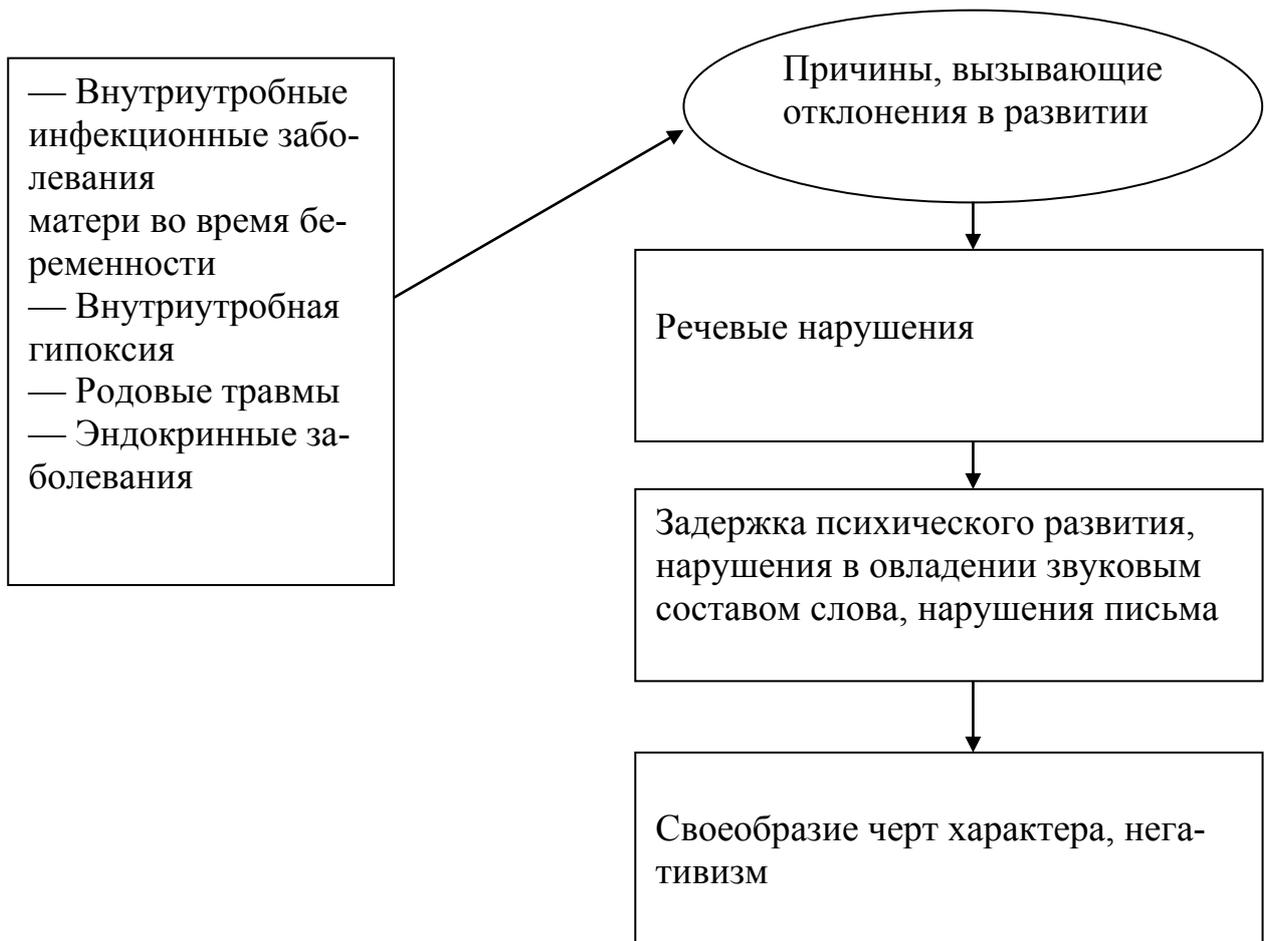


Рис. 4. Структура дефекта при нарушении речи

### ***1.1.3. Теория П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий***

Большую роль для становления коррекционной педагогики сыграла теория П.Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий, которая учитывается практически при построении всех программ коррекционной работы с детьми, имеющими какие-либо нарушения психофизического развития. Согласно данной теории, любое усваиваемое ребенком действие имеет первоначально развернутую форму и осуществляется в плане предметных действий и при прямой помощи взрослого. По мере того как ребенок научается выполнять его самостоятельно, действие приобретает все более обобщенный характер, сокращается и переходит в умственный план. На этом этапе можно квалифицировать это действие как интериоризированное, а значит усвоенное. Данная теория обосновала необходимость включения в дидактику коррекционной работы соответствующего принципа – принципа поэтапного формирования умственной деятельности. Кроме того, теория поэтапного формирования позволяет говорить о трех общеинтеллектуальных умениях, составляющих иерархическую структуру любой познавательной деятельности – перцептивной, мнемической, мыслительной, которые следует формировать в процессе коррекционного обучения детей с особыми образовательными потребностями. К этим действиям относится ориентировка в задании, планирование и контроль.

### ***1.1.4. Принцип деятельностного подхода***

Немаловажное значение для коррекционной педагогики имеет теория о деятельности, учет которой привел к формулированию такого принципа, как принцип деятельностного подхода. Согласно А.Н. Леонтьеву, любая деятельность (учебная, трудовая, умственная и др.) имеет сложную структуру. В ее состав включены мотивационный, ориентировочный,

операциональный и контрольно-оценочный компоненты. У детей с особыми образовательными потребностями имеется недостаточность одной или более указанных подструктур. Так, им может быть характерен низкий уровень мотивации деятельности, проявляющийся в отсутствии познавательного интереса к выполняемой деятельности или неустойчивости этого интереса. В области операционального компонента может наблюдаться несформированность способов и средств решения задачи, их конкретный (у детей с умственной отсталостью, или, напротив, излишне обобщенный (у детей с нарушениями зрения) характер. У детей с различными психофизическими нарушениями может наблюдаться полная или частичная неспособность к самоконтролю и самокоррекции выполняемых действий, что может выражаться в не критическом отношении к результатам своей деятельности или уходе от поставленной задачи. Поэтому, в процессе коррекционно-педагогической работы следует детально формировать каждое действие, а затем производить «укрупнение» единиц деятельности, т.е. включать уже усвоенные действия в более сложные по структуре действия, составляющие деятельность. Так, действие количественного счета только после его полного усвоения включается в действие сложения и вычитания, последняя включается в деятельность по решению арифметических задач и т.д.

#### ***1.1.5. Положения А.И. Мещерякова об организации совместно-раздельной деятельности***

Важнейшее положение об организации совместно-разделенной деятельности обучающего и обучаемого было сформулировано А.И. Мещеряковым при разработке системы коррекционной и реабилитационной помощи слепоглухим детям. Данное положение целесообразно спроецировать на процесс обучения и воспитания ребенка с другими типами дизонтогенеза – нарушениями интеллекта, двигательной сферы, речи. Именно в процессе совместных действий взрослого и ребенка у последнего активно формируются первоначально простейшие, а затем все более сложные навыки. А.И. Мещеряков утверждал, что в начале формирования умения необходимо ориентироваться на малейшие проявления активности ребенка, «...помощь взрослого должна быть строго дозирована – она не должна быть так велика, чтобы ребенок совсем отказался от самостоятельности, и достаточно велика, чтобы был достигнут нужный результат». Как замечает автор, ребенок овладевает действием поэтапно, в начале обучения ребенка навыку все действия взрослый совершает сам – на этом этапе действия еще нет, поскольку все действие совершается обучающим лицом. Затем ребенок побуждается к первой активности, выполняет отдельные доступные для него операции – здесь действие становится совместным и разделенным между взрослым и ребенком. Постепенно часть действия, выполняемая взрослым, становится все меньше, а часть, выполняемая ребенком, при возрастании его активности в совместной деятельности, – все больше. При этом педагогу важно построить обучение таким образом, чтобы мера трудности каждой последующей задачи возрастала.

По данной схеме можно обеспечить усвоение ребенком с нарушенным развитием любого действия, как предметного, так и умственного.

#### ***1.1.6. Выводы по теме «Научно-теоретические основы обучения детей со сложными нарушениями развития»***

Таким образом, теоретическое положение о сложной структуре аномального развития существенно конкретизирует и уточняет общее понимание нарушения развития. Основываясь на этом, мы можем сказать, что психические или физические нарушения, наблюдаемые у ребенка, имеют сложную структуру. Каждый вид аномального развития характеризуется системным проявлением, в котором выделяются первичные и вторичные отклонения; знание и учет принципов обучения, опирающихся на важнейшие методологические подходы к развитию психики в норме и патологии, позволят коррекционному педагогу определить основные

направления коррекционного воздействия и прогнозировать результат социализации и адаптации детей со сложными нарушениями развития.

*Для самоконтроля по теме необходимо ответить на следующие вопросы:*

1. Чем отличается структура изолированного нарушения от структуры сложного дефекта развития?
2. Что, в первую очередь, необходимо учитывать при определении зоны ближайшего развития ребенка?
3. Какими факторами обусловлены проблемы в развитии ребенка?
4. В чем проявляется недостаточность разных видов деятельности у детей с особыми образовательными потребностями?
5. В чем заключается совместно-разделенная деятельность обучающего и обучаемого, сформулированная А.И. Мещеряковым?

## **1.2. Определение понятия «комплексное (сложное) нарушение развития»**

### **1.2.1. Исторический контекст генезиса понятий «комплексное нарушение», «сложное нарушение»**

Практика показывает, что среди детей, имеющих отклонения в развитии, выделяется группа детей, которых нельзя отнести ни к одной из известных групп, так как у них имеет место сочетание различных нарушений первичного характера. В этом случае имеем дело со сложными нарушениями в развитии.

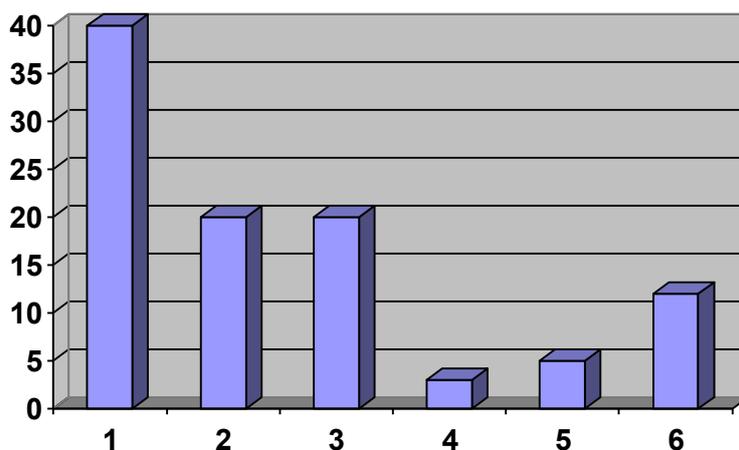


Рис. 5. Процентное соотношение между различными категориями отклонений в развитии трудности обучения; 2- нарушения интеллекта; 3- нарушения речи; 4- нарушения зрения (слепые); 5 – нарушения слуха; 6 – сложные нарушения

Полагают, что дети со сложными нарушениями развития – это редкая, статистически малозначимая группа детей с отклоняющимся развитием. Между тем по данным Н.М. Назаровой, основанных на международных исследованиях и наблюдениях дефектологов-практиков, эти дети составляют в среднем до 40% контингента специальных образовательных учреждений.

Сложный дефект – сочетание двух и более подтвержденных физических и (или) психических нарушений развития у одного ребенка, которое представляет собой не просто сумму дефектов, а является качественно своеобразным и имеет особую структуру, отличную от его составляющих. Дети со сложным нарушением – особая группа «особых» детей, в которой выделяются следующие варианты: умственно отсталые слепые и слабовидящие; умственно отсталые глухие и слабослышащие; глухие слабовидящие; слепоглухие; глухие и слабослышащие с нарушением опорно-двигательного аппарата и др. Сочетание дефектов искажает

психофизическое, социальное развитие этих детей в значительно большей степени, чем аномальных детей других групп. Их обучение и воспитание осуществляются в специальных учебно-воспитательных учреждениях, куда они направляются на основании заключения о степени выраженности того или другого дефекта. Употреблявшийся ранее в качестве синонима термин «комбинированный дефект» в настоящее время признан недостаточно отражающим специфику аномального развития данной категории детей и поэтому исключен из употребления.

Как мы уже упоминали, в современной специальной педагогике и специальной психологии повышенное внимание к категории детей с комплексными нарушениями развития можно объяснить возрастающим их количеством, а также отсутствием разработок по оказанию им квалифицированной помощи. Дети, имеющие различные сочетания отклонений в развитии, встречаются практически во всех специальных учреждениях, часть из них до настоящего времени была исключена из образовательного процесса. Сегодня идет процесс активной интеграции этих детей в специальные и массовые учреждения.

Вопрос о комплексных нарушениях целесообразно рассматривать в контексте основных теоретических положений о сложной структуре аномального развития, выдвинутых Л.С. Выготским, анализ которых представлен выше. Рассматривая генезис понятий «комплексное нарушение», «сложное нарушение» в историческом контексте, необходимо отметить, что в исследованиях М.Г. Блюминой, В.И. Лубовского, Е.М. Мастюковой, Т.В. Розановой, Б.П. Пузанова, В.Н. Чулкова эти понятия обозначаются, как «сложный дефект», где доминантой выступает наличие двух и более первичных нарушений у ребенка, вызванных одновременным поражением нескольких функциональных систем организма, в сочетании с поражением мозговых структур. При этом каждое из них существует в этом комплексе с характерными для него вторичными расстройствами, что чрезвычайно усложняет общую структуру дефекта, затрудняет его компенсацию, соответственно отражается на психическом развитии детей данной группы и вызывает трудности социальной адаптации. В настоящее время в нормативных документах и специальной литературе (Федеральный государственный стандарт общего образования лиц сограниченными возможностями здоровья, 2015; Дефектологический словарь, 2010) используются такие понятия, как «сложные недостатки развития», «сложное нарушение», «сложное комплексное нарушение», что подразумевает одновременно несколько выраженных органических нарушений. Т.А. Басилова справедливо указывает, что в настоящее время не установлена единая терминология, одни и те же нарушения могут быть названы и сложными, и комплексными, и множественными. Вместе с тем она уточняет такие понятия, как «изолированное (единичное)» и «сложное (множественное)» нарушения. Единичное нарушение — это нарушение какой-то одной системы организма, например, нарушение только зрения или только слуха.

### ***1.2.2. Сущность понятий «сложное (комплексное) нарушение», «множественные нарушения»***

Проведенный анализ показал, что ряд теоретических построений относительно понимания сущности «сложного нарушения», «комплексного нарушения», «множественного нарушения» можно взять за основу современного научного определения понятия. К сложным (комплексным) нарушениям относятся такие, которые представлены несколькими первичными нарушениями, каждое из которых, будучи взятым отдельно, определило бы характер и структуру аномального развития; все составные элементы комплексного нарушения находятся во взаимодействии и имеют отрицательный кумулятивный эффект. К множественным нарушениям относятся такие, при которых у ребенка одновременно существуют три и более первичных нарушения, причем каждое имеет отрицательные последствия, усугубляющие отклонения в развитии ребенка, например: умственно отсталые слепоглухие.

На рис. 6 наглядно представлена структура комплексного (сложного) нарушения при слепоглухоте.



Рис.6. Структура комплексного (сложного) нарушения при слепоглухоте

Сочетание первичных нарушений оказывает многообразное воздействие друг на друга, ведет к взаимному усилению, следствием этого становятся более выраженные качественные и количественные отрицательные последствия.

Психическое развитие детей со сложными (комплексными) нарушениями происходит в особых условиях восприятия внешнего мира и взаимодействия с ним. Дефицитарность информационных каналов становится тормозящим фактором, задерживающим все возможные формы развития детей. Сочетание первичных нарушений приводит к отставанию в развитии мышления, внимания, памяти, восприятия, это в целом негативно отражается на функционировании познавательной системы ребенка. Повышенная истощаемость всех психических процессов выражается в низкой работоспособности, утомляемости, эмоциональной лабильности, что приводит к негативным особенностям в личностном развитии.

### 1.2.3. Сущность понятия «осложненный дефект»

В ряде случаев может иметь место осложненный дефект, и бывает трудно дать однозначный диагноз отклонениям в развитии, установить структуру дефекта. Это происходит тогда, когда патология неярко выражена, а аномалии в развитии имеют негрубые формы. При осложненном дефекте, как отмечает Е.М. Мастюкова, необходимо выделение ведущего

дефекта и осложняющих его нарушений. При многих формах аномального развития (интеллектуальных нарушениях, задержках психического развития) могут наблюдаться двигательные нарушения, нередко в виде отдельных нерезко выраженных симптомов, типичных для детского церебрального паралича, проявляющихся в изменениях мышечного тонуса, нарушениях равновесия, неловкости движений. Особую структуру аномальное развитие приобретает при осложнении его различными неврологическими и психопатологическими синдромами. Например: недоразвитие речи, осложненное гипертензионно - гидроцефальным, судорожным синдромом или синдромом двигательной расторможенности, аффективной возбудимости, аутистическими чертами личности. Среди детей с речевыми нарушениями выявлена достаточно большая группа детей с особой структурой дефекта, обусловленной сочетанием дисфункции речевой системы с незначительным снижением периферического слуха, которое может иметь стойкий или нестойкий характер (временное нарушение слуховой функции, возникающее при острых воспалительных процессах в ушах и носоглотке) (Е.Л. Черкасова).

Таким образом, осложненным является такой дефект, при котором имеет место несколько первичных нарушений, но одно из них является основным, ведущим, определяющим структуру аномального развития, то есть имеет вторичные отклонения, в то время как другие первичные нарушения подобной структуры не имеют в силу того, что они нерезко выражены или компенсируются, а потому не имеют последствий, однако оказывают влияние на основной ведущий дефект.

Схема на рис. 7 иллюстрирует это положение: знак *Z* в правой колонке означает, что обозначенный дефект хотя и влияет на общую картину развития, но выражен нерезко и не имеет вторичных расстройств.



Рис. 7. Структура осложненного дефекта

При наличии осложненного дефекта профиль специального дошкольного и школьного учреждения определяется по структуре ведущего (основного) дефекта, но при этом требуется индивидуализация в процессе обучения и воспитания, а также специальная коррекционная программа, учитывающая сочетание основного и сопутствующего нарушений, кроме того, часто необходимо специальное лечение.

#### ***1.2.4. Основные группы детей с сочетанными нарушениями и значение их психолого-педагогического изучения***

В зависимости от структуры нарушения дети сочетанными нарушениями разделяются на три основные группы:

1). Дети с двумя выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать значимое отклонение в развитии: слепоглухие, умственно отсталые глухие, умственно отсталые слепые и др. – «сложный (комплексный) дефект»;

2). Дети, которые имеют выраженное психофизическое нарушение (ведущее) и сопутствующее ему другое нарушение, выраженное в слабой степени, но заметно влияющее на ход развития: слепые с незначительными двигательными нарушениями, умственно отсталые с нарушением речи (заикание, ринолалия, дизартрия), умственно отсталые с нарушением слуха и др. – «осложненный дефект»;

3). Дети, у которых имеются три и более нарушений (первичных), выраженных в разной степени, часто все в достаточно тяжелой, и приводящих к значительным отклонениям в развитии: умственно отсталые слабовидящие глухие дети, дети с аутизмом, слепотой и двигательными нарушениями (первичными) и др. сочетания – «множественные нарушения». К этой группе можно отнести и сочетание у одного ребенка целого ряда небольших нарушений, которые имеют отрицательный кумулятивный эффект, например при сочетании небольших нарушений моторики, слуха, зрения у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи и задержка психосоциального развития.

Основные группы детей с сочетанными нарушениями представлены на рис. 8



Рис. 8 Основные группы детей с сочетанными нарушениям

### **1.2.5. Выводы по теме**

Уточнение дефиниции понятий «сложное (комплексное) нарушение», «множественное нарушение», «сложная структура нарушения», «осложненное нарушение» в современной профессиональной лексике позволяет раскрыть характерные особенности детей, имеющих сочетания различных нарушений. Обучение и воспитание детей со сложными нарушениями представляет собой достаточно малоизученную и труднейшую проблему специальной педагогики. До недавнего времени в нашей стране многим из таких детей вообще невозможно было представить какой-либо реальной педагогической помощи, так как они считались необучаемыми. Однако за последнее десятилетие положение существенно изменилось. На первый план выдвигается практическая потребность поиска путей организации и оптимизации системы специального обучения и развития детей данной группы, выражающейся в адекватном выборе содержания, методов, средств и форм работы, в дифференцированном подходе к детям, создании индивидуальных программ, технологий и оптимальных условий развития и обучения.

**Для самоконтроля по теме «Определение понятия «комплексное (сложное) нарушение развития» необходимо ответить на следующие вопросы:**

1. Какие выделяются основные группы детей с сочетанными нарушениями?
2. Как при наличии осложненного дефекта определяется профиль специального дошкольного и школьного учреждения?
3. Что понимается под осложненным дефектом?
4. Какие нарушения относятся к множественным нарушениями развития?

## **1.3. Этиология сложных нарушений развития**

### **1.3.1. Нозологические варианты этиологии сложных нарушений**

Высокий уровень современных технологий изучения детей с отклонениями в развитии позволяет выделить большое количество различных видов сложных и множественных нарушений, в которых могут сочетаться первичные сенсорные, двигательные, речевые, эмоциональные нарушения, а также сочетания этих дефектов с умственной отсталостью разной степени (Т.В. Розанова). Особое место на ступени первичного обследования ребенка занимает скрининг-диагностика, которая направлена на выявление наличия отклонений в психофизическом развитии. Тщательное скрининговое медицинское обследование позволяет получить данные о структуре нарушения развития, а также установить причины, вызвавшие поражение того или иного анализатора или сразу нескольких систем. Нередко ошибкам диагностики способствует позднее установление причины нарушения развития (основного заболевания) у ребенка, которая, будь она установлена своевременно, могла бы насторожить врача в отношении возможности поражения сразу нескольких функций.

Среди причин, обуславливающих сложные (комплексные) нарушения, также как и при установлении причин единичных нарушений, выделяют биологические факторы (эндогенного или экзогенного характера). В случае сложного нарушения, когда у ребенка имеется два первичных дефекта, можно выделить несколько нозологических вариантов:

- 1). Один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение;
- 2). Оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга;
- 3). Оба дефекта обусловлены разными экзогенными факторами, действующими независимо;
- 4). Оба дефекта представляют собой симптомы одного и того же наследственного синдрома или заболевания;
- 5). Оба дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

По времени возникновения в группе сложных дефектов преобладают врожденные формы патологии, имеющие в большинстве случаев генетическое происхождение. Также встречаются хромосомные синдромы как виды сложных нарушений. Классический пример такого сложного нарушения – развитие ребенка с синдромом Дауна (трисомия 21 пары хромосомы). Кроме умственной отсталости разной степени выраженности у детей с этим синдромом в 70% случаев имеется нарушение слуха, и в 40% - выраженный дефект зрения, почти 30% детей с синдромом Дауна имеют бисенсорный дефект в сочетании с умственной отсталостью.

В практике встречаются и приобретенные формы сложных нарушений развития, например потеря зрения и слуха после нейроинфекции или травмы головного мозга.

В последние годы современная медицина серьезно рассматривает ряд неблагоприятных социально-психологических факторов, которые могут серьезно осложнить эмоционально-личностное, социальное развитие ребенка (психическая депривация, реактивные расстройства привязанности и т.д.).

### *1.3.2. Методы исследования этиологии сложных (множественных) нарушений*

Для более точной диагностики проводятся специальные исследования. Специальное исследование направлено на изучение состояния нейрофизиологических механизмов когнитивных процессов; используются современные методы анализа электроэнцефалограмм (ЭЭГ), зрительных и слуховых вызванных потенциалов (ЗВП, СВП) при решении ребенком тех или иных перцептивных задач. Спектрально-когерентные характеристики ЭЭГ могут быть использованы как дополнительный диагностический критерий при дифференциальной диагностике эпилептических и неэпилептических пароксизмов (Н.К. Благосклонова, Л.П. Григорьева и др.).

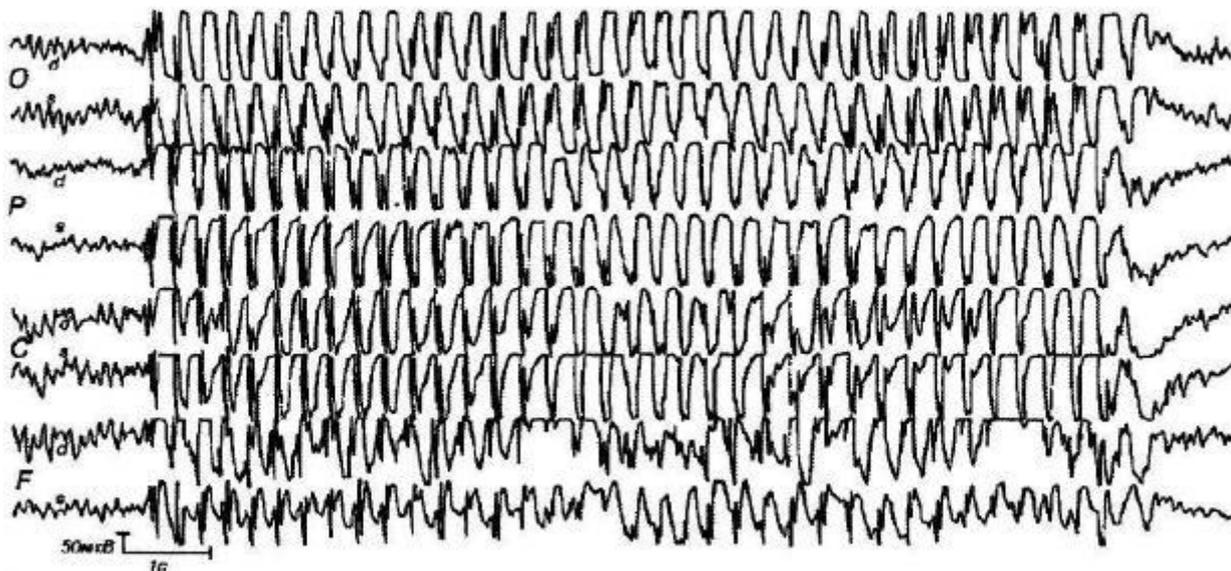


Рис. 9. ЭЭГ при эпилепсии

Предметом генетического исследования является изучение межиндивидуальной изменчивости признаков и состояний (так называемых фенотипов) средствами молекулярной, биохимической и биометрической генетики. Изучение наследственной предрасположенности к различным, в том числе психическим заболеваниям, а также роли факторов среды в проявлениях патологии основано на комплексном применении методов медицинской генетики. При генетических исследованиях могут использоваться самые разные методики. Цитогенетический метод заключается в изучении хромосом, материала для микрохимического исследования, которые содержат лейкоциты крови — либо клетки кожи или костного мозга. Применение цитогенетического анализа, методы которого все время совершенствуются, привело к выделению целого нового класса нервно-психических заболеваний — X-сцепленных форм умственной отсталости. Клинико-генеалогический метод чаще всего

используется в диагностике психических болезней и включает этапы составления родословных и использования генеалогических данных для генетического анализа. Установление наследственного характера заболевания, типа наследования болезни или отдельного признака, определение местоположения генов на хромосомах, оценка риска проявления психической патологии производится с помощью специальных методов генетико-математического анализа.

Клинико-генеалогический метод в практике позволяет:

— установить, в какой мере психические нарушения больного могут с определенностью или предположительно объясняться наследственностью, и оценить соотношение в клинической картине наследственно обусловленных проявлений предрасположения, самого патологического процесса и внешних, прежде всего семейных, факторов;

— получить дополнительные диагностические и прогностические признаки в отношении самой психической патологии и ее дизонтогенетических проявлений у пробанда;

— определить особенности внутрисемейных взаимодействий, передающихся из поколения в поколение в семейной системе пробанда, для более обоснованной их диагностики и прогноза развития, а также более целенаправленного построения тактики семейной терапии (И.А. Шаповал).

Близнецовый метод — это исследование детей, родившихся в результате одной беременности. Близнецовый метод основан на сравнении болезней или других признаков в разных группах близнецов.

Психогенетические наследования различных вариантов дизонтогенеза представляют весьма ценные данные об этиологии и патогенетических механизмах сложных нарушений. М.С. Певзнер, Г.П. Бертынь в исследованиях детей со сложным дефектом указывали, что комплексность исследования определяется применением различных методов: анамнестического, генеалогического, близнецового, что позволяет выявить значительный полиморфизм как в отношении этиопатогенеза, так и в структуре дефекта.

Таким образом, благодаря современным методам исследования появилась возможность выявления неполноценности различных функций, оценки степени органического поражения головного мозга. Опираясь на клинические, нейропсихологические исследования (Г.П. Бертынь, М.Г. Блюмина, Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина и др.), следует отметить, что комплексные нарушения могут быть вызваны одной или несколькими причинами, разными по происхождению — экзогенными или эндогенными. Остановимся на некоторых, которые наиболее достоверны и по литературным данным могут рассматриваться как причины, вызывающие сложные нарушения (А.Г. Московкина, Т.В. Савкина).

### ***1.3.3. Описание основных экзогенных причин сложных нарушений развития***

Особую тревогу должна вызывать глубокая недоношенность, которая рассматривается как неблагоприятный фон, на котором тяжелее протекает асфиксия, родовая травма, внутриутробные инфекции. Недоношенность вызывает примерно у 11% детей патологию зрения (врожденная глаукома, катаракта, атрофия зрительного нерва, ретинопатия недоношенных — поражение сетчатки развивается у глубоко недоношенных детей при неадекватном кислородном и световом режиме при выхаживании), органические поражения ЦНС, нарушения слуха и др. (Т.А. Басилова). Во многом причины глубокой недоношенности остаются пока не известными.

В большинстве своем в качестве этиологических факторов, вследствие которых наступает сложное нарушение, выступают: неблагоприятное протекание беременности с выраженным токсикозом первой половины; попытка изгнания плода различными способами, что приводит к тяжелейшим последствиям. Около 10% матерей, имеющих детей с множественными нарушениями, страдают тяжелыми заболеваниями — диабет, гинекологические заболевания (дисфункция яичников), заболевания щитовидной железы и другие.

Причиной комплексных нарушений может стать асфиксия — это комплекс биохимических, гемодинамических и клинических проявлений, развивающихся под влиянием остро и подостро протекающей кислородной недостаточности плода. Асфиксия может быть обусловлена заболеваниями матери и плода. Оценка тяжести асфиксии проводят на первой и пятой минуте жизни ребенка по шкале Аргар V. (1953 г.). Чем меньше оценка в баллах по шкале Аппгар, тем тяжелее степень асфиксии и соответственно отклонения.

В работе Н.А. Александровой (2008) отмечается, что причинами возникновения сложных нарушений являются: патология беременности (угроза прерывания беременности — 44%, гестозы (поздние токсикозы) — 24%); патология родов (преждевременные роды — 43%, асфиксия — 27%, кесарево сечение — 14%, родовое излитие вод — 8%, стремительные роды — 6%, ягодичное предлежание — 2%).

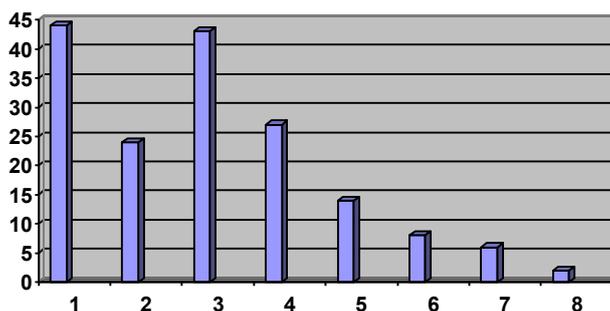


Рис. 10 Структура сложного дефекта по этиологии (патология беременности и родов)

1 - угроза прерывания беременности; 2 - поздние токсикозы; 3 – преждевременные роды; 4 - асфиксия; 5 - кесарево сечение ; 6 - родовое излитие вод; 7 – стремительные роды; 8 - ягодичное предлежание

Иммунологическая несовместимость между матерью и плодом (гемолитическая болезнь новорожденных) также может быть причиной недоразвития познавательной деятельности и нарушений речи ребенка (дизартрия, специфическая задержка речевого развития), нарушений слуха и двигательных расстройств.

У подавляющего большинства детей причинами, обуславливающими возникновение сложных нарушений, являются внутриутробные инфекции, которые вызываются возбудителями, проникающими в плод от инфицированной матери. Среди внутриутробных инфекций, в наибольшей степени порождающих множественные нарушения, выделяются краснуха, цитомегаловирусная инфекция, врожденный токсоплазмоз.

Краснуха (Rubella) — это инфекция, вызываемая вирусом коревой краснухи, проникающей от матери через плаценту в плод, особенно тяжелыми могут быть последствия при инфицировании плода в первый триместр беременности. Краснуха воздействует на развивающийся плод двумя путями: замедляет скорость деления клеток, и при этом некоторые органы тела развиваются на основе меньшего числа клеток зародыша, чем обычно; влияет на иммунную систему плода. Считается, что примерно треть детей, внутриутробно инфицированных краснухой, появляются на свет со сложными врожденными нарушениями. Краснуха не ограничивает свое воздействие только на какую-то одну часть организма — любой орган или органы могут быть поражены. Примерно 87% детей имеют нарушения слуха; 46% – врожденный порок сердца; 34% - врожденные нарушения зрения; 39% - трудности в обучении (рубеллярная форма олигофрении). Наибольший риск множественного поражения плода вирусом коревой краснухи существует на ранних сроках беременности, когда наиболее интенсивно развиваются зрительная, слуховая системы и сердце (триада Грегга - врожденная катаракта обоих глаз, глухота и врожденный порок сердца) (Г.П. Бертынь, 1985). У некоторых детей последствия внутриутробного заражения краснухой проявляются спустя месяцы или даже годы в виде тяжелых соматических заболеваний на фоне сниженного иммуни-

тета, катаракт, прогрессирующего нарушения слуха, сахарного диабета, замедления физического и психического развития и др. При подозрении внутриутробной краснухи диагноз подтверждается лабораторно, у некоторых детей вирус может выделяться в течение 12-18 месяцев жизни, что может представлять опасность заражения для других. В России проводятся профилактические прививки, что свело до минимума случаи рождения детей с синдромом врожденной краснухи, однако не исключаются случаи заражения даже на фоне проводимых прививочных мероприятий. Скрининг-обследование проводится всех беременных в первом триместре (TORCh – инфекции: ТО – токсоплазмоз, R – рубелла, краснуха, С – CMV, цитомегаловирусная инфекция).

Цитомегаловирусная инфекция считается наиболее распространенной среди всех врожденных инфекций. Заболевание часто протекает у матери почти бессимптомно и подтверждается серологически. При цитомегаловирусной инфекции (2,2%) инфицирование происходит либо через плаценту во время беременности, либо в период родов — при прохождении ребенком через родовые пути, через грудное молоко. Наиболее частыми клиническими проявлениями врожденной цитомегаловирусной инфекции считается поражение головного мозга, микроцефалии, нарушения зрения в виде хориретинита или атрофии зрительных нервов и глухоты (Г.П. Бертынь). В период новорожденности это заболевание у некоторых детей проявляется в виде затяжной желтухи, а в раннем возрасте в виде пневмоний, менингоэнцефалитов, энтероколитов и др. Цитомегаловирусная инфекция часто является причиной преждевременных родов и глубокой недоношенности ребенка.

Врожденный токсоплазмоз (2,3%) — протозойная инфекция, вызываемая одноклеточным паразитом. Клиническими проявлениями врожденного токсоплазмоза являются: гидроцефалия или микроцефалия; патология зрения, заболевания головного, спинного мозга, в результате которых возникают повышенное кальцинирование мозга, судорожные проявления и умственная отсталость (Г.П. Бертынь). Также причинами врожденных сложных нарушений зрения и слуха, нарушения зрения и умственной отсталости может стать заболевание матери сифилисом и другими инфекциями.

В постнатальный период такие заболевания, как корь или скарлатина, тяжелый грипп или нейроинфекции также могут привести к сложному нарушению развития ребенка. К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом может привести тяжелый диабет и ряд других соматических системных заболеваний.

#### ***1.3.4. Генетические и хромосомные заболевания и синдромы, обуславливающие сложные (множественные) нарушения развития***

Однако, как уже указывалось выше, существенная роль в возникновении сложных нарушений принадлежит генетическим факторам. Можно выделить большое количество наследственных синдромов, сопровождающихся комплексным дефектом, включающим сочетание интеллектуальных, сенсорных, речевых, двигательных и эмоционально-поведенческих расстройств.

Наиболее изучены следующие синдромы:

- синдром Маршалла — проявляется в сочетании нарушений зрения (врожденная миопия), нейросенсорной глухоты, иногда умственной отсталости. Обращают на себя внимание характерные внешние признаки: маленький нос, запавшее переносье (своеобразная седловидная форма носа), резкая гипоплазия средней трети лица (Г.П. Бертынь);
- синдром Ушера — характеризуется врожденной нейросенсорной потерей слуха (от умеренной до резко выраженной степени); вестибулярной гиподункцией и медленно прогрессирующим пигментным ретинитом. У лиц с данным синдромом могут наблюдаться умственная отсталость и поздние психозы (Г.П. Бертынь). Особенностью данного синдрома является одновременное проявление симптомов: нарушение слуха возникает, например, с рождения, а поражение сетчатки в виде пигментного ретинита начинают проявлять себя

только в дошкольном возрасте в виде сумеречной («куриной») слепоты, а психические расстройства в еще более старшем возрасте.

- синдром Альпорта — к настоящему времени имеются многочисленные литературные данные, посвящены описанию клинических вариантов синдрома. При этом синдроме наблюдаются изменения со стороны соединительной ткани, отмечается врожденная глухота, патология зрения (Г.П. Бертънь);

- синдром Рубинштейна-Тейби — включающий сочетание умственной отсталости различной степени выраженности с речевыми, эмоционально-поведенческими, сенсорными и эндокринными расстройствами (Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина).

В настоящее время описаны случаи, когда причиной множественного нарушения являются, кроме достаточно распространенных, например, синдром Дауна – частота 1: 700, такие синдромы, как:

- синдром Лоу — главно-почечно-мозговой синдром, описанный в 1952 году. Наблюдается выраженное обменное нарушение, при котором глубокая умственная отсталость сочетается с дефектами зрения, почечными аномалиями. Его основными признаками являются: умственная отсталость, глазные дефекты в виде врожденной катаракты, врожденной глаукомы, необратимых изменений сетчатки и других расстройств, приводящих, как правило, к полной слепоте; резкая мышечная гипотония и нарушения функции почек. Заболевание проявляется с рождения в виде выраженной мышечной гипотонии со снижением сухожильных рефлексов, которая часто сочетается с врожденной катарактой. Постепенно развивается почечная недостаточность и особая форма рахита. Больные отстают в росте, у них выражены костные и суставные изменения, характерны своеобразные позы. Обращает на себя внимание вид больных: большая голова с выступающими лобными буграми, удлиненное лицо, большие уши, узкие зрачки (А.Ю. Асанов). Умственная отсталость с возрастом прогрессирует и часто сочетается с нарушениями поведения в виде двигательной расторможенности, изредка наблюдается судорожный синдром;



Рис. 11. Близнецы с синдромом Лоу

- К неясным по природе причинам множественных, в том числе и сенсорных, нарушений относят и CHARGE – ассоциацию. Это название сложилось из сочетания первых латинских букв шести слов, обозначающих разные нарушения. Данный синдром характеризуется

гипогонадотропным гипогонадизмом – недоразвитие половых органов, колобомой (дефект ткани век, внутренней оболочки глазного яблока, радужки), пороками сердца, атрезией (заращение) ушной улитки и сужением носовых отверстий – хоан, из-за чего возникают трудности глотания и дыхания, задержкой роста и развития. При этом синдроме наблюдаются: нарушение полей зрения, нарушение слуха, неврологические или нейропсихические синдромы, несахарный диабет, нарушение ритма сна, терморегуляции, а также симптомы дисрегуляции вегетативной нервной системы;

● синдром Лежена — синдром мышечной гипотонии «лягушка». Ребенок рождается с микроцефалией, наблюдается выступающий подбородок, уплощение лица, своеобразное строение носа, готическое небо, нистагм, косоглазие, атрофия зрительного нерва, заращение слухового прохода, своеобразие строения ушных раковин, недоразвитие наружных половых органов (С.И. Козлова).

### ***1.3.5. Выводы по теме***

Таким образом, анализируя причины первичного нарушения у ребенка, принято обсуждать вероятность его наследственного или экзогенного происхождения. Чаще всего в группе комплексных нарушений развития преобладают врожденные формы патологии, имеющие в большинстве случаев генетическое происхождение. Было приведен ряд примеров этиологических факторов, вызывающих множественные нарушения, в то же время известно, что их значительно больше. Следует помнить, что по данным анамнеза определить этиологию и время появления дефекта можно лишь с относительной достоверностью. Однако сведения о причинах и времени возникновения поражений позволяют в обобщенном виде проследить возможную зависимость имеющихся нарушений функций у детей от определенных факторов, несколько глубже и шире представить общую картину сложного нарушения развития, раскрыть специфику структуры дизонтогенеза.

Если причина нарушения развития у ребенка известна и может привести к сложному (множественному) дефекту, то эти дети должны быть отнесены к группе риска по сложному нарушению как можно раньше после рождения. Это глубоко недоношенные дети; дети, матери которых перенесли во время беременности некоторые инфекционные заболевания; дети, рожденные матерями с хроническими заболеваниями – диабет, заболевания почек, рассеянный склероз, гепатит и др.; дети, которые появились в семьях, где отмечалось рождение людей со сложными нарушениями, мертворождения, неоднократные самопроизвольные прерывания беременности.

Диагностика сочетанных нарушений чрезвычайно затруднена, так как они могут проявляться в сенсорной, двигательной, речевой, познавательной сферах ребенка и проявляться неодновременно. Дифференциальная диагностика детей с комплексными нарушениями развития осуществляется с учетом всех факторов, определяющих психическое развитие детей. Изучение детей со сложными (комплексными) нарушениями предусматривает глубокое комплексное всестороннее, в том числе генетическое, исследование.

***Для самоконтроля по теме «Этиология сложных нарушений развития» необходимо ответить на следующие вопросы:***

1. Назовите наиболее распространенные генетические и хромосомные заболевания и синдромы, обуславливающие (сложные) множественные нарушения развития?
2. В чем проявляются особенности синдрома Ушера?
3. Опишите основные клинические признаки синдрома Маршалла?
4. какие множественные нарушения могут наблюдаться у детей с синдромом Дауна?
5. Почему затруднена диагностика сочетанных нарушений?

## 2. ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ (КОМПЛЕКСНЫМИ) НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

План изучения раздела:

2.1. Особенности развития детей при разных сочетаниях первичных нарушений

2.2. Методологические подходы к изучению развития детей с комплексными нарушениями

2.3. Уровневый подход к оценке развития детей с комплексными нарушениями

2.4. Закономерности психического развития детей с комплексными нарушениями

Краткое содержание основных вопросов

### 2.1. Особенности развития детей при разных сочетаниях первичных нарушений

#### 2.1.1. Дети с нарушением слуха и зрения (бисенсорным нарушением)

Высокий уровень современных технологий изучения детей с комплексными нарушениями позволяет выделить множество сложных нарушений развития: сочетания первичных сенсорных, двигательных, речевых, эмоциональных нарушений между собой, а также сочетание всех видов этих дефектов с умственной отсталостью разной степени выраженности. Т.В. Розанова, характеризуя группу детей со сложным дефектом, выделила более двадцати вариантов сочетаний разнообразных первичных нарушений. Однако не все они к настоящему времени достаточно хорошо изучены. Особенно мало сведений о детях, у которых интеллектуальные и (или) сенсорные нарушения сочетаются с нарушениями аутистического спектра. Рассмотрим наиболее изученные из этих сочетаний нарушений, что позволит глубже подойти к проблеме сложных нарушений и решению вопросов психологической помощи этим детям.

Среди всей популяции детей с комплексными нарушениями развития значительную и наиболее изученную часть занимают дети, имеющие нарушения зрения и слуха. История обучения слепоглухих детей (насчитывающая более 150 лет) не раз освещалась в работах как отечественных ученых (Т.А. Басилова, Г.П. Бертынь, М.Г. Блюмина, Е.Л. Гончарова, М.В. Жигорева, А.И. Мещеряков, И.А. Соколянский, В.Н. Чулков и др.), так и зарубежных исследователей (Я. ван Дайк, Т. ван Дер Меер, В. Диксик, М. Заорска и др.).



Рис. 13 Иван Афанасьевич Соколянский (г.ж.1889 — 1960) дефектолог, основоположник отечественной педагогики слепоглухих

Состав популяции слепоглухих крайне неоднороден. Использование современных методов обследования и изучения детей в нескольких направлениях — клиническом, клинико-генетическом, психологическом, педагогическом — позволило полнее раскрыть структуру сложного (комплексного) нарушения, уточнить дифференцированную характеристику детей.

Для углубленного понимания особенностей слепоглухих детей можно выделить ряд критериев (М.В. Жигорева, 2008):

— степень сохранности и развития остаточного слуха и зрения (глухой или слабослышащий, незрячий или слабовидящий);

— время наступления нарушения, т.е. определение возраста ребенка, в котором возникло нарушение зрения и слуха;

— состояние интеллектуальных возможностей, опорно-двигательной системы детей, имеющих нарушение зрения и слуха;

— уровень развития речи (какой формой речи владеет ребенок, каков уровень словесной речи, в какой степени она сохранилась или подверглась распаду после наступления слепоглухоты);

— возможные причины, обусловившие возникновение сложных нарушений.

В связи с этим можно следующим образом представить подгруппы слепоглухих детей:

— дети с ранней слепоглухотой;

— дети с поздней слепоглухотой;

— дети со сложным сенсорным дефектом, с частичным нарушением одного из двух пострадавших анализаторов (глухие слабовидящие, слабослышащие незрячие, слабослышащие слабовидящие).

К группе детей с множественными нарушениями развития следует отнести:

— слепоглухих умственно отсталых;

— слепоглухих с речевыми нарушениями первичного характера;

— слепоглухих с задержкой психического развития;

— слепоглухих с нарушениями опорно-двигательной системы;

— слепоглухих детей с различными нарушениями нейропсихической сферы.

В отношении каждой выделенной подгруппы обнаруживаются принципиально различающиеся линии психического развития, протекающего под влиянием имеющихся сочетанных нарушений в условиях специального обучения.

При слепоглухоте в процессе развития ребенка формируется сложная взаимосвязь между сохранными анализаторами и внешней афферентацией, т.е. информацией, поступающей извне через осязание, обоняние, вкус, а в некоторых случаях через частично сохранные зрение и слух (В.Ф. Матвеев).

Анализ результатов изучения особенностей развития детей со сложным дефектом показал важность не только ранней диагностики степени снижения зрения и слуха, но и выяснения вопроса о состоянии интеллекта, что имеет решающее значение при изучении клиники и этиологии сложного нарушения для правильного подхода к психолого-педагогической коррекции.

Обращение к проблеме установления дифференцированной характеристики и более полного выявления структуры дефекта детей, имеющих глубокие нарушения зрения и слуха, тесно связано с вопросами этиологии заболевания.

Определение причин возникновения сложного дефекта представляет значительные трудности. Эти трудности обусловлены сложностью клинического обследования слепоглухого ребенка, недостаточной информативностью генеалогических данных. Существенная роль в возникновении сложных нарушений развития принадлежит генетическим факторам.

Исследования в этой области (Г.П.Бертынь, Р.А. Мареева, М.С.Певзнер, И.В. Саломатина) позволяют составить представление о детях с синдромами Ушера, Маршалла. Вместе с тем типология детей с бисенсорным нарушением в настоящее время существенно изменилась. Состав данного контингента расширился подгруппами детей, имеющих сочетания нарушений зрения, слуха, интеллекта, речи, с различными степенями выраженности, этиология которых не ясна. К неясным по природе причинам множественных нарушений можно отнести такие синдромы, как CHARGE, Лоу (окуло-церебро-ренатальный синдром). В последние годы полиморфизм нарушений расширился за счет детей, появившихся на свет глубоко недоношенными, жизнь которых была сохранена благодаря достижениям современной медицины. У них развивается ретинопатия (поражение сетчатки), впоследствии наблюдается недоразвитие речи, в отдельных случаях — интеллекта. Данная группа детей с множественными нарушениями недостаточно изучена и требует продолжения исследований.

Особую подгруппу детей с нарушениями зрения и слуха представляют дети, причиной нарушений у которых является краснуха. У детей отмечается тяжелая врожденная глухота, рано и быстро созревающая или врожденная катаракта, врожденный порок сердца, обычно в виде незаращения межжелудочковой перегородки, в отдельных случаях умственная отсталость (Г.П. Бертынь).

Это не может не учитываться при определении дифференцированных задач воспитания и обучения детей со сложным сенсорным дефектом, на выборе методов и приемов специального обучения. Усредненный, глобальный подход в понимании того, что такое слепоглухота, без учета компонентов, составляющих структуру данного сложного нарушения, уходит в прошлое. Современные методы обучения включают в себя попытки комплексного влияния на развитие остаточного зрения, слуха, интеллекта, двигательную систему и т.д., тем самым позволяя максимально реализовать имеющийся потенциал каждого ребенка.

### ***2.1.2. Дети с нарушенным слухом и сниженным интеллектом***

Изучению детей с нарушенным слухом и сниженным интеллектом были посвящены работы Г.П. Бертынь, Н.Ю. Донской, М.С. Певзнер, Л.С. Тамошюнене, Л.И. Тиграновой, М.Ф. Титовой и других ученых. В научной литературе приводятся данные клинико-психологического изучения глухих детей со сложным дефектом школьного и дошкольного возраста (Г.П. Бертынь, М.С. Певзнер, Т.В. Розанова, Н.В. Яшкова), неуспевающих слабослышащих школьников (Л.И. Тигранова).

По данным Т.В. Розановой, у 20–35% глухих и слабослышащих детей наблюдается задержка психического развития органического генеза, обусловленная недостаточностью центральной нервной системы. Среди детей с нарушениями слуха есть дети, страдающие детским церебральным параличом, они составляют 3–3,5% популяции детей с проблемами слуха. По данным отечественных и зарубежных специалистов, в настоящее время 25–30% дошкольников с нарушениями слуха могут быть отнесены к детям со сложными нарушениями в развитии, имеющим два и более органических нарушения.

Описывая детей, принадлежащих к группе лиц с комплексными нарушениями, исследователи отмечают сложность диагностики. Особую трудность вызывает дифференциально-диагностическое отграничение вторичного специфического недоразвития интеллекта при снижении слуха (Г.П. Бертынь, Н.Ю. Донская, М.С. Певзнер). В отличие от детей с нарушениями слуха и сохраненным интеллектом у данной категории обнаруживается ярко выраженная инертность, плохая переключаемость с одного вида деятельности на другие, неумение использовать оказываемую помощь, не критичность поведения и низкий уровень самоконтроля. Значительное отставание отмечается в речевом развитии: крайне ограничен словарь, фразовая речь в зачаточном состоянии. С учетом особенностей данной категории исследователями были разработаны программы обучения в начальных классах школы глухих

и слабослышащих. Авторы полагают, что для полного освещения данного вопроса необходима еще большая дополнительная исследовательская работа.

Ограниченность представлений об окружающем мире, незрелость интересов, бедность эмоций также являются факторами, негативно сказывающимися на темпе и качестве развития умственно отсталых глухих.

Исследование мыслительной деятельности умственно отсталых слабослышащих школьников выявило особые трудности в понимании ими учебной задачи. Это выражается в манипуляциях предметами, заменяющих поиск способа решения задачи, в хаотичности действий. Умственно отсталые слабослышащие дети отличаются малой восприимчивостью к помощи педагога. Они с большим трудом включаются в учебную деятельность. Ориентировка в задании требует продолжительного и многократного объяснения цели и содержания. Дети не умеют выделять существенные признаки предметов, при этом отвлекаются на несущественные признаки, это особенно четко проявляется при анализе предмета, при сравнении двух предметов. Особые трудности у детей возникают при выполнении заданий по конструированию, по заполнению недостающей части в сюжетной картинке. У детей оказываются несформированными умения проанализировать расположение фигур в пространстве, удерживать в памяти целостный образ предмета.

Анализ познавательной деятельности детей данной группы показывает, что сочетание двух первичных дефектов (снижение слуха и умственная отсталость) обуславливает склонность к шаблонам, стереотипам. Необходимо отметить трудности формирования потребности к пользованию словесной речью (Н.Ю. Донская).

Основной задачей обучения умственно отсталых глухих и слабослышащих является подготовка к общественно полезному труду, формирование у них умения организовать свой труд. Программа обучения детей, имеющих нарушения слуха и интеллекта, в специальных классах построена на основе программ школы глухих с учетом нарушения интеллекта. Особая специфика обучения глухих с интеллектуальными нарушениями прослеживается на начальной ступени обучения. Систематическому обучению учащихся в специальном классе предшествует пропедевтический период, который имеет свои специфические задачи, а именно педагогическое изучение подготовки учащихся к школьному обучению. В ходе изучения учитель выясняет уровень знаний и умений каждого ученика, в том числе речевое развитие, индивидуальные особенности, с тем чтобы наметить пути дифференцированного подхода. В течение 9 лет дети с нарушениями слуха и интеллекта изучают основные вопросы математики, языка, естественных наук, изобразительное искусство, физкультуру, ритмику, трудовое обучение, предметно-практическое обучение. Проводится также работа по развитию слухового восприятия и формированию устной речи. Обучение детей, имеющих сочетание нарушений слуха и интеллекта, строится на основе общих закономерностей усвоения знаний и с учетом особенностей развития данной категории детей.

Большой вклад в разработку проблемы сложных нарушений в последние годы внесла Л.А. Головчиц. Она изучила и проанализировала особенности развития дошкольников с нарушениями слуха, воспитывающихся в специальных дошкольных учреждениях для детей с нарушениями слуха. Было отмечено, что у таких детей наиболее часто встречаются сочетания снижения слуха с первичной задержкой психического развития, нарушениями эмоционально-волевой сферы, нарушениями опорно-двигательного аппарата, умственной отсталостью, локальными речевыми нарушениями; такие дети различаются по степени отставания в развитии от детей с недостатками слуха, не имеющих других нарушений. Автор показала, что на сегодняшний день только для части этих детей может быть организовано образование в условиях дошкольного учреждения. Это исследование ставит вопрос о необходимости совершенствования организационных форм и содержания помощи детям с комплексными нарушениями. Л.А. Головчиц рассмотрела проблему с позиций совершенствования помощи детям с комплексными нарушениями в условиях образовательного учреждения для детей дошкольного возраста с нарушениями слуха. Автор подчеркивает необходимость включе-

ния каждого ребенка с комплексным нарушением в систему психолого-медико-педагогического сопровождения.

Обучение детей, имеющих сочетание нарушения слуха и интеллектуальных нарушений, организуется с учетом особенностей их развития, своеобразия данного вида комплексного нарушения в условиях специально организованной учебно-воспитательной среды.

### ***2.1.3. Дети с нарушениями зрения и интеллекта***

Труднейшую медико-психолого-педагогическую проблему представляет сложное нарушение, образуемое сочетанием сниженного интеллекта при глубоких нарушениях зрения. Для детей этой группы характерна значительная неравномерность формирования разных сторон психической деятельности.

При помощи медико-генетического обследования выявлена распространенность интеллектуальной недостаточности среди учащихся школ для слепых и слабовидящих и отдельные нозологические формы зрительной патологии, сочетающейся с умственной отсталостью. Показана высокая частота генетических форм, их клиническая и генетическая гетерогенность. В данном случае имеет место одновременное поражение мозговых структур, нескольких функциональных систем, которые в совокупности представляют сложную структуру комплексного нарушения (И.Л. Лукашева). В условиях недостаточной изученности структуры дефекта (сочетание нарушения зрения и умственной отсталости) крайне затруднено решение педагогических задач.

У детей с глубокими нарушениями зрения и интеллекта отмечается снижение результативности познавательной деятельности и активности. Низкий уровень развития и владения конкретным мышлением умственно отсталых слепых и слабовидящих школьников нарушает развитие произвольности, тормозит развитие интеллектуальной активности, самостоятельности и целенаправленной учебной деятельности (А.И. Зотов, А.Ф. Самойлов). Изучение представлений слепых умственно отсталых детей показало их специфические особенности, которые проявлялись в стереотипности представлений, выражающихся в идентичности всех воспроизводимых фигур, в резкой схематичности, отражающих самые общие свойства предмета (голова, ноги, туловище) или указывающих лишь родовые признаки (А.Ф. Самойлов).

Особенности образов восприятий и представлений и процесса их формирования непосредственно связаны с мнемическими процессами и образами памяти, характеризующейся зависимостью результативности запоминания от сложности объектов, от умения использовать смысловые связи в организации запоминаемого материала. Исследование памяти умственно отсталых слепых В.С. Нарышкиной показывает, что в ни в первых, ни в четвертых классах не удается добиться полного запоминания предлагаемого материала, подобранного в соответствии с возрастом. Для слепых умственно отсталых детей характерна слабая возрастная динамика результативности запоминания. Замедленность образования произвольных процессов отрицательно сказывается на продуктивности мнемических процессов. Нарушения в развитии произвольной деятельности слепых умственно отсталых школьников резко ограничивает возможности формирования активности, самостоятельности, целенаправленности их деятельности и поведения (А.Ф. Самойлов).

Для слепых умственно отсталых детей свойственно недоразвитие двигательной сферы, выражающейся в низкой точности движений головы, рук, тела. Вопросу формирования производственных двигательных навыков посвящено исследование А.В. Политовой. Анализируя влияние нарушений интеллектуального развития на формирование производственных навыков, автор раскрывает их поэтапный характер и выявляет серьезные различия детей данной категории по сравнению со слепыми с нормальным интеллектом. Наибольшие отличия наблюдаются на первоначальном этапе формирования навыков в скоростных показателях, поэтому период формирования первоначальных навыков затягивается и осуществляется при постоянном контроле педагога или в совместной деятельности ученика и

учителя. Кроме того, у ребенка с нарушениями зрения и интеллекта проявляются трудности регулирования своих движений в соответствии с требованиями инструкции. У детей наблюдается большое количество лишних движений, неумение объединить отдельно выполнимые движения в одно слитное единое целое. Это сказывается на скорости исполнения. Они мало опираются на тактильно-мышечную чувствительность, не используют тактильно-мышечный контроль как основу автоматизации двигательных актов. Дети испытывают трудности переключения внимания и перехода к другому объекту деятельности.

Речевое развитие детей с нарушениями зрения и интеллекта также отличается своеобразием. Отсутствие связей между словом и образом, а также действием, затрудняет формирование мыслительных операций и развитие самостоятельного и произвольного воспроизведения заданной ситуации. Оно осуществляется только при помощи взрослого. Неоднократное повторение показов и объяснений укрепляет связи слова с образом и действием, это позволяет перейти к регуляции деятельности учащихся через слово. Бедность предметных представлений, их ригидность, малая обобщенность и схематичность образов, быстрая утомляемость и недостаточная точность запоминания материала становятся причинами медленного темпа усвоения знаний и тормозят умственное развитие детей.

Результаты клинико-психолого-педагогического обследования детей с нарушением зрения и интеллекта, проведенного В.А. Давыдовым, И.В. Молчановской, М.С. Певзнер в московской школе для слепых, позволили сделать ряд практических выводов по организации и разработке содержания и методов обучения детей этой категории, а также по приспособлению их к жизни и посильному труду. Было установлено, что сочетание таких двух серьезных дефектов, как умственная недостаточность и нарушения зрительного восприятия, приводит к трудностям, которые не являются результатом простого суммирования указанных дефектов.

Л.И. Солнцева (2002) отмечает, что сочетание нарушений в сенсорной и интеллектуальной сферах у слепых умственно отсталых детей оказывает существенное влияние на протекание психических процессов, на деятельность, на формирование личностных качеств и характеризуется не только количественными, но и качественными изменениями и особенностями по сравнению со слепыми с нормальным интеллектом.

Сочетание нарушений зрения и нарушений интеллекта определяет разнообразие нарушений в целом, свойственных каждому конкретному ребенку, своеобразие его психического развития. Это обуславливает применение дифференцированного подхода и индивидуализации обучения, которые достигаются тем, что педагог для каждого ребенка организует соответствующую практическую деятельность, подбирает методы объяснения, вносит элементы игровой деятельности, определяет индивидуальную меру помощи.

#### ***2.1.4. Дети с нарушениями опорно-двигательной системы и интеллекта***

Наиболее сложной категорией детей с комплексными нарушениями развития являются дети с сочетанием нарушений опорно-двигательной системы и интеллектуальной недостаточностью, которые требуют дифференцированного подхода к психолого-педагогической коррекции (И.Ю. Левченко, 2001).

Диапазон интеллектуальных нарушений при ДЦП чрезвычайно велик: от незначительных нарушений уровня интеллектуального развития до самых тяжелых степеней умственной отсталости. Выделена группа детей с ДЦП и задержкой психического развития по типу психического инфантилизма, что, безусловно, определяет несколько иной путь развития ребенка (Т.А. Власовой, М.В. Ипполитова, Е.С. Калижнюк, Е.М. Мастюкова и др.). У этих детей отмечается сниженный темп развития, неравномерность и диспропорциональность формирования отдельных психических функций, что дает основание относить выявленные особенности психического развития к своеобразной дизонтогении или к аномалии психического развития.

В работах И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько (2001), И.Г. Синельниковой указывается на значительный полиморфизм нарушений у детей с ДЦП. Основные виды психических нарушений при ДЦП — это задержка психического развития (до 50%) и умственная отсталость (25%), что свидетельствует о сочетании психического дизонтогенеза дефицитарного типа с дизонтогенезом по типу задержанного развития или недоразвития. Вместе с тем не существует прямой зависимости между тяжестью двигательной патологии и степенью интеллектуальной недостаточности при ДЦП. Для детей с ДЦП в сочетании с умственной отсталостью характерно раннее время поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие. Первичным дефектом при этой форме аномалии развития является недоразвитие высших форм мыслительной деятельности — абстрактного мышления.

Исследования показали, что у больных с ДЦП в сочетании с умственной отсталостью наблюдаются выраженные нарушения сенсорно-перцептивных процессов, что проявляется в недоразвитии константности и предметности восприятия, в замедленном темпе узнавания предметов, в трудностях обобщения сенсорных сигналов (И.И. Мамайчук). В исследованиях М.В. Ипполитовой, Е.М. Мастюковой, Н.В. Симоновой дана более развернутая картина структуры нарушения развития при ДЦП и умственной отсталости. Проведенный анализ особенностей структуры интеллектуального дефекта детей с церебральным параличом показал, что у детей может выявляться выраженное недоразвитие таких высших корковых функций, как оптико-пространственный гнозис, конструктивный праксис, счет. Нарушения оптико-пространственного гнозиса проявляются в трудностях узнавания и воспроизведения геометрических фигур, в затруднениях при рисовании, конструировании, выполнении заданий по ручному труду (дети не могли воспроизвести на бумаге заданный образец). У них было затруднено формирование понятий, отражающих положение предметов в пространстве; дети испытывали затруднения при складывании целого из частей, в конструктивном праксисе. Недоразвитие абстрактного мышления проявлялось при усвоении счета. Трудности при усвоении счета остаются у них стойкими и начинают проявляться в большей степени на более поздних этапах обучения.

Характерной особенностью умственно отсталых детей с ДЦП является также нарушение целенаправленной деятельности, поведения, эмоционально-волевой сферы. Этим детям, как правило, свойственны непоследовательность в изложении мыслей, трудности в выделении главного в содержании рассказа, в сюжетной картинке. Для этих детей характерна выраженная неравномерность при усвоении знаний по отдельным предметам.

Выделена также группа детей с ДЦП, у которых структура интеллектуального нарушения характеризуется неравномерностью психического развития за счет выраженности сенсомоторных нарушений и низкого уровня проявления мотивации к любым видам деятельности. При нарушениях зрительного и слухового восприятия структура дефекта приобретает еще более сложный характер.

Вопросы диагностики структуры интеллектуальных нарушений у детей с церебральным параличом были предметом изучения таких исследователей, как И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюкова. Они отмечали, что наличие полиморфизма интеллектуальных нарушений при ДЦП повышает значимость обоснованного выбора диагностических методик, позволяющих не только качественно, но и количественно оценить индивидуальные особенности познавательной деятельности детей этой категории с учетом клинической картины поражения ЦНС.

Обучение данной категории детей по программам, рассчитанным на работу с детьми с ДЦП или только для умственно отсталых детей без дополнительных нарушений, оказывается недостаточно эффективным, так как эти дети имеют иной исходный уровень развития и другой темп развития в процессе коррекционного обучения. Данная группа детей нуждается в разработке индивидуальных коррекционных программ, в построении которых важно учитывать форму, степень тяжести нарушения, специфику психических функций, возраст ребенка.

Контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата крайне неоднороден как в клиническом, так и в психолого-педагогическом отношении. Независимо от степени тяжести двигательных расстройств у детей с церебральным параличом могут обнаруживаться нарушения зрения и слуха. М.В. Ипполитова, И.Ю. Левченко, И.А. Хайрулина указывают на то, что эти дети нуждаются в корректировке программ изучения ряда общеобразовательных предметов, специальных методик развития речи и коррекции нарушений звукопроизношения.

### ***2.1.5. Дети с комплексными нарушениями, сочетающими сенсорные, опорно-двигательные, интеллектуальные нарушения и речевые расстройства***

Речь — это важнейшая психическая функция человека; область проявления людьми способности к познанию, самоорганизации, саморазвитию. Для нормального развития речевой деятельности необходима целостность и сохранность всех структур мозга, анализаторной системы (Т.Г. Визель, 2004). Выделяя общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей, В.И. Лубовский (1971) отмечал, что у аномальных детей всех категорий наблюдаются, хотя и в разной мере, нарушения речевого общения; снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации; нарушение словесного опосредствования при образовании новых связей; замедленность формирования понятий. Дефекты речи характерны для аномальных детей всех категорий. Актуальность проблемы изучения речевой патологии у детей определяется социальной ролью языка и речи и их значением в психологическом становлении человека.

Рассмотрим некоторые виды сложных дефектов по материалам соответствующих исследований, где имеют место нарушения речи и другие отклонения развития.

Специальный интерес для нас представляет исследование сложного дефекта, где нарушения зрения сочетаются с нарушениями речи. В исследованиях М.Е. Хватцева отмечалось, что среди слепых можно выделить группу детей с нарушениями звукопроизношения, которая, по его данным, составляет примерно 25%. Вопрос о речевой патологии у детей с дефектами зрения был освещен в работах С.Л. Коробко. Автор рассматривает вопрос о речевом нарушении у слабовидящих школьников не только с фонетической стороны, но и выделяет группу слабовидящих детей с общим речевым недоразвитием, для которой характерны отклонения в формировании фонетической, лексической и грамматической сторон речи. Качественный новый подход к изучению речевых нарушений у слепых и слабовидящих детей связан с именем Л.С. Волковой. В результате проведенного исследования было выявлено, что у большей части детей с нарушением зрения могут иметь место системные нарушения речи, затрагивающие в разной степени те или иные речевые компоненты (фонетические, лексические, грамматические). Были выделены четыре уровня сформированности речи, каждый из которых характеризуется различным проявлением нарушения речи — от единичных нарушений звукопроизношения до полной несформированности процессов фонематического анализа и синтеза. Разнообразие уровней сформированности речи, структуры нарушения объясняет и разнообразие динамики совершенствования речи слепых и слабовидящих детей в процессе педагогического воздействия. Для коррекции речевых нарушений необходима целостная логопедическая работа. Исследователь отмечает необходимость раннего выявления речевых расстройств и их профилактики в логопедической работе.

В специальной педагогике накоплен значительный материал, который свидетельствует о том, что среди детей с интеллектуальными нарушениями можно выделить группу детей умственно отсталых с нарушениями речи. Как отмечает Л.Г. Парамонова, большая распространенность нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей объясняется разными причинами: несформированностью познавательных процессов, направленных на овладение звуковым составом речи; поздним развитием фонематического восприятия, которое является сложным видом психической деятельности; общим моторным недоразвитием, особенно речевой моторики; имеющимися параличами, парезами речевой мускулатуры;

аномалиями в строении артикуляторных органов: губ, твердого и мягкого неба, челюстей.

Р.И. Лалаева (2001) среди умственно отсталых школьников 1–11 классов отмечает значительное количество детей, имеющих специфические ошибки в процессе чтения. Автор описывает некоторые методы работы по устранению дислексии, связанных с недоразвитием фонематической системы и зрительно-пространственных функций.

У умственно отсталых детей наиболее распространенными дефектами устной речи являются дислалия, ринолалия, дизартрия; нередко также случаи заикания.

Помимо рассмотренных нарушений устной речи и письма, чтения в ряде случаев у умственно отсталых учащихся отмечены нарушения речи по типу алалии (В.А. Ковшиков, С.С. Ляпидевский).

Е.М. Мастюкова изучала детей с различными формами сложного дефекта, используя разнообразные методики исследования: клинические, психологические, логопедические, нейрофизиологические и др. Автор признает самостоятельность алалии как нозологической единицы и считает вполне допустимым в отдельных случаях ее существование внутри синдрома умственной отсталости. По ее мнению, данные электрофизиологических исследований подтверждают клинические наблюдения о существовании своеобразной формы интеллектуальной недостаточности, сочетающейся с алалическим синдромом.

Группу детей с первичными речевыми нарушениями, возникающими в результате локального поражения речевых зон головного мозга, в клинической классификации форм олигофрении выделила М.С. Певзнер (1968), относя их к так называемым осложненным формам умственной отсталости.

В структуре речевых нарушений умственно отсталых преобладающим компонентом является семантический дефект. Речевые нарушения носят системный характер, речь страдает как целостная функциональная система, нарушены фонетико-фонематическая сторона, лексика, грамматический строй. Отмечается также несформированность как импрессивной, так и экспрессивной речи. В исследованиях Р.И. Лалаевой широко представлена характеристика речевых расстройств у умственно отсталых школьников, а также освещена методика коррекции нарушений звукопроизношения, лексико-грамматической стороны речи, чтения и письма.

Для исправления указанных нарушений, как отмечают многие авторы, необходимо проведение ранней диагностики речевых нарушений и своевременно начатая индивидуальная логопедическая работа с учетом специфики интеллектуального дефекта.

Большая распространенность речевых нарушений отмечается у детей с задержкой психического развития (В.А. Ковшиков, Е.В. Мальцева, Н.А. Цыпина, С.Г. Шевченко и др.). Важным направлением в изучении детей с ЗПР является проблема развития речи. Многие исследователи раскрывают особенности речевого развития данной категории детей. Они проявляются в процессах овладения семантикой речи, усвоении языковых закономерностей, обобщений.

У детей с ЗПР отмечается позднее возникновение словотворчества, недостаточность словообразовательных процессов (Е.С. Слепович). Исследователи, характеризуя особенности речевой деятельности, отмечают, что речь у детей этой категории носит в основном ситуативный характер, что выражается в большом количестве личных и указательных местоимений, частом использовании прямой речи, ограничении словарного запаса. На бедность словарного запаса детей с ЗПР указывает также С.Г. Шевченко. В исследованиях Н.Ю. Боряковой подчеркивается несформированность развернутого речевого высказывания и, в частности, операций внутреннего программирования и грамматического структурирования.

На разнообразии проявлений речевых нарушений указывают многие авторы. Е.В. Мальцева выделяет три группы детей с ЗПР с учетом характера речевых нарушений. Первая

группа — дети с изолированным фонетическим дефектом, проявляющимся в неправильном произношении лишь одной группы звуков, которые связаны с аномалией строения артикуляционного аппарата, недоразвитием речевой моторики.

Вторая группа — дети, у которых выявлены фонетико-фонематические нарушения. Дефекты звукопроизношения охватывают 2–3 фонетические группы и проявляются преимущественно в заменах фонетически близких звуков, также наблюдаются нарушения слуховой дифференциации звуков и фонематического анализа.

Третья группа — дети с системным недоразвитием всех сторон речи. Кроме фонетико-фонематических нарушений наблюдаются существенные нарушения в развитии лексико-грамматической стороны речи: ограниченность и недифференцированность словарного запаса, примитивная синтаксическая структура предложений, аграмматизмы. Нарушения устной речи отражаются на письме.

В исследованиях И.В. Смирновой выделено 5 групп первоклассников с ЗПР с учетом характера речевых нарушений: дети с мономорфной дислалией; дети с полиморфной дислалией; дети, у которых, кроме функциональной дислалии, отмечается недоразвитие фонематического анализа и синтеза, у них также наблюдаются нарушения чтения и письма; дети с дислексией, дисграфией; дети со стертой формой дизартрии.

Сравнительное изучение детей, имеющих задержку психического развития и общее недоразвитие речи, выполненное Т.Н. Волковской, показало, что у детей усложняются качественные проявления структуры дефекта, когда нарушения познавательной деятельности сочетаются с недоразвитием речевой сферы, что позволяет говорить о самостоятельном специфическом характере структуры сложного дефекта.

Особо значимой работой, посвященной проблеме речевых нарушений у детей с ЗПР, является пособие С.В. Зориной, Р.И. Лалаевой, Н.В. Серебряковой, раскрывающее особенности нарушений речевого развития у детей с ЗПР. Авторы подробно освещают вопросы распространенности речевых нарушений и дают глубокую характеристику каждого нарушения, раскрывают его механизм, что позволяет более верно проводить дифференциальную диагностику нарушений речи у детей с ЗПР. В работе широко представлена методика логопедической работы по коррекции нарушений фонетико-фонематической стороны речи, лексики и грамматического строя речи; подробно описаны направления, этапы, принципы и методы логопедического воздействия.

Одной из сложных медико-психолого-педагогических проблем представляется сочетание нарушений опорно-двигательной системы (детские церебральные параличи) и речевых расстройств. Изучению речевых нарушений при ДЦП посвящено много специальных исследований (Е.Ф. Архипова, Л.А. Данилова, М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова, М.В. Панченко, О.Г. Приходько и др.). Особенность нарушений речи и степень их выраженности зависит от локализации и тяжести поражения головного мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит также более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности.

У детей с церебральным параличом наиболее частыми формами речевых нарушений являются различные формы дизартрии, спецификой которых является общность между речевыми и двигательными нарушениями.

Наиболее четкую классификацию дизартрии при церебральном параличе представили Е.Н. Правдина-Винарская и М.Б. Эйдинова. Они выделили следующие формы дизартрии: паралитическую, спастическую, гиперкинетическую, смешанную, рудиментную (стертую). Выделение перечисленных форм основано на преобладании того или другого клинического симптома. Авторы показали общность механизма поражений двигательной и артикуляционной моторики. Исследователи Е.М. Мастюкова и К.А. Семенова уточнили и расширили представление о патогенетической общности речевых и двигательных расстройств при ДЦП.

И.И. Панченко в конце 70-х годов двадцатого века предложила классификацию дизартрий при ДЦП по ведущему неврологическому синдрому, выделив помимо спастической, гиперкинетической и смешанной, паретическую и мозжечковую формы. Она описала клинико-педагогические особенности детей с проявлениями дизартрических расстройств, обратив особое внимание на такие смешанные формы, как спастико-паретическая и спастико-гиперкинетическая. Классификация И.И. Панченко до настоящего времени является основой для разработки программ индивидуальной логопедической работы по оптимизации деятельности артикуляционного аппарата у детей с церебральным параличом.

В работах Л.А. Даниловой, М.В. Ипполитовой, Л.В. Лопатиной, Е.М. Мастюковой широко представлены данные о нарушениях звукопроизношения по типу дизартрии, указаны причины, вызывающие то или иное расстройство произносительной стороны речи.

При особенно тяжелом поражении центральной нервной системы могут наблюдаться такие выраженные нарушения деятельности артикуляционного аппарата, которые ведут к анартрии — полному или почти полному отсутствию звуковой стороны речи, в результате поражения речедвигательных мышц. Такие дети до последнего времени редко поступали в образовательные учреждения, обычно находились дома. Многие родители обращаются за консультацией к специалистам; в данном случае традиционные методы логопедической работы не дают положительного результата и необходимо искать пути обучения на основе невербальной коммуникации. В последние годы детей с анартрией стали принимать в специальные школы. Использование компьютерных технологий показало возможности овладения ими письменной речью и невербальной коммуникацией. К сожалению, научные разработки в этом направлении представлены недостаточно.

Помимо дизартрии, у детей с ДЦП имеют место и другие речевые нарушения. Так, в исследованиях М.В. Ипполитовой, Е.М. Мастюковой, Н.Н. Трауготт, М.Б. Эйдиновой описываются случаи сенсомоторных нарушений речи — различные алалии, особенно при гемипаретической форме.

В исследованиях М.В. Ипполитовой, Н.Н. Малофеева, Л. Халиловой по проблеме обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата отмечают разнообразные речевые нарушения у большинства учащихся с церебральным параличом. Исследования, основанные на системном подходе к изучению речевой функции, позволяют рассматривать речевые нарушения в аспекте их структурной и семантической целостности. У большинства учащихся было отмечено своеобразие формирования словарного запаса, овладения лексической и грамматической стороной речи.

Вопросам речевого развития детей с церебральным параличом и коррекции речевых нарушений посвящены работы И.Ю. Левченко и О.Г. Приходько. В этих пособиях глубоко раскрыта характеристика речевых нарушений при ДЦП, сделана попытка систематизации различных форм дизартрии и их проявлений, а также подробно представлена логопедическая работа с детьми с ДЦП.

Состояние речи, уровень ее развития — это существенный и объективный показатель многих сторон психики человека. Природа речевых нарушений достаточно сложная, ведь в организации речи задействовано множество систем. Нарушение или выпадение какой-либо системы влечет серьезные последствия, которые сказываются на речевом развитии ребенка и общем ходе его развития. Сочетание всех составных элементов нарушений, выражающихся в речевых расстройствах, интеллектуальных отклонениях, недостаточности работы анализаторов, представляет собой не просто сумму всех указанных компонентов, а сложную структуру комплексного нарушения, где компоненты не существуют автономно, а оказывают влияние друг на друга, тем самым усугубляют проявления нарушений в целом.

Очевидным является и то, что речевые нарушения у детей, имеющих нарушения зрения и опорно-двигательного аппарата, интеллектуальные проблемы будут еще более выраженными, что требует нахождения специальных путей логопедической работы.

### *2.1.6. Речевые нарушения первичного характера у детей с нарушениями слуха*

Как известно, речь развивается на основе слуха. Патология слуховой системы приводит к недоразвитию импрессивной и экспрессивной речи. Характер нарушения речи при патологии слуха зависит от степени его потери, времени наступления нарушения, от своевременности начала специальных занятий, а также от индивидуальных особенностей детей.

Практика показывает, что среди детей, имеющих нарушения слуха, можно выделить группу тех, у которых встречается патология речи, не являющаяся следствием сенсорного нарушения. Это дети с комплексным дефектом, где сочетаются нарушения слуха и речи, но при этом учащиеся имеют сохранные предпосылки для интеллектуального развития. Указанные нарушения речи затрудняют общение с окружающими, чрезвычайно осложняют организацию учебно-воспитательного процесса, отрицательно влияют на развитие личности. Затруднения в работе по обучению речи таких детей, как мы полагаем, не всегда могут быть объяснены несовершенством методики обучения и недоработкой со стороны педагога, причину следует искать в существующем речевом расстройстве, которое не зависит от нарушения слуха. Подобное сочетание нарушения слуха и патологии речи является многоплановым, поскольку каждый из дефектов сохраняет свои особенности и возникает сложная структура отклонений в развитии у ребенка. Существующие нарушения специфически взаимодействуют, определенным образом влияя на процесс развития и вызывая своеобразные последствия.

Сложность выявления речевого нарушения и определения его особенностей у неслышащих детей связана с трудностями дифференциальной диагностики, так как существуют проблемы своеобразия речевого развития детей с нарушениями слуха, где наблюдаются недостатки речи, «регулярного» вторичного характера, обусловленные патологией слуха. Вторичные недостатки речевого развития могут подчас маскировать проявления первичного речевого нарушения, которое имеет более сложную природу, связанную с органическим поражением центрального и периферического отделов речевой системы.

С целью выявления нарушений речи, не являющихся следствием нарушенного слуха, и отграничения их от сходных проявлений было проведено всестороннее исследование неслышащих детей; также были проведены консультации у ряда специалистов: невролога, нейрофизиолога, оториноларинголога, ортодонта, стоматолога по поводу развития каждого ребенка, имеющего выраженные отклонения в речи (Жигорева М.В., 1992).

В результате была обнаружена значительная неоднородность речевых расстройств у неслышащих детей. Соотнесение того или иного конкретного случая с определенной группой речевых патологий, необходимое для выяснения характера последующего педагогического воздействия, было проведено с учетом современных классификаций речевых дефектов, разработанных в отечественной логопедии. Установлено, что у обследованных детей различные формы речевых нарушений имеют свою симптоматику и динамику проявлений.

Были выявлены неслышащие дети с нарушениями речи дизартрического характера. Эти нарушения особенно заметно проявляются в работе над устной речью. В литературе (Р.Д. Бабенкова, А.Г. Ипполитова, Е.М. Мастюкова, Г.В. Чиркина и др.) отмечается, что дизартрии могут быть различной степени выраженности, в зависимости от локализации поражения в центральной нервной системе и от тяжести нарушения. Наряду с выраженными расстройствами артикуляции, как, например, на фоне ДЦП, могут наблюдаться менее выраженные, так называемые стертые дизартрии или, как в настоящее время чаще указывается, минимальные дизартрические расстройства, при которых наблюдаются специфические изменения звукопроизношения, просодической стороны речи.

У неслышащих и слабослышащих учащихся это выражалось в расстройствах артикуляционной моторики, нарушении тонуса мышц губ, языка; наблюдались дискоординационные расстройства, проявляющиеся в нарушении точности артикуляционных движений; не сохранялись определенные артикуляционные позы; отмечались нарушения в переключении с одного движения на другое. Подобное нарушение определялось по внешним признакам: от-

клонения языка от середины, слюнотечение, приоткрытость рта. Нередки случаи, когда большинство звуков изолированно дети произносили правильно, однако в спонтанной речи — смазанно. Характерен замедленный темп при выполнении артикуляционных упражнений, слабые модуляции голоса. В работе над произношением большие проблемы возникали при постановке звуков, особенно трудно произносимых, таких как свистящие, шипящие, аффрикаты, вибранта, где особенно требуется проявление силы выдыхаемой воздушной струи, определенного мышечного напряжения при движении органов речи, например, при упоре языка в резцы, поднятии спинки и кончика языка и т.д.

На основании анализа проявлений речевых отклонений и динамики их устранения, на наш взгляд, было бы правильным отнести их к расстройствам дизартрического ряда. Общим для детей с этим нарушением является расстройство речевой моторики. Степень выраженности этих нарушений различна, она обусловлена тяжестью неврологического состояния. Выявление речевого дефекта и отнесение его к нарушению дизартрического ряда мы проводили с учетом только явных, хорошо заметных отклонений от нормы в функционировании артикуляционного аппарата, так как четкая дифференциация форм дизартрии, как принято в логопедии, на материале детей с нарушениями слуха значительно затруднена.

У некоторых обследованных детей с нарушениями слуха были выявлены аномалии развития нёба, его незаращение, следствием которого явилась открытая ринолалия. Обнаруживается дефектная артикуляция, отклоняющийся от нормы акустический эффект при произнесении звуков речи, гипо- или гиперназальность. В сурдопедагогике одним из частых нарушений, которое особым образом влияет на внятность речи, является открытая гнусавость, выражающаяся либо в носовом оттенке гласного, либо в его замене носовым заднеязычным согласным, которое слышится в конце как английское «ng» («нг»). Возникновение такого дефекта объясняется неточным функционированием органов артикуляции при произношении и ограниченными возможностями слухового контроля. В нашем случае выявленные нарушения произношения обусловлены анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата, при котором фонация, артикуляция звуков существенно отличается от нормы. Это в значительной степени затрудняет работу над устной речью детей с нарушениями слуха.

Считается, что эти случаи редко встречаются в практике, но по данным различных авторов около 60% детей с врожденной расщелиной неба имеют то, или иное снижение слуха, обусловленное хроническими заболеваниями среднего уха. В основном это кондуктивная тугоухость, однако возможно и сочетание врожденной нейросенсорной тугоухости и ринолалии. Врожденная расщелина является симптомом многих генетических заболеваний, сочетающийся с сенсорными нарушениями. Очевидным является то, что в коррекционной работе над произношением у детей, где сочетается нарушение слуха и такое речевое нарушение, как ринолалия, следует опираться на комплексное использование сохранных анализаторов, а также широко применять соответствующие технические средства обучения, такие как виброскоп, компьютерная программа «Видимая речь» (О.И. Кукушкина) и др.

Другую значимую группу составляют дети с нарушениями речи по типу алалии. С точки зрения возможностей выявления этого речевого дефекта у детей с нарушенным слухом, это диагностически наиболее трудные случаи. Сложности дифференциальной диагностики связаны со сходством внешних проявлений речи при алалии и при глухоте. Принимая во внимание существующие в настоящее время две классификации речевых нарушений — клинико-педагогическую и психолого-педагогическую, мы используем термин «алалия», относящийся к первой классификации, сознательно избегаем терминов «общее недоразвитие речи», «задержка речевого развития», так как подобные нарушения могут быть в большей мере отнесены ко вторичным нарушениям развития речи у детей с нарушениями слуха. Первоначально наблюдаемыми симптомами такого речевого расстройства у неслышащих детей послужили исключительно слабые результаты в работе по накоплению и активизации словаря. Наблюдались и специфические нарушения в восприятии речи в дактильной форме (в понимании значений слов, смысла обращенной речи). Ана-

логичные смысловые ошибки отмечались и в собственной дактильной речи детей при названии предметов и действий с ними, в ответах на вопросы. В дактильной и письменной речи имели место частые характерные искажения слов. В учебном процессе эти дети значительно медленнее, чем другие, овладевают речевым материалом. Для выражения мысли ребенок часто заменяет слова жестами. Эти учащиеся испытывают трудности в овладении дактильно-звуко-буквенным составом слова и его воспроизведении, не усваивают его правильного знакового образа. Обследование устной речи неслышащих детей, имеющих подобное речевое расстройство, и наблюдения за процессом формирования их произношения позволили заметить, что в данном случае дело не идет о нарушениях произношения, связанных с дефектами артикуляционного аппарата (таковых в отдельных случаях и не было выявлено). Основное внимание учащихся направлялось на долгие поиски нужного положения артикуляционных органов при произнесении какого-либо звука. Причиной этого являются, как мы полагаем, имеющиеся трудности создания четкого образа артикулемы. Ученику не удастся осознать особенности выполняемых речевых движений, как отдельно, так и в комплексе, которые должны образовывать нужную артикулему. Таким образом, можно говорить об особо выраженных затруднениях анализа и синтеза собственных речевых движений у такого ребенка.

У неслышащих с нарушениями речи по типу алалии отчетливо проявилась недостаточность речевой памяти, что, безусловно, отрицательно сказывается на эффективности обучения. Изучение процесса усвоения детьми новых слов и сравнение индивидуальных показателей в припоминании заученных слов позволяют с большим основанием говорить о возможном наличии подобного первичного речевого нарушения у отдельных детей с нарушением слуха. Значительное недоразвитие речи обусловлено не только нарушением слуха, как у большинства детей, имеющих сенсорное нарушение, а имеет самостоятельную природу. Нейрофизиологическое обследование детей со сниженным слухом показало наличие признаков грубых структурно-функциональных нарушений в речевых зонах левого полушария. М.Н. Фишман отмечает, что сочетание слуховой депривации с органическим поражением речевых структур мозга на фоне замедленного развития коры и лобно-таламических регуляторных структур лежит в основе нейрофизиологических механизмов сложного дефекта. Наблюдаемые нами нарушения речи затрагивали процессы и восприятия, и порождения речи. Эти дети значительно медленнее, чем другие неслышащие, продвигаются в речевом развитии. Имеющиеся «провалы» в усвоении слов затрудняют понимание учебного материала, учащиеся не успевают воспринимать и анализировать в достаточной степени даже знакомый материал и переработать новый.

Таким образом, нарушения речи у некоторых неслышащих детей можно расценивать как первичный дефект, а не только как вторичный, возникающий вследствие нарушенного слуха. Результаты этого исследования расширили представления о различных категориях детей с комплексными нарушениями. Была выделена группа детей, у которых имеют место нарушения слуха и речевые нарушения первичного характера, поэтому в коррекционной работе должны быть органично соединены методы специальной работы над речью детей с нарушениями слуха и методы логопедии (М.В. Жигорева, 2006).

### ***2.1.7. Дети с детским церебральным параличом и нарушениями слуха***

В настоящее время практически неизученной в медико-психолого-педагогическом отношении является сложное нарушение, образуемое сочетаниями недостатков слуха и нарушениями опорно-двигательного аппарата, в данном случае детского церебрального паралича (ДЦП). Мы располагаем исследовательским материалом, где раскрываются клинические проявления у детей с ДЦП и нарушениями слуха (Л.О. Бадалян, Н.М. Всеволожская, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова и др.). Описываются психические особенности детей этой группы (Э.С. Калижнюк, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, Л.М. Шипицына и др.). Контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата крайне не-

однороден как в клиническом, так и в психологическом отношении. Исследователи отмечают, что к основному симптому ДЦП — двигательным расстройствам, в большей части случаев присоединяются нарушения психики, речи, зрения, слуха и др. В исследованиях Э.С. Калижнюк выявлено, что при гиперкинетической форме ДЦП в 25% случаях могут наблюдаться нарушения слуха. В работе И.А. Смирновой (2003) указывается, что у детей с ДЦП отмечается снижение слуха в 6–23% случаев, а у детей с гиперкинетической формой — в 60% случаев. На значительный полиморфизм детей с ДЦП, имеющих различные сенсорные нарушения, указывают И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. Они отмечают, что при ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Деятельность одного анализатора всегда соотносится с деятельностью других анализаторов. Слуховой, двигательно-кинестетический анализаторы являются важнейшими органами связи между всеми анализаторами внешней и внутренней среды. Опираясь на литературные источники и на собственный опыт работы, можно отметить, что рассматриваемый контингент детей весьма разнообразен по своему составу.

У детей данной группы выявляются сложные множественные нарушения, обусловленные многоаспектным внутриутробным поражением центральной нервной системы. В структуре комплексного дефекта имеющиеся нарушения опорно-двигательной системы и слуха, различные по степени тяжести, сочетаются с различными по выраженности интеллектуальными нарушениями и задержкой психического развития, выступающей как первичное нарушение, но также и как следствие имеющихся сочетанных нарушений.

Неслышащие дети с ДЦП и глубоким нарушением интеллектуального развития с трудом вступают в контакт с психологом, с педагогом, с детьми. Практически у всех детей не сформированы навыки самообслуживания, коммуникации, обнаруживаются лишь начатки подражания. С первых дней жизни состояние их отличается значительным отставанием в физическом развитии. Выполнение большинства заданий возможно только в совместных действиях.

Для детей, имеющих сочетания нарушений слуха, ДЦП и менее выраженные интеллектуальные нарушения, характерно то, что они испытывают трудности адаптации, неустойчивость эмоционально-волевой сферы. Сочетание нарушений слухового анализатора и детского церебрального паралича является причиной, тормозящей процесс освоения пространства, развития мышления и речи.

У детей с ДЦП и нарушениями слуха специфичен процесс развития речи. Имеющееся сочетание нарушений приводит к недоразвитию импрессивной, экспрессивной речи и влияет на процесс формирования устной, тактильной, письменной форм речи. Речевое развитие детей с ДЦП и нарушениями слуха возможно только в специальных условиях. Слуховой анализатор играет первостепенную роль в развитии речи ребенка. В свою очередь речевое развитие осуществляется в тесной взаимосвязи с двигательными навыками, благодаря чему формируется целостная интегрированная деятельность, слухомоторная функционирующая система, которая и составляет основу речевого развития. К нарушениям слуха, которые сами по себе препятствуют полноценному развитию речи, особенно устной, присоединяется такое речевое нарушение, как дизартрия, характерное для детей с ДЦП. Патологическое состояние артикуляционного аппарата, связанное с органической недостаточностью иннервации, ограничивает спонтанное развитие артикуляционной моторики. Нарушение кинестезий ведет к невозможности определять положение языка, губ, что существенно затрудняет артикуляцию. Речь детей отличается ограниченностью словаря, несформированностью грамматического строя, дети могут участвовать в диалоге на элементарном уровне, в основном пользуются жестами, могут дактилировать. При этом было обнаружено, что у учащихся не хватало определенной силы, точности удержания определенного

уклада пальцев, необходимого для той или иной буквы. Особенно трудно удавалось воспроизводить дактилемы, требующие наиболее сложных конфигураций (д, у, я, б, н и другие). Устная речь у детей находится на начальном этапе, они могут произносить изолированно гласные звуки, некоторые согласные, слоги, простые слова. Произношение смазанное, маловнятное, наблюдается повышенная саливация, труднопроизносимые звуки не дифференцируются (М.В. Жигорева). При одновременном поражении двигательного и слухового анализаторов у детей крайне ограничена предметно-практическая деятельность, недостаточно сформирована моторная координация, беден практический опыт, слабо развита ориентировка в окружающем пространстве, особо ярко проявляется недоразвитие речи.

Таким образом, вышеизложенный материал показывает, что категория детей с комплексными нарушениями полиморфна. Это определяет необходимость качественного глубокого изучения психического развития детей не только отдельных подгрупп, а практически всех случаев, где сочетаются первичные нарушения, с позиций выявления общих закономерностей психического развития, определения особенностей их развития.

***Для самоконтроля по теме «Особенности развития детей при разных сочетаниях первичных нарушений» необходимо ответить на следующие вопросы:***

1. Какие критерии можно выделить для углубленного понимания особенностей слепоглухих детей?
2. По какому принципу диагностируются формы дизартрии при ДЦП?
3. Какой компонент в структуре речевых нарушений умственно отсталых детей является преобладающим?
4. Какие речевые нарушения диагностируются у детей с нарушением зрения?
5. При каких формах ДЦП чаще всего наблюдаются нарушения слуха?
6. Каким образом патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства сказывается на восприятии в целом?
7. В соответствии с какой классификацией диагностируются речевые нарушения у детей с нарушением слуха?
8. Какие речевые нарушения первичного характера встречаются у детей с нарушениями слуха?

## **2.2. Методологические подходы к изучению развития детей с комплексными нарушениями**

### ***2.2.1. Принципы диагностики нарушений развития при сложных дефектах***

В специальной психологии и педагогике клинико-психолого-педагогическое исследование становится одним из главных условий разработки и реализации коррекционно-развивающих программ. Диагностика — это звено, обеспечивающее связь процесса обучения с индивидуальными особенностями ребенка (В.И. Лубовский). Полученные результаты исследования каждого ребенка с комплексными нарушениями являются отправной точкой в разработке индивидуального маршрута развития. В специальной психологии накоплен обширный диагностический материал, позволяющий выявить отклонения в развитии.

Понимание всей сложности задачи по выявлению особенностей детей с комплексными нарушениями развития подводят нас к рассмотрению принципов диагностики, описанных в трудах ведущих специалистов Л.С. Выготского, С.Д. Забрамной, В.И. Лубовского, Т.В. Розановой, У.В. Ульяновской, на которые следует опираться при изучении детей данной категории. Особый вклад в разработку принципов, методов и путей изучения детей с проблемами в развитии внесли исследователи: Т.А. Власова, Г.М. Дульнев, И.А. Коробейников, И.Ю. Левченко, М.С. Певзнер, Е.А. Стребелева и др.

*Принцип комплексного изучения детей* является общепринятым и присутствует во всех отечественных и зарубежных диагностических концепциях. Чтобы точно определить состояние ребенка, выявить и квалифицировать нарушения развития, установить их возможные причины, важно учитывать данные, полученные при обследовании их различными специалистами: врачами, педагогами-дефектологами, психологами. В комплексном обследовании ребенка со сложным нарушением используется не только клиническое, экспериментально-психологическое изучение ребенка, но и другие методы: анализ медицинской и педагогической документации, наблюдение за ребенком, социально-педагогическое обследование, в особых случаях — нейрофизиологическое, нейропсихологическое и другие методы исследования. Комплексная диагностика — это интеграция информации, полученная разными методами, поэтому данные о ребенке должны быть изучены с позиций педагогики, психологии и медицины.

*Принцип всесторонности изучения детей* предусматривает изучение всех сторон психики, речи, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей, физического, соматического состояния детей. Принцип целостного, системного изучения ребенка. Очевидным является то, что не следует делать заключение об уровне развития ребенка, изучая различные психические функции изолированно. Этот принцип предполагает обнаружение не просто отдельных проявлений нарушения психического развития, а связей и отношений между ними, установления иерархии обнаруженных недостатков или отклонений в развитии ребенка, т.е. структурных ее компонентов — первичных, вторичных. Этот принцип также предполагает не только медико-психолого-педагогическое изучение ребенка, но и социально-психологическое исследование. Системным объектом рассмотрения при этом является семья. Принцип системности означает учет всех релевантных явлений, существовавших ранее и в настоящее время, которые обусловили особенности развития ребенка.

*Принцип целостности и системности* реализуется в сборе и изучении данных о семье, ее составе, характере трудовой деятельности, а также анамнестических показаний.

*Принцип онтогенетического развития.* Означает, что разработка диагностической программы, основных видов заданий для изучения детей с комплексными нарушениями, организация и проведение самого процесса обследования должны осуществляться с учетом появления и развития основных видов деятельности ребенка в онтогенезе. Диагностическое исследование включает только те задания, которые доступны детям данного возраста.

*Принцип изучения детей в динамике* предполагает учет возрастных особенностей ребенка при организации обследования, выборе диагностического инструментария и анализа результатов изучения, учет текущего состояния ребенка, учет возрастных, качественных новообразований и своевременность их реализации.

*Принцип ранней диагностики нарушений у детей со сложным дефектом.* Своевременность обнаружения нарушенных функций позволяет назначить адекватную врачебную и психологическую помощь, кроме того, в отдельных случаях это помогает решать профилактические задачи, т.е. предупреждать появление вторичных, третичных отклонений в развитии.

*Принцип выявления и учета потенциальных возможностей ребенка* — этот принцип опирается на концепцию Л.С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития, соотношение которых определяет возможности усвоения новых знаний и умений в перспективном плане. Эти возможности выявляются в процессе сотрудничества ребенка с педагогами при усвоении новых способов действий.

*Принцип качественного анализа результатов психодиагностического изучения* ребенка при оценке выполненных заданий предусматривает: анализ способов ориентации в условиях задания и способов его выполнения; соответствие действий ребенка условиям задания, характеру экспериментального материала и инструкции; продуктивность использова-

ния помощи взрослого; умения выполнять задание по аналогии; отношение к результатам своей деятельности.

*Принцип единства диагностики и коррекции.* Изучение психического развития ребенка во всем многообразии проявлений, анализ особенностей развития психики ребенка на основе учета всех составных частей социальной ситуации его развития, обоснование необходимости измерения не только актуального уровня психического развития, но и потенциальных возможностей, чрезвычайно важны для современной системы психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями. Динамические изменения в развитии ребенка под влиянием коррекционной работы дают обширную информацию об обучаемости ребенка и его потенциальных возможностях.

### **2.2.2. Медицинское обследование и анализ анамнестических данных**

Для определения своеобразия психического развития детей с комплексными нарушениями следует проанализировать зависимость между этиопатогенезом и особенностями клинических проявлений при тщательном изучении историй развития каждого ребенка. Для выбора оптимальной тактики и достижения объективности обследования, а также адекватности оценки имеющихся данных детей с комплексными нарушениями развития важным является медицинское обследование, которое предопределяет последующие действия специалистов. На ступени первичного обследования ребенка с комплексным нарушением особое значение имеет анализ анамнестических данных, выяснение причин, вызвавших то или иное комплексное нарушение, знакомство с имеющейся медицинской документацией, заключениями специалистов (офтальмолог, отоларинголог, педиатр, невропатолог, психиатр; ЭЭГ и другие данные). Изучается анамнез первых лет жизни ребенка, который включает сведения о перенесенных болезнях, травмах; анализируются также темп и сроки психомоторного развития. Более полную картину развития позволяет раскрыть информация о том, где пребывал ребенок до поступления в специальное учреждение. Сведения о причинах и времени возникновения поражений в центре и на периферии позволяют в обобщенном виде проследить возможную зависимость особенностей развития высших психических функций от определенных этиологических факторов.

Для полноты раскрытия структуры дефекта у ребенка с комплексным нарушением развития необходимо изучение сведений семейного анамнеза, которые можно получить непосредственно от родителей, близких, с помощью привлечения таких методов, как интервью, беседа, наблюдение. Если не представляется возможным непосредственно получить информацию от близких, то эти сведения могут предоставить педагоги, воспитатели, их можно получить при знакомстве с данными личных дел детей. Семейный анамнез включает информацию о психическом, неврологическом состоянии близких; о хронических соматических заболеваниях родственников. Описывается состав семьи, возраст и образовательный уровень каждого из ее членов, а также семейно-бытовые условия, в которых воспитывается ребенок, место и характер работы родителей, в частности наличие производственных вредностей. Дается оценка взаимоотношений в семье, отношения к ребенку. Фиксируются случаи алкогольной или наркотической зависимости.

Учитывая полиморфность нарушений у детей данной группы, при изучении медицинских показателей целесообразна следующая схема:

- изучение семейного анамнеза;
- изучение анамнеза ребенка;

— выявление причин, обуславливающих возникновение сложных нарушений, которые в определенной степени дают возможность составить в общих чертах портрет ребенка, имеющего различные сочетанные нарушения.

### **2.2.3. Основные показатели социального развития детей с комплексными нарушениями**

Воспитание и обучение детей с комплексными нарушениями в развитии мы рассматриваем как явление социальное, где основная задача заключается в подготовке к самостоятельной жизнедеятельности. У детей с комплексными нарушениями процесс социализации осложняется, прежде всего, тем, что имеющиеся многообразные нарушения развития препятствуют формированию умений обобщать и использовать накопленный жизненный опыт. Комплексный дефект приводит к существенному обеднению чувственного познания. Л.С. Выготский называл это «социальным вывихом», имея в виду, что ребенок с нарушениями в развитии с трудом осваивает социокультурную среду. Главную задачу психолога, педагога-дефектолога он видел в том, чтобы «встроить» ребенка в окружающую среду, помочь ему включиться в жизнь.

Социализация — явление многоаспектное, это процесс и результат усвоения активного воспроизводства индивидом социального опыта, который осуществляется в общении и деятельности. Социализация может происходить как в условиях стихийного воздействия на личность различных обстоятельств жизни в обществе, имеющих иногда характер разнонаправленных факторов, так и в условиях воспитания, т.е. целенаправленного формирования личности.

Социальное развитие ребенка начинается практически в первые годы жизни и зависит от социальной ситуации, которая организуется сначала в семье, затем уже в условиях обучения и воспитания. Именно от родителей ребенок получает систему знаний о нормах, правилах социального поведения, в соответствии с традициями общества и усваивает их на практике. Ребенок, появляясь на свет, вливается в систему уже готовых отношений, правил поведения, способов пользования предметами, разработанными предшествующими поколениями. На ранних стадиях они усваиваются на подсознательном уровне. Затем этот процесс приобретает осознанный характер и становится неотъемлемой частью сознания личности. Опыт личности — это итоговая совокупность фиксированных внешних воздействий, преобразованных через призму потребностей во внутреннем психическом плане.

Для оценки уровня социального развития детей с комплексными нарушениями выборочно используются предложенные Т.В. Николаевой, Е.А. Стребелевой и другими исследователями шкалы навыков социального развития. Для определения уровня сформированности навыков социального развития детей с комплексными нарушениями ставятся следующие задачи:

- установление характера взаимодействия ребенка с окружающими;
- выявление коммуникативных возможностей детей;
- определение объема владения навыками самообслуживания;
- изучение состояния и особенностей игровых действий.

Для изучения социального развития детей с комплексными нарушениями используются методы: наблюдение, опрос педагогов, воспитателей, родителей. Результаты такого обследования могут явиться индикатором различных состояний ребенка и определения дальнейшего хода развития.

### **2.2.4. Выявление особенностей познавательной деятельности у детей с комплексными нарушениями**

Психолого-педагогическое обследование является одним из компонентов комплексного подхода в изучении умственного развития детей со сложными нарушениями, его результаты могут рассматриваться в совокупности с другими данными о ребенке. Организация специального обучения детей с комплексными нарушениями развития ставит вопросы детального изучения этих детей, выявления особенностей познавательной деятельности, установления характера нарушений, а также поможет выявить потенциальные возможности ребенка и прогнозировать его развитие.

Основной целью применения психологической диагностики является определение уровня умственного развития, состояния интеллекта детей с комплексными нарушениями, поскольку эта категория детей представляет исключительное разнообразие. Возможные нарушения в мыслительной деятельности, наблюдаемые у детей и представляющие собой комплекс нарушений, могут иметь разный механизм. В ходе установления дифференциального диагноза становится возможным выделить первичные и вторичные нарушения, что чрезвычайно сложно в отношении детей с множественными нарушениями, так как в одних случаях вторичные нарушения являются следствием нарушений анализатора, в других — нередко выступают как «самостоятельные» первичные нарушения и замаскированы поражением какой-либо функции. Наиболее сложной для диагностики ситуацией является отграничение детей, например, с нарушениями слуха и умственной отсталостью от детей с нарушениями слуха и выраженной задержкой психического развития. Особую трудность в диагностическом плане вызывают дети с двигательными нарушениями в сочетании с нарушениями зрения и слуха — их неразборчивая речь затрудняет организацию обследования и ограничивает возможности применения экспериментальных методик и тестовых заданий. Наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика задержки психического развития и легкой степени умственной отсталости у дошкольников с церебральным параличом (И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько). Поэтому в подборе диагностических методик мы исходили из того, насколько они будут доступны для выполнения и надежны для определения окончательного вывода. В комплексной оценке психического развития и выявления потенциальных возможностей детей с комплексными нарушениями, разработке содержания дальнейшего обучения важным является педагогическое обследование. Специальных заданий педагогической направленности в исследование мы не включали, в то же время нами было предусмотрено установление основных проблем в обучении, темпа усвоения учебного материала, выявление особенностей учебной деятельности детей дошкольного возраста с комплексными нарушениями. Педагогические сведения накапливались из бесед с педагогом, воспитателем, самим ребенком и его родителями, в процессе воспитания и обучения, при изучении продуктов деятельности детей. Это позволило в дальнейшем целенаправленно вносить коррективы в организацию коррекционно-развивающего процесса.

Система методик, которую можно применять для детей со сложными нарушениями, ориентирована на достаточно широкий диапазон психолого-педагогических исследований. Это означает, что комплекс методик, предназначенный для обследования детей со сложным дефектом, в своей основе принципиально не отличается от существующих и уже апробированных методических комплексов. В исследовании использовался такой диагностический материал, как «Доски Сегена», матрицы Равена, «Исключение четвертого лишнего», разрезные картинки. Имеющиеся методические наработки в области диагностического изучения детей различных категорий при необходимости модифицировались в целях адекватного применения при обследовании детей с комплексными нарушениями (А.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард; С.Д. Забрамная; И.Ю. Левченко, Н.А. Киселева; М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, А.А. Семенович; Е.А. Стребелева; С.Я. Рубинштейн и др.).

Чтобы качественно охарактеризовать психическое развитие детей, имеющих комплексные нарушения, разработана диагностическая программа, согласно которой проводится обследование; полученные результаты фиксируются в протоколах, затем проводится качественный и количественный анализ полученных данных. Для уравнивая возможностей выполнения заданий детьми с разными сочетаниями нарушений методики подбираются таким образом, чтобы дать инструкции не только вербально, но и по показу; ответы могут быть с использованием паралингвистических средств; выполнение заданий не требует высокого уровня развития тонкой моторики.

Важными параметрами в обследовании детей с комплексными нарушениями развития явились также особенности личностной, эмоционально-волевой сферы и поведения и особенности деятельности. Эти параметры определялись в ходе экспериментального исследования.

### **2.2.5. Логопедическое обследование детей с комплексными нарушениями**

Как известно, речь представляет собой одну из сложных психических функций человека. Речевой акт осуществляется системой органов, где ведущая роль принадлежит деятельности головного мозга, участвуют все анализаторные системы. Речь усваивается ребенком в определенной последовательности и проходит ряд этапов. Имеющиеся нарушения сенсорной системы, сниженные интеллектуальные возможности, двигательные расстройства сказываются на речевом развитии ребенка. В.И. Лубовский, раскрывая общие закономерности развития аномальных детей, указывал, что практически у всех детей, относящихся к различным категориям отклонений в развитии, в той или иной степени наблюдаются речевые проблемы. Поэтому логопедическому обследованию детей с комплексным нарушением развития придается особое значение. Методика логопедического обследования выстраивалась таким образом, чтобы можно было определить уровни речевого развития детей с комплексными нарушениями, выявить степень сформированности речевых умений и уточнить факторы, обуславливающие характер речевого нарушения. Обосновывая содержание логопедической диагностики следует отметить, что традиционная схема проведения обследования речи, а именно изучение основных компонентов речевой системы (лексика, грамматический строй, фонетика), в данном случае себя не оправдывает, так как речевые возможности детей с множественными нарушениями достаточно вариативны как на уровне средств общения, так и на уровне коммуникативных умений и навыков. В связи с этим в основу логопедического обследования должны составить ключевые показатели, характеризующие состояние речи детей с комплексными нарушениями: форма речи, объем словарного запаса, наличие и качество фразовой речи. Таким образом, логопедическое обследование включает:

- установление формы речи, которой владеет ребенок (устная, письменная, дактильная, устно-дактильная, жестовая, альтернативные средства коммуникации);
- изучение строения артикуляционного аппарата;
- изучение подвижности органов артикуляции;
- характеристика произносительной стороны речи;
- выявление понимания слов, предложений;
- обследование лексического запаса;
- выявление возможностей владения лексико-грамматическим оформлением фразы.

Качественный анализ результатов психолого-педагогического обследования предполагал оценку особенностей психического развития детей с комплексными нарушениями. Для этого из совокупности качественных показателей И.Ю. Левченко) можно выделить наиболее значимые диагностические критерии, которые позволили дифференцировать детей на определенные группы: степень самостоятельности выполнения заданий; способность к подражанию действиям взрослого; качество самоконтроля при выполнении заданий; использование помощи.

***Для самоконтроля по теме «Методологические подходы к изучению развития детей с комплексными нарушениями» необходимо ответить на следующие вопросы:***

1. По каким наиболее значимым диагностическим критериям выделяют группы детей со множественными отклонениями развития?
2. Что включает логопедическое обследование детей с комплексными нарушениями развития?
3. Какие методики применяются для оценки уровня интеллектуального развития детей со сложными нарушениями?
4. Какие задачи ставятся для определения уровня сформированности навыков социального развития детей с комплексными нарушениями?

## **2.3. Уровневый подход к оценке развития детей с комплексными нарушениями**

### **2.3.1. Обоснование уровневого подхода к оценке развития детей с комплексными нарушениями**

Накопленные данные социального, психолого-педагогического, логопедического изучения детей с различными комплексными нарушениями показали: несмотря на то, что каждому варианту сочетаний нарушений свойственна особая психологическая структура, у детей с разными сочетаниями нарушений могут отмечаться сходные по степени выраженности особенности познавательной и речевой деятельности, личности. Дети с сочетанием разных нарушений могут иметь одинаковый уровень психического развития, а при сходной структуре нарушений может отмечаться различный уровень психического развития. Эти факты позволили нам обосновать уровневый подход к оценке особенностей развития детей с комплексными нарушениями.

Концептуальным источником в определении методологических позиций психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями является уровневый подход к оценке выраженности нарушений развития (Р.Е. Левина, 1968; У.В. Ульenkова, 1994; И.Ю. Левченко, 2007).

Разграничивая в педагогических целях многообразие проявлений общего недоразвития речи по степени выраженности дефекта, Р.Е. Левина выделяет три уровня развития речи. Такое деление позволило обозначить признаки, по которым дети могут быть объединены для совместного коррекционного обучения. Позже Т.Б. Филичева выделила четвертый уровень речевого развития при общем недоразвитии речи (2000).

В исследовании У.В. Ульenkовой (1994), посвященном изучению вопроса сформированности полноценной произвольной деятельности учебного типа, было выделено пять уровней общей способности к учению дошкольников с задержкой психического развития. Выделение этих уровней послужило ориентиром в определении путей коррекционно-педагогического воздействия, выбора заданий, методических приемов работы, адекватных для выполнения и усвоения знаний детьми с задержкой психического развития.

В исследовании И.Ю. Левченко (2007) отмечается, что выраженность отклонений в развитии у детей может быть различна. Успешность воспитания, обучения и социальной адаптации ребенка с отклонением в развитии, зависит от правильной оценки его возможностей и особенностей психофизического развития, что является определяющим фактором установления уровня психолого-педагогического сопровождения, благодаря которому ребенок попадает в адекватное его психосоматическому статусу воспитательно-образовательное пространство. О.С. Никольская также выделяет 4 группы детей с расстройствами аутистического спектра в зависимости от особенности нарушений.

Современная концепция стандарта общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), разработанная ведущими учеными НИИ коррекционной педагогики РАО Н.Н. Малофеевым, Е.Л. Гончаровой, О.И. Кукушкиной, О.С. Никольской (2008), предполагает уровневый подход к организации и содержанию образования детей с ОВЗ, индивидуализации их педагогических маршрутов.

Поскольку состав группы детей неоднороден, диапазон различий в требуемом уровне и содержании образования должен быть максимально широким, соответствующим возможностям и потребностям всех детей с ОВЗ. Конкретизация этого подхода в системе дошкольного образования детей с комплексными нарушениями развития в настоящее время является одной из важнейших задач коррекционной педагогики.

Особенности развития детей с комплексными нарушениями зависят от степени выраженности имеющихся сочетанных нарушений. Критерием выделения каждого уровня психического развития является количественный показатель коэффициента успешности выполнения всех заданий, представляющего величину, выраженную в процентах. При изуче-

нии детей с комплексными нарушениями было выделено три уровня психического развития: I (низкий) уровень; II (средний) уровень; III (выше среднего) уровень.

Для каждого выделенного уровня психического развития дошкольников с комплексными нарушениями характерны: вариативность сочетаний первичных нарушений, отличающихся степенью выраженности и наличием осложняющих их компонентов. Определение своеобразия психического развития детей с отклонениями в развитии позволяет выстраивать стратегию психолого-педагогического воздействия в соответствии с уровнем развития каждого ребенка.

### **2.3.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с комплексными нарушениями с I (низким) уровнем развития**

Патогенетическую основу, определяющую особенности психофизического развития детей с комплексными нарушениями, отнесенных к низкому уровню развития, составляют сложные этиологические факторы, ведущее место среди которых занимает внутриутробное органическое поражение центральной нервной системы, а также наследственные и хромосомные заболевания; имеет место одновременное поражение нескольких функциональных систем организма, сочетающихся с недоразвитием коры головного мозга.

У группы детей с I (низким) уровнем психического развития выделяется несколько вариантов комплексных нарушений. В основном это дети с множественными нарушениями, где количество первичных дефектов доходит до четырех, каждое из которых в этом комплексе существует с характерными для него вторичными расстройствами при наличии осложняющих компонентов. Для описываемой нами группы детей общим является то, что их объединяет глубокое недоразвитие познавательной деятельности, которое присутствует во всех вариантах комплексного нарушения, характеризующееся тотальным недоразвитием и непрогредиентным состоянием интеллектуального дефекта с последующим дизонтогенетическим развитием. Психическое развитие детей с множественными нарушениями, относящихся к I (низкому) уровню, протекает в условиях специфического соединения разных типов дизонтогенезов, таких как ретардация и дефицитарность, в отдельных случаях с включением отклонений по типу асинхронии. Дети характеризуются стойкими нарушениями психической деятельности, отчетливо обнаруживающимися в сфере социального развития, познавательных процессов, в речевом развитии.

*В социальном развитии* обращает на себя внимание отставание в социальном приспособлении. У подавляющего большинства детей отмечается формальный контакт со взрослыми или наблюдаются случаи полного отказа от сотрудничества. Пассивность и крайне сниженная потребность в общении, слабый интерес к окружающему тормозят процесс формирования коммуникативных средств. У детей длительное время отмечается эмоционально-личностная форма общения, они предпочитают телесный контакт: основными средствами коммуникации являются экспрессивно-мимические проявления, отдельные вокализации. Дети затрудняются в овладении простейшими жизненно необходимыми умениями и навыками самообслуживания. Они долго не умеют пользоваться столовыми приборами, не умеют самостоятельно одеваться и раздеваться, не владеют санитарно-гигиеническими навыками. Отмечается несформированность игровых действий, проявляющихся в стереотипных манипуляциях с предметами, сопровождающихся агрессией, неадекватностью или полным безразличием.

*Развитие высших психических функций.* В условиях указанной патологии наблюдается недоразвитие всех психических функций, показатели которых в своем внешнем линейном отображении равномерно «располагаются» на низком уровне. Конструктивный праксис находится на крайне низком уровне развития, выполнение заданий возможно только при помощи взрослого, т.е. в совместных действиях.

У детей с низким уровнем психического развития наблюдается нарушение пространственных представлений. В становлении познания пространства обычно выделяется три эта-

па. Первый обусловлен проявлениями двигательной активности, второй связан с овладением предметными действиями, третий начинается с развития речи (В.Г. Петрова, 2002). У детей изучаемой категории длительное время развитие пространственных представлений находится на первом этапе, и лишь незначительная часть детей приблизилась ко второму этапу; наблюдаются нарушения слухового, зрительного, осязательного восприятия.

У детей с комплексными нарушениями значительно сужен канал приема и переработки информации, осуществляющий знакомство с тем, что находится вокруг них. В то же время вариативность структур комплексных нарушений указывает на то, что остаются сохранными те или иные органы чувств, способные функционировать. Анализируя результаты исследования на определение качества восприятия, можно предположить, что у детей с множественными нарушениями, в основе которых лежат многоаспектные внутриутробные поражения ЦНС, проявляется недоразвитие сенсорных функций, которые часто имеют не органический, а функциональный характер, так как дети, имея сохранным какой-либо из анализаторов, в большинстве своем не умеют полноценно его использовать. При этом явно прослеживается динамика в овладении способностью к узнаванию цвета (дети с сохранным зрением), дифференциации качеств текстуры, температуры (у детей с нарушениями зрения), о которых можно было судить по положительным реакциям детей, охотно вступающих в совместные действия с элементами самостоятельности. Это свидетельствует о том, что у всех детей с низким уровнем в большей степени сохранна осязательная и обонятельная чувствительность, которую надо развивать и на которую следует опираться в коррекционной работе.

У детей с комплексными нарушениями с I (низким) уровнем плохо развита память. В то же время обнаруживается ее частичная сохранность, которая проявляется в узнавании хорошо знакомых предметов, наделенных яркими качествами, привлекающими внимание детей; в идентификации часто выполняемых действий — дети частично могут установить связь между предметом и его назначением: например чашка, из которой пьют, шкаф, где хранится одежда, служат знаковым сигналом к прогулке. Это указывает на наличие определенных сдвигов в развитии памяти в условиях раннего начала коррекционной работы.

В связи со сложной структурой комплексного дефекта у детей значительно снижена продуктивность деятельности. При выполнении заданий наглядно-действенного и наглядно-образного характера обнаруживается инертность, трудности переключения, отсутствие контроля за собственной деятельностью. Детям с низким уровнем психического развития недоступны задания, выполнение которых основывается на словесно-логическом мышлении.

Внимание детей рассматриваемой группы всегда в той или иной степени нарушено: оно неустойчиво, дети отвлекаются, привлечь их можно с помощью ярких, звучащих или вибрирующих предметов.

Состояние детей с комплексными нарушениями с низким уровнем с первых дней жизни отличается значительным отставанием в физическом развитии: они в поздние сроки начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить; некоторые не могут самостоятельно передвигаться и в 5–6-летнем возрасте, это обусловлено глубокими поражениями ЦНС, вызывающими серьезные нарушения в опорно-двигательной сфере. Обращает на себя внимание тот факт, что у детей с I (низким) уровнем психического развития резко проявляется моторная недостаточность, характеризующаяся бедностью и однообразием движений, крайней замедленностью темпа, вялостью. Для большинства детей, особенно воспитывающихся вне семьи, свойственны стереотипия в виде покачивания телом, частых движений рукой перед лицом и др.

У этих детей отмечается выраженная незрелость эмоционально-волевой сферы и личности, им свойственны вялость, заторможенность или, наоборот, агрессивность, неадекватность поведения.

*Речевое развитие.* У всех детей, имеющих различные варианты комплексных нарушений, имеет место грубое недоразвитие речи. Большинство детей изучаемой группы

остаются «безречевыми». У других детей речь развивается, но медленно и с величайшим трудом. Дети знают названия некоторых предметов обихода. У детей, представляющих I группу с низким уровнем психического развития, оказывается несформированной не только сама речь, но и ее предпосылки: у детей не развиты ориентировочные действия, не сформирован интерес к окружающему, не развита предметная деятельность. У детей отсутствует потребность в общении, не развиты довербальные средства общения. Не сформировано слуховое внимание (у слышащих), восприятие, артикуляционный аппарат, все, что обеспечивает процесс речевого развития в норме.

Выполнение большинства заданий детьми с I (низким) уровнем психического развития возможно только в совместных действиях. Подражательная деятельность не сформирована, в отдельных случаях присутствуют только ее начатки. Саморегуляция и контроль отсутствуют, дети инертны. Помощь взрослого не воспринимают. Дети не могут самостоятельно включиться в процесс активного приспособления к условиям социальной среды и складывающимся жизненным ситуациям.

Перспектива развития детей с I уровнем существенно ограничена. Предопределяющим моментом развития речи будет являться психокоррекционная работа, направленная на развитие психологической базы речевой функции — восприятия, внимания, памяти, мышления, моторных функций. Наиболее значимым направлением в проектировании психолого-педагогической помощи детям является бытовая адаптация, способствующая обеспечению удовлетворения социально важных потребностей ребенка.

Тяжесть выявленных нарушений убедительно доказывает, что дети нуждаются в разработке специальных, индивидуальных диагностических и коррекционно-развивающих программ. Знание индивидуальных особенностей детей с I (низким) уровнем психического развития позволяет более конструктивно подходить к организации психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями.

### **2.3.3. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с комплексными нарушениями со II (средним) уровнем развития**

У этих детей наблюдается мозаичное, или парциальное, поражение головного мозга, резидуальная органическая недостаточность в сочетании с нарушениями анализаторной системы и локальными нарушениями речи. Контингент детей со II (средним) уровнем полиморфен по структуре комплексного дефекта. В эту группу вошли дети, у которых выявлены интеллектуальные нарушения легкой степени и дополнительные сенсорные, двигательные, речевые нарушения первичного характера.

Психическое развитие детей с комплексными нарушениями развития этого уровня проходит в условиях специфического вида дизонтогенеза, представляющего синтез различных типов: недоразвитие, задержанное развитие, дефицитарное развитие, дисгармоническое развитие, которые обосновывают вариативную структуру комплексного нарушения.

По выраженности проявлений психической деятельности детей со II уровнем условно можно подразделить на две подгруппы (А, Б), каждая из которых отличается показателями успешности.

*Социальное развитие.* В отличие от детей с I (низким) уровнем психического развития дети подгруппы А откликаются на имя, могут выполнить действия по поручению; дети избирательно владеют навыками самообслуживания; проявляют интерес к игрушкам, предметам; предпочтение отдают невербальным заданиям; им доступны композиции заданий, состоящие из 2–3-х фрагментов. Большинство детей подгруппы Б достаточно легко вступают в контакт, но он носит нестабильный характер, чаще всего из-за возникающих трудностей при выполнении определенных заданий и недостаточной работоспособности. Коммуникативная функция речи снижена. Навыками самообслуживания владеют не в полном объеме, особые трудности вызывают операции, требующие тонкой дифференциации моторных дей-

ствий. Игровая деятельность недостаточно сформирована, чаще носит процессуальный характер, в отдельных случаях прослеживаются логически связанные предметно-игровые действия с элементами сюжета. Детям доступны композиции заданий, состоящие из 3–4-х фрагментов.

*Развитие высших психических функций.* Своеобразие детей со II (средним) уровнем развития заключается в том, что различного рода сочетанные нарушения и последующее дизонтогенетическое развитие влекут за собой неравномерность психического развития, которая проявляется в отставании формирования одних психических процессов и относительной сохранности других. Это разнообразие наблюдается по всем количественным и качественным параметрам как в подгруппе А, так и в подгруппе Б. У детей с комплексными нарушениями II (среднего) уровня развития имеются определенные особенности в развитии сенсорно-перцептивной сферы. Сенсорную организацию детей с комплексными нарушениями отличает своеобразие взаимодействия анализаторов, которые при имеющихся нарушениях зрения, слуха, двигательной системы приобретает специфические формы. Это сказывается на скорости восприятия, полноте и адекватности отражения действительности. Детям свойственна пассивность в осуществлении операций идентификации, анализа, синтеза воспринимаемого материала. Недостаточность и замедленность формирования перцептивных действий, необходимых для использования в качестве эталонов при анализе различных свойств реальных предметов, обусловили средний уровень выполнения заданий. Для каждого варианта структуры комплексного нарушения характерны те или иные качества в овладении конструктивным праксисом, пространственной ориентировкой. Различны варианты сформированности осязательного восприятия.

При выполнении заданий на выявление особенностей конструктивного праксиса дети испытывали трудности, так как у них недостаточно сформировано представление о соотношении частей в конструируемом объекте.

Темп формирования пространственных представлений детей с комплексными нарушениями значительно снижен. Исследование показало, что дети могут самостоятельно указывать отдельные части тела, лица, в то же время, учитывая отсутствие или неточности представлений о предметах, явлениях, дети могут стереотипно ошибочно показывать те или иные части тела, лица.

Имеющиеся нарушения тормозят полноценное развитие познавательной деятельности, что находит отражение в снижении функционирования мнестических процессов. Особенности запоминания, узнавания и воспроизведения наглядного материала проявляются в смешивании сходных объектов. Произвольное воспроизведение материала затруднительно для детей, так как они недостаточно используют приемы опосредованного запоминания и осмысления.

Для детей со II уровнем характерна недостаточность наглядно-действенного, наглядно-образного мышления, низкий уровень словесно-логического мышления. Образная антиципация, являющаяся важным показателем уровня развития наглядно-образного мышления у детей, развита недостаточно. Выполнению заданий на словесно-логическое мышление мешает бедность понятийного словаря и неумение устанавливать логическую связь и понимать взаимоотношения предметов и явлений. Дети не владеют в полной мере интеллектуальными операциями, которые являются необходимыми компонентами мыслительной деятельности.

Внимание детей неустойчиво, они плохо сосредотачиваются на объекте. Недостатки внимания в значительной мере связаны с низкой работоспособностью, повышенной утомляемостью.

Отставание в развитии моторики (двигательная неловкость и недостаточная координация) проявляется у всех детей с этим уровнем. Отмечается лабильность в эмоционально-волевой сфере. Детям со II уровнем свойственна «неустойчивость» развития личностной сферы при наличии инфантильных проявлений.

У детей с комплексными нарушениями II (среднего) уровня психического развития зона актуального развития существенно снижена, но в отличие от детей I уровня они могут действовать самостоятельно. Зона ближайшего развития значительно уже, однако ярче прослеживается то, что дети II уровня в разной степени используют помощь, способны подражать, саморегуляция и контроль избирательны, они способны к целенаправленной деятельности. Обширность диапазона в установлении социальных контактов свидетельствует об отсутствии стойкой ригидности. Поведение детей в целом адекватно, они энергичны в своих действиях, дифференцированно проявляют свои эмоции. Это дает возможность утверждать, что дети с комплексными нарушениями способны к продвижению.

Выделяя своеобразие детей II уровня, следует оценить уровень «обучаемости», который располагается в пределах от низкого до среднего. В подтверждение этого свидетельствуют факты адекватного использования оказываемой помощи, есть предпосылки наличия переноса усваиваемых операций, приемов, действий в условиях новой задачи. Кроме действительно важных причин, обуславливающих дальнейшее продвижение ребенка, учитываются и такие факторы, как время начала коррекционной работы, условия, в которых находится ребенок, что бесспорно сокращает сроки наступления социальной депривации, дефицит мотивационного компонента в развитии познавательной деятельности.

*Речевое развитие.* У всех детей имеется недоразвитие речи. При этом наблюдается несформированность основных форм речевой коммуникации (диалогической и монологической речи). Наиболее выразительный показатель — отставание экспрессивной речи при относительно сформированной импрессивной речи (для слышащих), при этом для каждого варианта комплексного нарушения характерно своеобразие речевого развития. Дети II уровня не усваивают в полном объеме языковую систему, у них проявляется ограниченность словарного запаса, несформированность грамматического строя.

При создании специальных условий, максимально стимулирующих процесс развития, успешнее корригируются недостатки развития, преодолевается отставание, в гораздо большей степени реализуются потенциальные возможности развития каждого ребенка. Для детей со вторым уровнем развития характерным является успешное продвижение при начатой систематической коррекционной работе.

#### **2.3.4. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с комплексными нарушениями с III (выше среднего) уровнем развития**

При всех вариантах структур комплексных нарушений III уровня мы обнаруживаем полиморфизм клинической картины, которая обусловлена особенностью болезненного процесса, протекающего во внутриутробном периоде развития, а также неблагоприятным наследственным фоном, на котором возникает то или иное сочетание нарушений. У детей с этим уровнем — нормальное интеллектуальное развитие (может наблюдаться временное отставание), сочетания дефектов представлены нарушениями зрения, слуха, речи, движений.

Детям этой группы свойственны различные варианты структур комплексного нарушения развития, которые обуславливают характер нарушения развития по дефицитарному и задержанному типам дизонтогенеза.

*Социальное развитие.* Дети с комплексными нарушениями III уровня (выше среднего) в адекватных условиях дают положительную динамику социального и познавательного развития. Они раньше, чем другие дети, проявляют интерес к познанию окружающего, активны во взаимодействии со сверстниками. Сравнительно рано приучаются к общественным правилам поведения, овладевают навыками социализации. В достаточном объеме дети с комплексными нарушениями III уровня владеют навыками самообслуживания, хотя имеются случаи неаккуратности. Имеющиеся нарушения у детей с III уровнем определенным образом влияют на развитие коммуникации, поэтому они в разной степени владеют средствами коммуникации, а также навыками сюжетной игры.

*Развитие высших психических функций.* Дисгармония в развитии психических функций обусловлена вариативностью структур нарушений, что проявляется в результатах выполнения заданий, нацеленных на конструктивный праксис, ориентировку в пространстве.

Качественный анализ всех материалов экспериментального изучения всех видов мышления у детей дошкольного возраста показывает, что общим для них проявлением в отставании является недостаточная сформированность операций обобщения, отвлечения, абстрагирования, сравнения. В то же время большая часть детей данного уровня используют операции анализа, синтеза и могут использовать их в решении несложных задач в иных условиях. Это свидетельствует о том, что дети способны к переносу усвоенных умений и навыков.

Дети с III уровнем отличаются тем, что в процессе самостоятельной деятельности при выполнении заданий используют самые незначительные остатки зрения и слуха. Они способны использовать полученные знания в различных ситуациях.

У этих детей внимание и эмоционально-волевая сфера более устойчивы. Наблюдается большая уравновешенность процессов возбуждения и торможения, что дает возможность регулировать свое поведение.

*Развитие речи.* Отсутствие или частичная потеря зрения, слуха, нарушения опорно-двигательной системы, задержки психического развития, наблюдаемые у детей с комплексными нарушениями III уровня, значительно сужают канал в познании окружающего мира и планомерности формирования речи. Различные варианты структур комплексных нарушений, выявленных в III уровне психического развития, обуславливают своеобразие речевого развития каждого варианта. У детей с комплексными нарушениями могут присутствовать различные дефекты речи: ринолалия, дислалия, дизартрия, задержка речевого развития. Речевые нарушения проявляются в большей степени в экспрессивной речи, в формировании всех структурных компонентов языка.

Этих детей отличают также положительные сдвиги в развитии личностных компонентов: правильное понимание ситуации, выраженная чувствительность к похвалам и порицанию, понимание инструкции, умение довести начатое до конца. У детей III уровня характер деятельности более целенаправленный, мотивированный. Ребенок осознает значимость достижения определенного результата своей деятельности, он адекватно подражает действиям взрослого, осуществляет контроль за своей деятельностью, умеет использовать оказанную помощь.

Наряду с выявленными недостатками психического развития, особенностями развития речи, наблюдаемыми у детей этой группы, у них обнаруживаются большие потенциальные возможности развития, что свидетельствует о значительной широте зоны как актуального, так и ближайшего развития. Дети способны к достижению достаточно высокого уровня развития, вместе с тем они нуждаются в психолого-медико-педагогическом сопровождении, которое может быть организовано в условиях специальной образовательной организации, с последующей перспективой выхода в интеграционное образовательное пространство.

***Для самоконтроля по теме «Уровневый подход к оценке развития детей с комплексными нарушениями» необходимо ответить на следующие вопросы:***

1. Какие задания недоступны детям с низким уровнем психического развития?
2. В чем заключается психическое своеобразие детей со II (средним) уровнем развития?
3. Чем характеризуется усвоение языковой системы детьми третьего уровня по сравнению со вторым?
4. Каков характер деятельности детей с третьим уровнем психического развития?
5. Какие моторные нарушения отмечаются у детей со первым уровнем психического развития?

## 2.4. Закономерности психического развития детей с комплексными нарушениями

Своеобразие проявлений психического развития детей с комплексными нарушениями зависит от этиологии, локализации, степени распространенности и выраженности нарушения развития, времени его возникновения. Симптоматика комплексного нарушения развития обусловлена также сочетанием двух и более видов отклоняющегося развития. Эти факторы определяют общую модальность психического дизонтогенеза. Анализ данных постнатального, раннего периодов развития позволяет нам классифицировать комплексные нарушения по характеру нарушений онтогенетического развития, т.е. по типу дизонтогенеза. Эта классификация разработана В.В. Лебединским, использовавшим клинические классификации вариантов дизонтогенеза Г.Е. Сухаревой, В.В. Ковалева. В ней выделяется шесть типов дизонтогенеза: недоразвитие, задержанное, поврежденное, дефицитарное, искаженное, дисгармоничное развитие. Психическое развитие детей с комплексными нарушениями развития проходит в особых условиях восприятия внешнего мира и взаимодействия с ним, что дает нам основание выделить специфический тип дизонтогенеза, где могут присутствовать различные варианты дизонтогенеза. Например, при слепоглухоте и интеллектуальной недостаточности наблюдаются и недоразвитие, и дефицитарное развитие. Представленные варианты дизонтогенеза не рассматриваются как автономные, самостоятельные образования, они представляют собой качественно иной, синтезированный тип дизонтогенеза, который может быть определен как смешанный.

Определение вида и характера психического дизонтогенеза у детей с комплексными нарушениями развития осуществлялось в соответствии с параметрами оценки психического дизонтогенеза, выделенными В.В. Лебединским, в основе которых лежит учение Л.С. Выготского о том, что развитие ребенка с отклонениями подчиняется тем же основным закономерностям, которые характеризуют развитие здорового ребенка; концепция о сложной структуре нарушений, где выделяют первичный дефект, непосредственно связанный с повреждением нервной системы, и вторичные нарушения, являющиеся следствием первичного дефекта; о взаимодействии и соотношении биологических и социальных факторов, влияющих на психическое развитие ребенка.

Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения и определяет общий дефект, обусловленный нарушением центральной нервной системы, корковых, подкорковых отделов головного мозга, или частный дефект, связанный с нарушением отдельных функций. У детей с комплексными нарушениями развития наблюдаются как общие, так и частные дефекты, которые с особой интенсивностью воздействуют на процесс развития, тем самым в той или иной степени влияют на все аспекты психического развития, в связи с чем компенсаторные возможности ограничены. С учетом пластичности мозговых систем у детей, частичной сохранности регуляторных и других частных функциональных систем в условиях адекватного обучения и воспитания возможна компенсация нарушений.

Второй параметр, определяющий характер дизонтогенеза, — это время поражения центральной нервной системы и сенсорных систем. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явление недоразвития психических функций. При позднем возникновении нарушения возможны явления повреждения психических функций и полного распада их структуры (при синдроме Ушера) в условиях отсутствия коррекционной работы.

Каждая функция в ходе психического развития в определенное время проходит через сензитивный период, который характеризуется не только наибольшей уязвимостью этой функции, но и ее неустойчивостью по отношению к вредоносным воздействиям. Неустойчивость психических функций может привести к явлениям регресса — возврату функций на более ранний возрастной уровень или к явлениям распада, т.е. грубой дезорганизации и выпадению функций. По мнению В.В. Лебединского, отставание в развитии носит неравномерный характер. В первую очередь страдают функции, которые непосредственно связаны с повреждением, затем функции, которые находятся в сензитивном периоде и обладают наибольшей неустойчивостью и ранимостью.

В связи с вышесказанным, у детей с комплексными нарушениями образуется неравномерность симптомов дизонтогенеза: одни функции будут относительно сохранными, другие — в разной степени задержанными. Например, у слепоглохих детей будет сохранной тактильно-вибрационная чувствительность, а задержанным является развитие движений.

Третий параметр — системное строение нарушений и взаимодействие первичных и вторичных дефектов. Механизм возникновения вторичных нарушений различен. Вторично страдают те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной — так называемое специфическое недоразвитие. Вторично также недоразвиты и те функции, которые в момент вредного воздействия находились в сензитивном периоде. Например, при бисенсорном дефекте нарушение зрения обуславливает замедленное развитие различных форм деятельности. В условиях взаимодействия негативных факторов, наряду с указанными вторичными нарушениями, само бисенсорное нарушение обуславливает появление задержки психического развития. Таким образом, структура комплексного нарушения еще в большей степени усложняется. Обсуждая вопрос о системной структуре комплексного нарушения, мы предполагаем, что взаимоотношение между первичным и вторичным нарушениями в структуре дефекта следует рассматривать не только по «вертикальной» координате, но и по «горизонтальной», т.е. по взаимодействию двух и более первичных нарушений, которые в определенной степени усугубляют общую картину нарушения в целом. В данном случае вопрос не стоит о приоритетности какого-то нарушения, каждое из них является по-своему доминирующим компонентом общей структуры дефекта. Однако в ходе психического развития под воздействием коррекционной работы они будут сглаживаться, перестраиваться неравномерно, т.е. одни из них будут быстрее поддаваться коррекции, для других характерен замедленный темп преодоления.

Четвертый параметр — нарушение межфункциональных взаимодействий. Перестройка и усложнение межфункциональных взаимодействий происходит в определенной последовательности; при этом каждая из психических функций имеет «свой путь развития», в котором чередуются периоды более быстрого и более медленного их формирования. У детей с комплексными нарушениями развития в особой мере происходит нарушение межфункциональных взаимодействий, возникновение диспропорций в психическом развитии. Так, при недостатках опорно-двигательной системы наблюдается несформированность в развитии наглядно-образного и словесно-логического мышления.

Знание особенностей дизонтогенеза позволяет специалисту правильно подходить к определению психологической квалификации основных психических расстройств, объективно оценивать их структуру и степень выраженности.

Сравнительный анализ позволил не только выявить особенности каждого уровня, но и определить ряд общих черт, свойственных детям с комплексными нарушениями, которые можно рассматривать как закономерности психического развития детей с комплексными нарушениями.

1. Для детей с комплексными нарушениями характерна вариативность структур дефекта, которая определяется наличием нескольких первичных нарушений, возникших под влиянием различных этиологических факторов, и вторичных нарушений, являющихся следствием первичных.
2. Выявленная вариативность проявлений сложного нарушения указывает на невозможность определения какого-либо одного типа дизонтогенеза. Специфика дизонтогенетического развития проявляется в особых соединениях дизонтогений, которые не рассматриваются как автономные, самостоятельные образования, а представляют собой качественно иной смешанный тип дизонтогенеза, характерный для детей с комплексными нарушениями.
3. Разноуровневый характер социального, познавательного, речевого развития детей с комплексными нарушениями; каждому уровню соответствует своя картина социального, когнитивного и эмоционального развития, что определяется сложным взаимодействием биологических и социальных факторов.

4. Существенное значение имеет степень выраженности интеллектуального дефекта, который определяет выраженность отклонений в развитии в целом.

Таким образом, сравнительный анализ экспериментальных данных на основе выделенных показателей позволил определить уровни развития детей с комплексными нарушениями. Анализ результатов исследования показывает, что психическое развитие детей с комплексными нарушениями характеризуется качественным своеобразием, что требует дифференцированного подхода к организации и разработке содержания психолого-педагогической помощи.

*Для самоконтроля по теме «Закономерности психического развития детей с комплексными нарушениями» необходимо ответить на следующие вопросы:*

Какие наблюдаются закономерности психического развития детей с комплексными нарушениями?

По каким параметрам определяется вид и характер психического дизонтогенеза у детей с комплексными нарушениями развития?

Как определяется тип дизонтогенеза детей со сложными нарушениями развития?

### **3. КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И**

План изучения раздела:

3.1 Комплексная модель психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями

3.2. Коррекционные технологии в системе психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития

Краткое содержание основных вопросов

#### **3.1. Комплексная модель психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями**

Практическая потребность в изучении и определении образовательных возможностей и потребностей детей со сложными (комплексными) нарушениями в разработке системы их эффективной реабилитации исключительно велика. Ключевым ориентиром в моделировании коррекционного психолого-педагогического сопровождения детей с комплексными нарушениями развития, в логике построения и разработки содержательной стороны коррекционно-развивающей работы является индивидуальный уровень психического, социального, речевого развития ребенка со сложным нарушением.

В современных условиях, соответствующих новым моделям общественного развития, возрастает значение обеспечения возможности активного участия детей с отклонениями в различных видах и сферах жизнедеятельности. Концепция психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями развития базируется на системном подходе, позволяющем оказывать комплексную, всестороннюю помощь этим детям. Помощь начинается с психолого-педагогического изучения развития детей данной категории, а затем на основе данных диагностики проектируется индивидуальный маршрут развития. Следуя основным теоретическим положениям отечественной специальной педагогики и специальной психологии, можно сформулировать ряд основных концептуальных положений построения системы психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями.

Важным моментом в определении содержания и технологии проведения психологических мероприятий, направленных на развитие детей с комплексными нарушениями, выступает ориентация на социальную ситуацию развития на каждом возрастном этапе, характеризующаяся специфичностью, свойственной определенному возрасту и отношениям между ребенком и социальной средой. В коррекционной работе интегрируется одновременное формирование умений, относящихся к разным сферам развития — общей моторики, тонкой моторики, координации движений, формирование пространственных и временных представлений, развитие коммуникативных навыков, сенсорное развитие, формирование способности играть, создание психологической базы школьного обучения. В качестве первых шагов по развитию у детей познавательной сферы используются различные варианты игр (дидактических, ролевых и др.), упражнений, применяющихся в соответствии с социально значимой ситуацией и адекватностью уровня развития ребенка.

В основе построения системы психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития лежит апелляция к личности ребенка. Личностный компонент предполагает, что в процессе оказания психолого-педагогического воздействия учитываются все индивидуально-психологические особенности личности. Этот учет осуществляется через расширение функций психолога, педагога, через организацию образовательно-развивающих ситуаций, актуализирующих весь имеющийся потенциал детей. Обращение к личности ребенка способствует формированию личностно ориентированной модели интегрированной психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития, предполагающей не только стимуляцию развития психических процессов, но и формирование субъектности. Л.С. Выготский писал, что «...личность развивается как единое целое, имеющее особые законы, а не как сумма <...> отдельных функций, из которых каждая развивается в силу особой тенденции». Степень психологического развития ребенка опреде-

ляется не суммой отдельных функций, а подразумевает определенный характер связей между ними. В процессе психического развития связи между отдельными функциональными системами изменяются и усложняются, соответственно целью психокоррекционного воздействия является не столько развитие отдельных психических функций, сколько формирование новых более продуктивных связей между отдельными функциональными системами, которые обеспечат переход ребенка на новую, качественно иную ступень развития. В процессе психологической коррекции следует оказывать воздействие не на какое-либо изолированное психическое явление, а на личность в целом со всеми ее индивидуальными особенностями. Обобщая многолетний опыт работы с детьми, имеющими множественные нарушения развития, Т.А. Басилова, Н.А. Александрова (2008) отмечают, что необучаемых детей нет, что можно и нужно учить и воспитывать каждого ребенка, учитывая его индивидуальные и часто уникальные возможности. Результаты воспитания и обучения зависят от состояния здоровья ребенка и его активности в освоении окружающего мира, от любви и понимания его проблем со стороны родителей, от своевременности и качества специальной помощи и от многого другого. Специалист должен принимать любого ребенка и его родителей как уникальных индивидов, за которыми признается право выбора жизненного пути. Перед специалистами ставятся задачи оказания максимальной поддержки и содействия в преодолении состояния депрессии, отчаяния, неминуемо возникающих у родителей, и вовлечение их в активный и творческий процесс по оказанию необходимой помощи своему ребенку (И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева).

При определении концептуальных положений психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития особого внимания заслуживает мультидисциплинарный подход, обоснованный выдвинутой нами позицией о неразрывности психологических и педагогических воздействий, поддерживаемых социальной и медицинской службами. Отрасли специальной психологии и специальной педагогики взаимосвязаны и обогащают друг друга. Образование детей с множественными нарушениями не может быть полным, если оно осуществляется в рамках лишь одной отдельной отрасли. Чтобы успешно воспитывать ребенка с комплексными нарушениями, необходимы знания об особенностях его психического, речевого развития и учет их на этапе разработки педагогических мероприятий.

Важное значение для обоснования концепции психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями имеет положение о единстве диагностики и коррекции. В системе психолого-педагогической помощи коррекционно-развивающая работа базируется на данных, полученных в ходе наблюдений за ребенком в процессе его деятельности, во время бесед с родителями, педагогами, что дает много дополнительной информации об особенностях его развития. Коррекционно-педагогический процесс требует постоянного контроля за динамикой развития ребенка и эффективностью выполнения коррекционных программ. Оценка динамических изменений наиболее объективна при использовании психологических методик.

Одним из важнейших концептуальных положений выступает индивидуально-дифференцированный подход. Организация психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями в развитии имеет индивидуально-дифференцированный характер, так как на основе полученных диагностических данных определяется не только уровень развития ребенка, но и оптимальные для него формы и методы коррекционно-педагогического воздействия, а также психолого-педагогические технологии, приемлемые для конкретного ребенка. Ввиду значительного числа вариантов индивидуальных особенностей детей данной категории, при их обучении и воспитании необходимо учитывать эти различия, чтобы обеспечить оптимальные условия развития каждому ребенку. Оказание необходимой психологической помощи возможно с учетом специфических особенностей и характера проблем каждого выделенного уровня, к которым дифференциально относятся дети с комплексными нарушениями развития. Проекция психологических мероприятий исходит из индивидуальных особенностей развития детей, имеющих сложные, множествен-

ные нарушения. Несмотря на общность законов развития детей с отклонениями, при наличии комплексных нарушений, к действию какого-либо одного нарушения присоединяются действия других первичных нарушений, что во многом видоизменяет проявления дизонтогенетического развития. Гетерохронность детского развития проявляется в том, что разные стороны личности, психические функции, развиваясь неравномерно, непропорционально, требуют, прежде всего, опоры на доминирующие функции. Если проецировать это положение на процесс развития детей с комплексными нарушениями, то становится очевидной необходимость ориентации на относительно сохранные психические функции и интенсивное развитие слабо выраженных. Знания об особенностях дизонтогенеза, составляющих сложную структуру нарушения и развития детей, их иерархических соотношениях и взаимодействиях, способны выступать в качестве отправных положений, определяющих организацию и содержание работы психолога с детьми данной категории.

Построение системы психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития неразрывно связано с деятельностным подходом, реализуемым в образовательном процессе. В рамках этого концептуального подхода обучение и развитие строится на таком способе организации коррекционной работы, при котором дети с комплексными нарушениями являются не пассивными потребителями информации, а сами участвуют в коррекционно-развивающих мероприятиях. С позиций деятельностного подхода конечной целью обучения является формирование способа действий, который может быть усвоен только в специально организованной деятельности, благодаря чему у детей появляется возможность осознанно принимать, перерабатывать и усваивать поступающую информацию. Развитие психики связано с появлением на каждом этапе онтогенеза определенных форм деятельности, каждая из которых является ведущей в том или ином возрасте, выступая основным механизмом формирования психологических новообразований (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев и др.). В основе данного принципа лежит также положение Д.Б. Эльконина о целостности личности ребенка, познающего окружающий мир с помощью двух систем отношений — «ребенок–вещь», «ребенок–взрослый», которые, в свою очередь, осваиваются посредством деятельностей разного типа. В совокупности эти две системы отношений образуют единый процесс развития ребенка. В соответствии с этим подходом ребенок поочередно осваивает системы отношений «человек-человек», «человек-вещь». Таким образом, психокоррекционные мероприятия должны быть включены в деятельность ребенка. Деятельностный подход имеет приоритетное значение еще и потому, что именно в деятельности возможно получение определенного реального продукта, который, в свою очередь, выступает действенным стимулирующим фактором повышения мотивационных механизмов к развитию интеллектуально-познавательной сферы.

Создание концептуальной модели психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями, организационно направленной на развитие, обучение и воспитание детей с помощью специальных диагностических, индивидуальных коррекционно-развивающих программ, обеспечивает возможность активного включения родителей в поле коррекционного воздействия. Каждая семья, воспитывающая ребенка со сложными нарушениями в развитии, имеет право на получение комплексной психологической, педагогической помощи, включающей диагностику, консультирование и психокоррекционные мероприятия. Целенаправленное психолого-педагогическое воздействие качественно изменяет роль родителей. Они постепенно включаются в образовательный процесс собственного ребенка. Своевременно оказанная психолого-педагогическая помощь оптимизирует личностное развитие ребенка.

Предлагаемая модель психолого-педагогической помощи рис.14 дает общее представление о том, каким образом можно организовать процесс развития и образования детей с комплексными нарушениями. Скоординированное взаимодействие специалистов разного профиля при оказании психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития осуществляется в рамках постоянно действующих динамических модулей (диагностического, коррекционно-диагностического, коррекционно-развивающего).



Рис. 14. Комплексная модель системы коррекционной психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития

Поисковая линия построения системы сопровождения детей с комплексными нарушениями ориентирована на процесс всестороннего развития, максимальной реализации их индивидуального потенциала, личностного развития, а также на формы, методы, приемы работы с ними.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с комплексными нарушениями развития нацелено на взаимодействие личности и общества, социальное включение в жизнь людей. В отношении детей, имеющих комплексные нарушения развития, доминирующим направлением является формирование жизненных навыков, которые могут проявиться в определенных функциях и действиях под влиянием специального обучения и воспитания на всем протяжении коррекционно-психолого-педагогического процесса. Человек, имеющий сочетание различных отклонений в развитии, нуждается в таком ориентировании, которое важно для его социального включения в жизнь людей.

Работа должна строиться на личностно ориентированном и уровневом подходе. Как известно, коррекционной работе предшествует этап комплексного диагностического обследования, на основе которого составляется заключение об уровне развития каждого ребенка и определяются цели, задачи коррекционной психолого-педагогической работы. В то же время реализация плана коррекционных мероприятий требует систематического контроля динамических изменений в развитии ребенка, его поведении, деятельности и т.д. Это позволяет своевременно вносить необходимые коррективы в программу психолого-педагогической помощи. Неравномерность психического развития детей со сложными нарушениями, согласно выделенным уровнями развития, не позволяет детям одинаково проходить путь личностного становления. Каждый ребенок проходит свой образовательный путь, когда включается при помощи психолога и педагога в ту или иную деятельность, специалисты обеспечивают ему условия для развития индивидуальных возможностей. Деятельность всех специалистов в рамках психолого-педагогического сопровождения направлена на удовлетворение потребностей и усиление развития того потенциала, которым располагает каждый ребенок.

Рассматривая организацию помощи детям с проблемами развития, следует отметить, что ее успешная реализация требует взаимодействия специалистов разного профиля. Это предполагает создание единой объединенной системы научно-практических служб: педагогической, психологической, медицинской. В этом отношении следует особо отметить глубокое исследование О.Н. Усановой (1995), где раскрывается концепция комплекса параллельных служб в системе образования, ориентированных на оказание психологической, коррекционно-педагогической, социально-педагогической и медицинской помощи и поддержки детям. Использование принципа комплексности психокоррекционных воздействий обеспечивает принятие объективных организационных решений в отношении каждого ребенка, имеющего сложное нарушение развития, на основе данных комплексной диагностики и учета ее результатов всеми участниками коррекционно-развивающего процесса. С одной стороны, этот принцип указывает на необходимость создания единого комплекса психолого-педагогического воздействия, которое осуществляется в системе параллельных служб, ориентированных на оказание психологической, коррекционно-педагогической, социально-педагогической и медицинской помощи и поддержки детям. С другой стороны, понятие комплексности заключается в формировании совместного информационно-понятийного поля, предусматривающего: единство содержания коррекционно-развивающего процесса; определение рационального методического обеспечения, отбора наиболее актуального объема речевого материала, который может быть воспринят и усвоен ребенком с комплексными нарушениями развития; использование в своей деятельности знаний смежных с психологией областей (различные отрасли медицины, специальной педагогики, логопедии).

Базовым компонентом психолого-педагогического сопровождения выступает непрерывность деятельности всех участников этого процесса. По мнению ряда исследователей, непрерывность образования — это организация системы развития индивидуальности че-

рез освоение и воспроизводство человеком культуры деятельности, мышления, общения, поведения как длительного процесса, разделенного во времени и формах, в зависимости от собственного осознанного планирования, определения своих достижений в окружающей образовательной среде. Применительно к образованию детей, имеющих комплексные нарушения развития, понятие «непрерывность» в определенной степени усиливается и смысл непрерывности состоит (1) в удовлетворении развивающихся потребностей и способностей детей через процесс обучения, воспитания, развития; (2) в умении решать социальные, познавательные, практические, психологические и другие проблемы на основе освоенных знаний; (3) в представлении возможностей самоактуализации и самореализации.

Психолого-педагогическое воздействие на ребенка имеет поэтапный характер. Сложность структуры комплексного нарушения предопределяет неравномерность становления личности ребенка со сложным дефектом. Это свидетельствует о том, что каждый ребенок, «пребывая» на одном и том же возрастном периоде, находится на разных уровнях психического развития, что определяет своеобразие проявлений актуальных трудностей развития, объективно выражающихся в разнообразных отклонениях. Поэтому при определении целей, задач психолого-педагогической помощи необходимо исходить из ближайшего прогноза развития ребенка, что создает основание для определения этапов, способов и средств достижения предполагаемого результата.

Принцип последовательности и систематичности связан с теорией планомерного формирования умственной деятельности, где переход внешнего практического действия во внутреннее, умственное действие является многоэтапным процессом (П.Я. Гальперин). Реализация данного принципа предполагает обеспечение взаимосвязи содержания различного рода информации и методов его изложения, которое будет способствовать формированию навыков, усвоенных ранее и вновь приобретаемых. Последовательность коррекционно-развивающей работы проявляется в том, что подбор специального материала, который внедряется в процесс обучения, осуществляется с позиции постепенного перехода от простого к более сложному.

Для эффективности коррекционной работы с детьми, имеющими комплексные нарушения развития, необходима активизация их взаимодействия с микросоциальным окружением. Взаимодействие — это система отношений, связи, взаимозависимости между людьми и общественными группами, взаимная поддержка и согласованность действий для достижения единой цели и решения общих задач. Отношения между людьми в процессе их совместной деятельности и общения всегда есть межличностные отношения, представляющие собой субъективные взаимосвязи между людьми, проявляющиеся в характере и способах их взаимных влияний в процессе совместной деятельности и общения. В условиях системы оказания психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития отношения содержательно и структурно формируются между ребенком, специалистами, врачами, близкими.

Перечисленные позиции составляют концептуальную основу предметного содержания единой комплексной помощи детям со сложными нарушениями развития, где технология эффективного коррекционно-педагогического воздействия, несомненно, должна сочетаться с медицинским и психологическим сопровождением ребенка. В нашей работе мы представим психологическую составляющую этой комплексной системы.

***Для самоконтроля по теме «Комплексная модель психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями» необходимо ответить на следующие вопросы:***

1. На чем базируется концепция психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями развития?
2. В рамках каких модулей осуществляется скоординированное взаимодействие специалистов разного профиля при оказании психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития?

3. Какое направление при оказании коррекционно-педагогической помощи является доминирующим в отношении детей, имеющих комплексные нарушения развития?

4. В чем заключается понятие комплексности при оказании коррекционно-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития?

5. В чем состоит понятие «непрерывность» применительно к образованию детей, имеющих комплексные нарушения развития?

### **3.2. Коррекционные технологии в системе психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития**

#### **3.2.1. Задачи и компоненты психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями**

Значимым направлением в общей системе специальной помощи детям, имеющим нарушения в развитии, является психолого-педагогическое сопровождение, представляющее собой систему мер, нацеленных на устранение или исправление имеющихся у детей недостатков в развитии психических процессов, личностных качеств, а также способствующих адаптации и социализации в обществе.

Потребности в дефектологической помощи у детей с комплексными нарушениями развития многообразны: это развитие интеллектуальных и психических функций, содействие в формировании базовых предпосылок коммуникативных навыков, коррекция негативных социально-личностных проявлений.

При проведении коррекционной работы решаются следующие задачи:

1) исследование механизмов психического дизонтогенеза и обеспечение условий, необходимых для полноценного психического развития и формирования личности детей с комплексными нарушениями развития;

2) развитие психических функций, когнитивных процессов, коммуникативных навыков, эмоционально-волевой сферы у детей с комплексными нарушениями;

3) формирование таких личностных характеристик, как самостоятельность и активность, необходимых для социализации и адаптации;

4) создание диагностического инструментария, позволяющего выявлять особенности психической сферы и прогнозировать процесс интеллектуального и личностного развития детей с комплексными нарушениями развития;

5) развитие способности к самоактуализации и саморегуляции.

Коррекционная помощь, при опоре на закономерности психического развития ребенка со сложными нарушениями развития, заключается в анализе особенностей формирования познавательных процессов и личности ребенка и предполагает разработку адекватных методов многостороннего психолого-педагогического воздействия. Коррекционная работа с ребенком может дать положительную динамику в том случае, если она реализуется при взаимодействии психолога, педагога-дефектолога и его родителей, а также при активном участии самого ребенка.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с комплексными нарушениями развития включает следующие структурные компоненты:

- психолого-педагогическая диагностика отклонений развития у детей, которая является составной частью комплексного клинико-психолого-педагогического обследования. Основная цель диагностики заключается в выявлении уровня актуального развития, отражающего специфику формирования базовых компонентов психической деятельности ребенка для определения адекватных путей коррекционно-развивающей деятельности, ориентированной на всестороннее развитие ребенка;

- консультирование педагогов, воспитателей, родителей. Это сложный динамический процесс обмена информацией, содержание которого зависит как от субъекта консультирова-

ния, т.е. того, кому оно адресовано — ребенку, педагогу, родителям, воспитателям и другим участникам коррекционно-развивающего процесса, так и от цели консультирования;

- психолого-педагогическая коррекция, направленная на активизацию психических процессов и функций, развитие коммуникативной деятельности, формирование личности ребенка, на профилактику вторичных нарушений.

Все направления коррекционной помощи взаимосвязаны между собой, но в то же время каждое из них имеет свою специфику и содержательную основу, которые в свою очередь реализуются в каждом из модулей общей системы психолого-педагогической помощи.

### **3.2.2. Алгоритм составления комплексной диагностической программы**

Коррекционная работа начинается с выявления имеющихся нарушений, с рассмотрения структуры комплексного дефекта и установления причин возникновения, с определения индивидуально-психологических особенностей и прогнозирования возможных последствий сложного нарушения для жизнедеятельности.

Ведущие теоретико-методологические положения, на которых строится психолого-педагогическая диагностика:

- диагностика строится с учетом общих и специфических закономерностей нарушенного психического развития;

- диагностика ориентируется не только на выявление специфических недостатков развития, но и на выявление положительных свойств ребенка, его потенциальных возможностей;

- результатом диагностики является не только установление психолого-педагогического диагноза. В заключении по данным психолого-педагогического обследования должны быть отражены индивидуальные особенности развития ребенка и даны рекомендации по разработке индивидуальной программы коррекционной работы.

Для наиболее верной оценки уровня актуального развития ребенка, имеющего комплексное нарушение с выходом на тип и структуру дефекта и определения прогноза развития, необходимо продуманно подходить к составлению диагностической программы. Обеспечение образовательного продвижения ребенка, имеющего сочетание различных нарушений, предполагает разработку «алгоритма» создания диагностических программ обследования, позволяющих определить исходный уровень развития ребенка.

Основой содержания диагностической программы являются традиционно используемые методики, с помощью которых возможно наиболее точно и квалифицированно выявлять личностно-психологические особенности детей, устанавливая прогноз развития и проецировать тактику коррекционно-психологического воздействия. Используются методики, разработанные С.Д. Забрамной, И.Ю. Левченко, Е.А. Стребелевой и др. Специфичность в применении этих методик при обследовании детей с комплексными нарушениями заключается в обеспечении их надежности, в частности:

- интерпретация экспериментальных заданий, которыми располагают традиционные методики психолого-педагогической диагностики;

- учет выраженного своеобразия речевого развития детей со сложным дефектом, экспериментальные диагностические методики, составляющие основное содержание диагностического комплекса, должны представлять собой сочетание вербальных и невербальных заданий. Предпочтение отдается невербальным методикам, которые являются одним из эффективных средств определения уровня развития умственных способностей в условиях, когда отмечается низкий показатель вербального развития;

- дети, поступающие в учреждения, могут быть различного возраста и с разным уровнем подготовки, поэтому диагностические задания должны быть подобраны с учетом возрас-

та, согласно этапам онтогенетического развития ребенка. Это позволяет объективно оценить уровень актуального развития ребенка с комплексным нарушением;

— при подборе диагностических методик следует учитывать, насколько они будут доступны для выполнения при наличии у детей нескольких нарушений и степени их тяжести;

— контингент детей с комплексными нарушениями неоднороден по степени выраженности дефекта, по уровню сохранности тех или иных функций, исходя из этого, необходимо уделять особое внимание способу предъявления диагностических заданий (показ, использование табличек с текстом заданий или названий предметов, словесно-жестовая форма объяснений, словесное устное объяснение, карточки песс); подбору соответствующих форм инструкций и др.;



Рис. 15 Карточки песс для альтернативной коммуникации

— в зависимости от степени сохранности зрения, слуха, двигательной сферы ребенка, его интеллектуальных и речевых возможностей следует подбирать разноплановый инструментарий для обследования. Он должен быть максимально удобен для использования (величина, форма, объемность, цвет, контрастность) и разнообразен — предметы, сюжетные и предметные картинки (рельефные, графические), игрушки, звучащие предметы;

— диагностические методики должны подбираться на основе принципа целостности. Это предполагает, что в процессе исследования нужно не просто отмечать состояние развития одной какой-либо функции или изолированно фиксировать симптоматику нарушения, а представлять данные в совокупности всех наблюдаемых проявлений, что позволит составить целостное представление о ребенке, включая его индивидуальные особенности, характеристику поведения, особенности его личностного развития, черты характера;

— предусматривается поэтапная, строго дозированная помощь при проведении обследования;

— полученные результаты при обследовании должны подвергаться как количественному, так и качественному анализу, причем последнему отдается предпочтение, поскольку именно качественные показатели в большей степени отражают сложность структуры дефекта при комплексном нарушении; анализироваться должны также особенности поведения ребенка, его контактность, отношение к неудачам, восприятие похвалы.

Главное назначение специально составленной диагностической программы для детей с комплексными нарушениями развития заключается в том, чтобы с ее помощью было возможно оценить все области психической сферы ребенка (психомоторные, эмоциональные, интеллектуальные функции, особенности личности в целом). Качественное определение уровня сформированности познавательной, регуляторной, эмоциональной сфер ребенка, его потенциальных возможностей является отправной точкой в разработке коррекционно-развивающего маршрута ребенка и психологической работы с ним.

Исходя из своеобразия психологической реальности изучаемого контингента детей, наиболее информативными методами изучения психики ребенка с комплексным нарушениями являются:

- анализ медицинской документации (сбор и анализ анамнестических данных, истории болезни и др.);
- метод наблюдения, который позволяет изучать ребенка в ситуации естественного поведения; наблюдение за ребенком организуется во всех сферах деятельности: на занятиях, в игре, в свободной деятельности;
- метод беседы предполагает получение психологом и педагогом информации об особенностях психического развития ребенка в ходе обсуждения с родителями, педагогами, воспитателями. Цель беседы — получение дополнительной информации о развитии ребенка;
- метод опроса в отношении проблем развития ребенка осуществляется с применением опросников (закрытый или открытый тип), анкет, содержащих вопросы, на которые отвечают педагоги, родители, воспитатели;
- метод экспериментального изучения ребенка заключается в выполнении определенных заданий с последующей статистической обработкой результатов;
- анализ продукции детей (поделки, рисунки и др.).

### **3.2.3. *Динамическое наблюдение за детьми в коррекционно-развивающем процессе***

В ходе коррекционной работы осуществляется контроль за динамикой психического развития ребенка не только на специальных психологических занятиях, но также и на занятиях с педагогом, воспитателем, в режимных моментах, т.е. практически во всех сферах деятельности.

В ходе динамического наблюдения за детьми в коррекционно-развивающем процессе определяются:

- состояние мотивационной сферы и навыков;
- индивидуальные особенности деятельности ребенка (объем усвоения материала, степень самостоятельности и др.);
- уровень общения и способы взаимодействия со взрослыми и детьми в процессе деятельности;
- скорость усвоения предлагаемого материала.

Данные, полученные в ходе «следящей» диагностики, не будут носить сугубо ситуативный характер, а будут объективными и достаточно эффективными. Так они позволят осуществлять контроль и корректировку в процессе воспитания и обучения, комбинирование содержания изучаемого материала или сокращение его объема, а также изменение методов и форм работы в случае их неэффективности. Все полученные данные о ребенке, намеченные психолого-педагогические мероприятия должны фиксироваться в индивидуальной карте обучения и развития, при динамическом психолого-педагогическом изучении ребенка отмечаются показатели работоспособности, внимания, степень утомления, выявляются негативные факторы, которые при первичном обследовании были скрыты и проявились уже в процессе педагогической работы.

Наблюдение за ребенком в процессе обучения, в режимных моментах и свободной деятельности позволяет составить полное представление о характере и содержании ведущей деятельности, ее особенностях (возможность осуществления самостоятельных действий, активность в достижении результата), о характере используемой помощи. Основное внимание уделяется изучению познавательной сферы. В ходе обследования производится оценка состояния эмоционально-волевой сферы на основе качественного анализа поведения ребенка,

особенностей выполнения им заданий. Наиболее значимыми диагностическими показателями в процессе обследования являются: эмоциональная реакция ребенка на факт обследования (адекватность поведения), понимание инструкции и цели задания, способность сохранять инструкцию до конца работы, характер деятельности, способность переноса показанного способа действия на аналогичное задание, состояние моторики, уровень речевого развития. Основываясь на данных, полученных в ходе работы (всех специалистов, что и предполагает диагностический модуль и комплексная карта диагностики), можно с большой долей уверенности судить о первичном и вторичном нарушениях, их влиянии на развитие личности ребенка, характере его взаимодействия с социальным окружением, о степени психических затруднений ребенка и возможной динамике развития.

Итогом динамического наблюдения является сопоставительный анализ данных, полученных при первичном обследовании, и показателей, отражающих динамику продвижения ребенка в ходе обучения, в игровых ситуациях, общении. Это позволяет наиболее точно охарактеризовать и определить уровень психического развития ребенка с комплексным нарушением, и в соответствии с этим разработать основные направления психокоррекционной работы.

### **3.2.4. Организация и содержание коррекционных занятий**

Психическое развитие детей с комплексными нарушениями имеет замедленный характер. Стихийное развитие всех компонентов познавательной деятельности часто не приводит к выходу на должный уровень интеллектуального развития, и потенциал ребенка оказывается нереализованным.

*Основными задачами коррекционных занятий* данного направления являются:

- формирование и активация мотивационных механизмов психологического развития;
- развитие и совершенствование навыков коммуникативной деятельности;
- формирование и стимуляция сенсорно-перцептивных функций (пространственных и временных представлений, конструктивного праксиса, зрительного гнозиса, слухового и тактильного восприятия);
- развитие внимания, памяти и мыслительных процессов;
- развитие моторных функций;
- обучение способам регуляции эмоционально-волевой сферы.

К наиболее важным *организационным аспектам проведения психолого-педагогической коррекции* следует отнести: выбор и оптимальное сочетание организационных форм коррекционной работы; адекватное методически обоснованное структурирование психологических занятий. Эффективность психокоррекционного воздействия в значительной степени зависит от форм проведения коррекционно-развивающей работы; от комплектации групп детей; от продолжительности и режима проведения коррекционно-развивающих занятий. В дефектологической практике используются индивидуальные и групповые организационные формы коррекционной работы. Ребенок с комплексными нарушениями развития может быть вовлечен в каждую из указанных форм работы.

Выбор той или иной формы коррекционной работы осуществляется на основе следующих критериев:

- уровень сформированности базовых составляющих психического развития;
- выраженность проблем поведения;
- темп продвижения ребенка в усвоении тех или иных умений и навыков.

Для детей с низким уровнем развития приоритетными являются индивидуальные занятия, в групповую же работу дети включаются эпизодически. Для детей второго и третьего уровней психического развития рекомендуются как индивидуальные организационные формы, так и групповые, когда естественным образом создаются благоприятные условия для

овладения подражанием, навыками речевой коммуникации, для формирования игровых умений.

Выбор структуры коррекционно-развивающего занятия ориентирован на возможности детей, что предусматривает постепенный переход от одного этапа к другому. Работа по коррекции познавательной и эмоционально-волевой сфер проводится индивидуально и в подгрупповой форме. Планирование занятий проводится в соответствии с индивидуальным маршрутом психолого-педагогической коррекции, тематическим планированием, а также с учетом данных научно-практического анализа индивидуальных особенностей детей. Большое значение имеет последовательность, систематичность предъявляемых заданий, что требует от дефектолога постоянного анализа успешности выполнения ребенком тех или иных заданий. В реальной практике работы с детьми с нарушениями развития одна и та же тема может требовать различного времени и средств (вербальных, графических, образно-двигательных) для ее освоения. «Технологическая линия» работы выстраивается следующим образом: из базы данных каждого блока программы выбираются виды деятельности, с помощью которых предполагается решить поставленные задачи и достичь определенной цели. Структура занятия вариативна, предполагается смена контрастных видов деятельности при сохранении доминанты развития.

Коррекционные занятия имеют общую структуру, которая определяется последовательностью этапов. Структуру развивающего занятия можно представить следующим образом:

#### Примерная структура коррекционного занятия

Дата	Этапы работы	Содержание	Результаты
	1. Организационный этап	Составление календаря	
	2. Коррекционный этап	Дидактический материал	
	3. Релаксационный этап	Музыкальные фрагменты, кресло-качалка, качели и т.д.	
	4. Заключительный этап	Работа с календарем	

#### 3.2.5. Обучение планированию своих действий («календарный метод»)

Обязательным «оргмоментом» на индивидуальном занятии является обучение ребенка планированию своих действий и их оценка после выполнения. Для детей, имеющих речевые проблемы, снижение интеллектуальных процессов, используются невербальные средства общения — система символов (пиктограммы, картинки), с помощью которых можно удовлетворять жизненно важные потребности, осуществлять процесс обучения (Е.Е. Дмитриева, Л.М. Щипицына и др.).

В последние годы наиболее продуктивным методом в обучении детей с комплексными нарушениями является символическая система коммуникации. За рубежом эта система называется «Календарь». Она способствует установлению контакта между психологом, педагогом, воспитателем и ребенком, формированию средств общения, развитию моторных функций, обогащению представлений об окружающем, активизации мыслительных процессов у детей с комплексными нарушениями (Е. Пташник, 2005; Р. Блаха, 2007).

Календарь — это символическая система коммуникации, в которой символы или предметы-символы используются для представления основных видов деятельности в течение определенных отрезков времени, например в течение дня или в процессе занятия. Благодаря календарной системе ребенок включается в ежедневную последовательность событий и видов деятельности, что становится основой для развития различных средств коммуникации, «Календарная система» как методика была разработана в Голландии. Ее авторами являются Jan Van Dijk, Marleen Janssen, Tom Visser и др. С 1995 года в России в Сергиево-Посадском детском доме была введена календарная система для обучения детей с множе-

ственными нарушениями. Обобщив опыт работы с календарем, можно отметить, что эта система успешно может быть внедрена практически во все сферы деятельности и использована всеми специалистами, работающими с изучаемой категорией детей.

В работе используются различные виды календарей, которые подбираются индивидуально для каждого ребенка.

Календари могут быть:

- предметные;
- с барельефным, рельефным, контурным изображением предметов (для слепых);
- картинные календари;
- фотокалендари;
- календари с письменными таблицами для глобального восприятия;
- календари-расписания с использованием письменной формы речи;
- календари-дневники и др.

Выбор вида календаря зависит от физических, сенсорных, моторных, психических и интеллектуальных возможностей детей. В календарной системе, предложенной для работы с детьми со сложными нарушениями, используются предметы, картинки-символы. Символы — это то, что обозначает, подразумевает какую-либо деятельность, понятие, какой-либо другой предмет. Общение с помощью символов открывает потенциально безграничные рамки того, о чем можно говорить — в прошлом, настоящем или будущем. Предмет или картинка сигнализирует ребенку о предстоящей деятельности. В деятельности с календарем психолог учит связывать «сигнал» (предмет–символ, рисунок, жест) с реакцией или поведением, что является важным условием для развития вообще, а для развития коммуникации в особенности. При работе с детьми с комплексными нарушениями необходимо использовать все доступные ребенку–дошкольнику средства общения, поддерживать использование различных средств и методов коммуникации, чтобы помочь ребенку овладеть настолько широким кругом навыков общения, насколько это возможно.

Для детей, относящихся ко второму, третьему уровням психического развития, можно рекомендовать вербальное планирование. Например, после инструкции, данной психологом, необходимо задать ребенку вопросы: «Что будем делать?», «Что сделаем сначала?», «Как ты будешь делать?» и др. В конце упражнения, занятия делается акцент на результат действия. Это дает ребенку возможность лучше осознать свои возможности. Не все дети могут сразу освоить планирование и самоанализ. В течение определенного времени, которое зависит от уровня речевого и интеллектуального развития ребенка, психолог сам вербализует и обобщает работу ребенка на занятии, постоянно активизируя его на планирование своих действий в речи и на самоанализ. Эффектом постоянного обучения ребенка планированию и самоанализу становится повышение уровня самооценки.

Важно соблюдать поэтапность решения коррекционных задач на каждом занятии. Определение адекватных мероприятий развивающего и обучающего характера по отношению к ребенку с комплексным нарушением развития возможно только на основе специальных данных психолого-педагогической диагностики. Каждый ребенок обладает особым потенциалом развития. При выполнении того или иного действия могут возникать трудности, во избежание которых следует подразделять объемные действия на отдельные последовательные этапы их выполнения. Подбор системы упражнений на каждом занятии должен соответствовать не только уровню «актуального развития ребенка», но и «зоне ближайшего развития».

### 3.2.6. Методы и приемы коррекционно-развивающей работы

Развитие детей с множественными нарушениями возможно лишь при условии использования системы разнообразных методов психокоррекционной работы. Рекомендуется использовать следующие приемы психологической коррекции:

- метод символической системы коммуникации;
- приемы игровой психокоррекции;
- приемы арттерапии, музыкотерапии;
- приемы телесно-ориентированной терапии и др.

Выбор методов определяется психологическими особенностями детей, имеющих сочетанные нарушения, которые могут вызвать ответное действие ребенка на действие психолога.

Для проведения психокоррекционной работы могут быть также использованы психологические игры. Игры подбираются соответственно особенностям детей с комплексными нарушениями развития. Игры могут быть направлены на активизацию подражательных способностей, на развитие тактильных и эмоциональных контактов, на развитие личных и межличностных проблем, на развитие коммуникативных навыков. Основное внимание уделяется психогимнастике, с помощью которой выражается какой-либо образ фантазии, насыщенный эмоциональным содержанием. Психогимнастические упражнения в целом представляют собой своего рода «механизм» психофизического эмоционального единства, где ребенок не только говорит, но и выполняет какое-либо движение, например, представляет себя веселым зайчиком, играющим на воображаемой трубе; строит «дорогу для машин» и потом «едет по ней на машине быстро или медленно», сочиняет историю с эмоциональной ситуацией (психолог может задавать ситуации на темы «уверенности», «страхов» и т.п.).

При определении последовательности психогимнастических упражнений важно соблюдать чередование и сравнение противоположных по характеру движений (напряженных и расслабленных, резких и плавных, частых и медленных и др.), сопровождаемых попеременно мышечным расслаблением и напряжением. Такое чередование гармонизирует психическую деятельность мозга, при этом упорядочивается психическая и двигательная активность ребенка, улучшается настроение, взаимодействие с окружающими становится доступным ребенку, сбрасывается инертность самочувствия.

Для детей с комплексными нарушениями развития на начальных этапах обучения важна работа по осознанию эмоциональных состояний. Рекомендуется вводить элементы психогимнастики в занятия по развитию познавательной сферы. Это развивает понимание ребенком своего отношения и отношения других детей к разным ситуациям. Постепенно в процесс коррекционно-развивающей работы возможно введение отдельного занятия по психогимнастике с этюдами и играми на выражение отдельных эмоциональных состояний, отдельных качеств характера и эмоций, снятие психоэмоционального напряжения (М.И. Чистякова, 2004).

В настоящее время интерес к коррекционной деятельности средствами искусства неуклонно возрастает. Это связано с тем, что возможности арттерапии достаточно велики и в личностном, социокультурном становлении ребенка, и в раскрытии его индивидуальных способностей (И.Ю. Левченко, Е.А. Медведева, Н.В. Шутова и др.).

Сущность арттерапии состоит в коррекционном воздействии искусства на человека и проявляется в реконструировании психотравмирующей ситуации, выведении переживаний, связанных с ней, во внешнюю форму через продукт художественной деятельности. Для детей с комплексными нарушениями можно использовать приемы арттерапии, основанные на смене психологических состояний человека в процессе рисования, лепки, аппликации. Выбор этих средств связан с особенностями детей, например, богатый опыт использования

лепки имеется в коррекционно-развивающем процессе со слепоглухими детьми, рисования—в работе с глухими умственно отсталыми.

Для активизации речи и стимуляции позитивных внутренних процессов у детей используется специальное музыкальное сопровождение. С помощью музыкальной терапии можно поднять эмоциональный и мышечный тонус, усилить общую активность, вовлечь неговорящего ребенка в процесс пения посредством подражания. Практический опыт психокоррекционной работы средствами музыкотерапии показывает ее большой терапевтический и коррекционный эффект в работе с детьми, у которых имеются сочетанные нарушения речи, зрения, двигательной и интеллектуальной сфер. Упражнения, способствующие осознанию собственного тела, относятся к такому направлению психокоррекции, как телесно-ориентированная психотерапия.

В содержание психокоррекционных занятий могут включаться различные игровые упражнения.

Необходимо придерживаться принципа индивидуального подбора психологических технологий. Психолого-педагогическое исследование показало наличие достаточно больших индивидуальных различий, проявляющихся как в конкретных психических функциях ребенка, так и в широком разбросе каждого выделенного нами уровня развития. Соответственно, методики психической коррекции должны обеспечивать изменение сложности предлагаемых заданий с учетом степени выраженности нарушений развития. При планировании работы необходимо принимать во внимание специфические особенности каждого ребенка, имеющего сочетание тех или иных нарушений, что предопределяет насыщенность содержательного материала на развитие той или иной функции. Например, для детей, у которых одно из нарушений представлено поражением опорно-двигательной системы (ДЦП), необходимо насытить материал заданиями, направленными на развитие конструктивной деятельности, на ориентировку в пространстве.

### ***3.2.7. Разработка индивидуальной коррекционной программы***

Центральным звеном в разработке психологических технологий развития детей с комплексными нарушениями является составление индивидуальных психокоррекционных программ. Психологическая программа развития представляет собой технологию, целью которой — создание условий для наиболее полного раскрытия и развития индивидуального психологического потенциала. Программа ориентирована на индивидуальные личностные потребности и возможности детей, имеющих сложные нарушения развития, поэтому мы называем ее индивидуальной. Это обуславливает определенные требования к ее построению: необходимо четко обозначить цель и задачи коррекционной работы; программа предполагает вариативность и гибкость содержания; соблюдение концентрического принципа расположения материала; способствование развитию познавательных процессов, регулированию эмоционально-волевой сферы, корригированию социально-личностных проявлений.

Для проектирования индивидуальных коррекционно-развивающих программ предлагается следующий алгоритм:

1. Первичным элементом при составлении программ является актуализация целей и задач, которые представляют собой предполагаемый результат работы. Основой конструирования психологического коррекционного процесса выступает «психологический образ ребенка» с комплексным нарушением, который устанавливается на этапе обследования, в сочетании с освоением самим ребенком знаний и практических умений. Психологический портрет ребенка составляется с первых шагов вступления в контакт со специалистами, где особую роль играют и его родители, которые помогают в уточнении и конкретизации полученных данных о ребенке в процессе обследования. Для составления психологического портрета ребенка особое значение имеют непосредственно результаты пробных обучающих занятий, в процессе которых психолог не прекращает своей исследовательской деятельности. Он проводит тщательное наблюдение за поведением ребенка, ведет мониторинг показателей

деятельности его во всех ее проявлениях на специальных групповых и индивидуальных занятиях, в игре; учитывается характер взаимоотношений со сверстниками, со взрослыми, в семье, отмечаются также показатели его работоспособности, внимания, степень самостоятельности и т.д. Всестороннее изучение ребенка в рамках комплексно-диагностического модуля и динамическое наблюдение в период коррекционно-диагностического модуля, когда ребенок вовлекается в учебно-образовательную сферу, позволяют наиболее точно составить целостный образ ребенка и отразить специфику развития каждой психической функции, что является отправной точкой в определении целей и задач программы. В процессе работы психолог должен ориентироваться не только на уровень развития данной функции, но и на ее качественные особенности, учитывая при этом своеобразие деятельности, специфику перцептивного синтеза, уровень речевого развития и т.д.

2. Опираясь на принципиальные условия, необходимые для формирования и развития познавательной деятельности детей с комплексными нарушениями, можно выделить несколько структурных блоков, составляющих содержание развивающей программы. С учетом разноуровневого характера психического развития детей с комплексными нарушениями индивидуальная программа должна носить ступенчатый характер, причем ступень соответствует уровню развития детей и имеет свои задачи, свое содержание, определяемые с учетом принципа «от простого к более сложному». Так, для детей с комплексными нарушениями I (низкого) уровня психического развития целесообразно использовать программу первой ступени. Задачи и содержание такой программы должны быть ориентированы на детей, у которых выявляются сложные множественные нарушения, в структуре которых вариативно сочетаются интеллектуальное недоразвитие и различные анализаторные нарушения, обусловленные многоаспектным внутриутробным поражением центральной нервной системы. Такие дети с трудом вступают в контакт с психологом, педагогом, с детьми; они не могут самостоятельно включиться в процесс активного приспособления к условиям социальной среды и складывающимся жизненным ситуациям. Практически у всех детей, относящихся к низкому уровню, не сформированы навыки самообслуживания, коммуникации, обнаруживаются лишь начатки подражания. С первых дней жизни состояние их отличается значительным отставанием в физическом развитии. В условиях указанной патологии наблюдается недоразвитие всех психических функций, внимание слабоустойчивое, выраженная незрелость эмоционально-волевой сферы. Выполнение большинства заданий возможно только в совместных действиях с психологом.

С учетом особенностей психического развития детей с комплексными нарушениями с низким уровнем определяются следующие основные задачи психокоррекционной работы на первой ступени:

- адаптация к условиям занятий с психологом;
- создание психологической основы развития разных видов деятельности;
- формирование познавательных процессов;
- формирование предпосылок к восприятию, коммуникации.

Для детей с комплексными нарушениями со средним уровнем психического развития рекомендуется программа второй ступени. Наблюдения и экспериментальное исследование позволяют говорить о том, что показатели развития психических процессов имеют неравномерный характер, располагаются в различных диапазонах, т.е. одни психические функции оказываются несформированными более резко, другие относительно благополучны. В структуре комплексного дефекта имеющиеся нарушения первичного характера различны по степени тяжести. Интерес к выполнению задания ситуативен и, как правило, зависит от успешности его выполнения. Трудности понижают мотивацию к выполняемому заданию. У детей второго уровня неустойчивость эмоционально-волевой сферы может быть в состоянии незрелости и относительно сохранный, это сказывается на процессе адаптации, на трудностях вступления в контакт. В большинстве своем дети избирательно владеют навыками самообслуживания. Внимание детей преимущественно произвольное, харак-

теризующееся неустойчивостью, память снижена. У детей недостаточно развито наглядно-действенное, наглядно-образное мышление, низкий уровень словесно-логического мышления. Выполнению заданий на словесно-логическое мышление мешает бедность понятийного словаря и неумение устанавливать логическую связь взаимоотношений предметов, явлений. У детей отмечается недоразвитие речи, они не усваивают в полном объеме языковую систему, проявляется ограниченность словарного запаса, несформированность грамматического строя. В отличие от детей I уровня, эти дети могут действовать самостоятельно. Деятельность детей II уровня малопродуктивна, но организующая и разъясняющая помощь специалиста оказывается эффективной. В целом дети данного уровня наиболее перспективны в плане развития и социализации, интеграции в общество.

Программа, рассчитанная на эту группу детей, заметно отличается сложностью, объемом материала и направлена на формирование положительной мотивации на деятельность в условиях специальных занятий, на развитие коммуникации, психических процессов, эмоционально-волевой и личностной сфер.

Программа третьей ступени предназначена для детей с комплексными нарушениями III (выше среднего) уровня психического развития. В этот уровень вошли дети, у которых первично сохранена интеллектуальная деятельность. Показатели развития психических функций имеют переходный характер от равномерного до скачкообразного. Дети легко вступают в контакт, отмечается мотивационность и целенаправленность в деятельности, эмоционально-волевая сфера более устойчивая. Этих детей отличают положительные сдвиги в развитии личностных компонентов. Однако у них наблюдаются недостаточная сформированность мыслительных операций обобщения, абстрагирования, сравнения, снижение памяти, отставание в речевом развитии. В целом эти дети в специально организованных условиях обучения, воспитания дают положительную динамику психического развития, что свидетельствует о широких потенциальных возможностях.

В отношении детей с комплексными нарушениями III уровня в психологической коррекционной программе выдвигаются следующие задачи: развитие и совершенствование познавательной деятельности, коммуникативных навыков; расширение представлений об окружающем мире, повышение компетентности в социальном ориентировании, стимулирование когнитивных процессов с целью подведения ребенка к уровню самореализации, самоактуализации.

Система расположения содержательного материала в программах каждой ступени позволяет максимально охватить круг психических явлений, свойственных ребенку, и вывести их развитие на уровень, соответствующий имеющимся потенциальным возможностям.

3. Содержание развивающей программы структурируется на основе фундаментальных объектов психической деятельности, вокруг которых группируется практический материал: упражнения, игры, этюды. Характерной особенностью стержневой темы развивающей программы являются ее достаточно широкие рамки, что позволяет строить работу практически на любом содержательном материале, который отбирается с учетом индивидуальных особенностей детей и распределяется по степени сложности по трем ступеням. Например, развитие зрительного восприятия включает упражнения на различение и классификацию предметов по цвету, называние цветов, соотнесение по цвету предметов разной формы. Развитие различных форм мышления предполагает выполнение упражнений на выявление различий и тождества объектов, сравнение объектов и выделение их характерных особенностей, соотнесение частей и целого, установление последовательности событий и т.д. Таким образом, становится возможным в полном объеме «охватить» и задействовать весь спектр психических процессов, образующих психическую деятельность человека.

4. В основе содержания программы лежит концентрический способ расположения материала. Концентрический способ построения программы позволяет разместить материал таким образом, чтобы содержание предыдущей ступени изучалось в более усложненном виде на последующих ступенях, что наиболее точно отвечает особенностям познавательной

деятельности детей с комплексными нарушениями развития. Усваивая материал одной ступени, ребенок постепенно переходит к другой, таким образом возрастает круг знаний в связи с расширением радиуса изучаемого пространства, а соответственно решаются задачи психологической коррекции.

5. Концентрический подход к проектированию коррекционно-развивающей программы для детей с комплексными нарушениями развития обеспечивает практическую реализацию требований к построению системы повторений, способствующей закреплению приобретенных умений и навыков. Учитывая это требование, необходимо предварительно продумывать структуру занятий, последовательность предлагаемых заданий, чтобы упражнения по совершенствованию психических процессов не являлись разрозненными тренировочными видами деятельности, а представляли собой целостную осмысленную деятельность ребенка.

6. Принцип сочетания работы по развитию нарушенных функций и формирования приемов их компенсации предполагает формирование функциональных систем за счет более активного развития сохранных функций. Структура психической деятельности детей с комплексными нарушениями чрезвычайно сложна. Нарушения познавательной деятельности и личности отчетливо обнаруживаются в самых различных проявлениях. В одних случаях психические процессы оказываются полностью не сформированными, в других — остаются относительно сохранными. Этим в определенной мере обусловлены существующие между детьми индивидуальные различия. Соответственно основные разделы программы должны быть насыщены материалом, ориентированным на формирование и развитие отстающих функций при активном участии относительно благополучных. Например, при сочетании нарушений слуха и интеллекта психологическое воздействие должно быть направлено на стимуляцию познавательной активности, оптимизацию мнестических процессов и интеллектуальных функций, формирование специфических коммуникативных средств общения, что осуществляется на основе сохранных зрительного восприятия.

7. При разработке индивидуальных развивающих программ и организации коррекционной работы необходимо учитывать междисциплинарные связи. Это достигается благодаря скоординированному объединению направлений работы, заимствованных из области специальной педагогики. Чтобы придать процессу психолого-педагогической помощи организованный характер, используется тематическое планирование, которое предполагает одновременность изучения соответствующих разделов педагогических и психологических программ. Применение тематического планирования позволяет решать психологические задачи (развитие познавательной деятельности, личности) в единстве с общеобразовательными задачами. Например, выносится тема «Овощи» на определенный период обучения (неделя), психолог может включать эту тему в работу по развитию зрительного восприятия, мышления, памяти. Изучение предлогов на логопедических занятиях может иметь продолжение на психологических занятиях по развитию навыков пространственной ориентации и т.д. Таким образом, психолог не только осуществляет непосредственно свой раздел работы, но и использует на своих занятиях изучаемый материал других специалистов. Это способствует более успешному решению общих образовательно-развивающих и социальных задач.

8. В программе не только допускается, но и поощряется корректировка и видоизменение ее содержания, необходимость которых возникает в процессе работы. Проецирование образовательно-развивающей траектории каждого ребенка обуславливается его индивидуальными возможностями. В связи с этим положением предусматривается включение дополнительного материала или, наоборот, сокращение какого-либо содержания. Кроме того, психологические развивающие программы носят пролонгированный характер, так как невозможно определить точные сроки их выполнения, поскольку сущность построения состоит именно в том, что изменение содержания программы является определенным отражением изменений, происходящих в ребенке в процессе работы.

Вариативность психического развития детей с комплексными нарушениями определяет необходимость проведения специального отбора методов и приемов работы, создания наиболее адекватных условий для деятельности в каждом конкретном случае. Например, для детей, имеющих нарушения слуха в сочетании с другими первичными нарушениями, целесообразно использовать наглядно-практические методы, применять дактилологию, жесты в качестве средств общения, оснащение занятий слуховой аппаратурой.

В деятельности дефектолога, начиная с первого комплексно-диагностического модуля, следует разработать и включить в коррекционный психолого-педагогический процесс мониторинг, с помощью которого возможно достичь оптимального сочетания контроля результатов и контроля процесса, способствующего совершенствованию деятельности специалистов. Сущность психолого-педагогического мониторинга заключается не только в выявлении того, как осуществляется деятельность и каковы ее результаты, но и в создании проекта «новой деятельности», обусловленной продвижением в развитии ребенка с комплексным нарушением.

***Для самоконтроля по теме «Коррекционные технологии в системе психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями развития» необходимо ответить на следующие вопросы:***

1. Что понимается под психолого-педагогическим сопровождением детей с комплексными нарушениями развития?
2. Какие конкретные потребности в дефектологической помощи существуют у детей с комплексными нарушениями развития?
3. Какие задачи решаются при проведении коррекционной работы с детьми, имеющими комплексные нарушения развития?
4. Какие структурные компоненты включает психолого-педагогическое сопровождение детей с комплексными нарушениями развития?
5. На каких ведущих теоретико-методологических положениях строится психолого-педагогическая диагностика детей с комплексными нарушениями развития?
6. Какие методики являются основой содержания диагностической программы?
7. В чем заключается специфичность в применении этих методик при обследовании детей с комплексными нарушениями?
8. Какие методы изучения психики ребенка с комплексными нарушениями, исходя из своеобразия психологической реальности изучаемого контингента, являются наиболее информативными?
9. Что определяется в ходе динамического наблюдения за детьми в коррекционно-развивающем процессе?
10. Назовите основные задачи коррекционных занятий?
11. От чего в значительной степени зависит эффективность психокоррекционного воздействия?
12. Какие организационные формы коррекционной работы используются дефектологической практике?
13. На основе каких критериев осуществляется выбор той или иной формы коррекционной работы?
14. Какая форма занятий является приоритетной для детей с низким уровнем развития?
15. Какие организационные формы рекомендуются для детей второго и третьего уровней психического развития?
16. Что включает структура развивающего занятия?
17. Что является обязательным «оргоментом» на индивидуальном занятии?

18. В чем сущность «календарного метода»?
19. Какие приемы психологической коррекции рекомендуется использовать?
20. Какой алгоритм предлагается для проектирования индивидуальных коррекционно-развивающих программ?
21. Какие основные задачи психокоррекционной работы с учетом особенностей психического развития детей с комплексными нарушениями с низким уровнем определяются на первой ступени?

## 4. КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ»

### 4.1. Вопросы к зачету

Итоговый контроль усвоения теоретического и практического учебного материала по дисциплине осуществляется в форме зачета по следующим вопросам:

1. Учение Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта и его роль в развитии современных представлений о комплексном нарушении и принципах обучения
2. Определение понятия «комплексное (сложное) нарушение развития»
3. Основные группы детей с сочетанными нарушениями и значение их психолого-педагогического изучения
4. Нозологические варианты этиологии сложных нарушений
5. Методы исследования этиологии сложных (множественных) нарушений
6. Описание основных экзогенных причин сложных нарушений развития
7. Генетические и хромосомные заболевания и синдромы, обуславливающие сложные (множественные) нарушения развития
8. Дети с нарушением слуха и зрения (бисенсорным нарушением)
9. Дети с нарушенным слухом и сниженным интеллектом
10. Дети с нарушениями зрения и интеллекта
11. Дети с нарушениями опорно-двигательной системы и интеллекта
12. Дети с комплексными нарушениями, сочетающими сенсорные, опорно-двигательные, интеллектуальные нарушения и речевые расстройства
13. Речевые нарушения первичного характера у детей с нарушениями слуха
14. Дети с детским церебральным параличом и нарушениями слуха
15. Принципы диагностики нарушений развития при сложных дефектах
16. Медицинское обследование и анализ анамнестических данных
17. Основные показатели социального развития детей с комплексными нарушениями
18. Выявление особенностей познавательной деятельности у детей с комплексными нарушениями
19. Логопедическое обследование детей с комплексными нарушениями
20. Обоснование уровневого подхода к оценке развития детей с комплексными нарушениями
21. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с комплексными нарушениями с I (низким) уровнем развития
22. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с комплексными нарушениями со II (средним) уровнем развития
23. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с комплексными нарушениями с III (выше среднего) уровнем развития
24. Закономерности психического развития детей с комплексными нарушениями
25. Комплексная модель психолого-педагогической помощи детям со сложными нарушениями
26. Задачи и компоненты психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями
27. Алгоритм составления комплексной диагностической программы
28. Динамическое наблюдение за детьми в коррекционно-развивающем процессе
29. Организация и содержание коррекционных занятий

30. Обучение планированию своих действий («календарный метод»)
31. Методы и приемы коррекционно-развивающей работы
32. Разработка индивидуальной коррекционной программы
33. Воспитание детей с комплексными нарушениями в семье
34. Возможности интеграции детей с комплексными нарушениями

#### 4.2. Итоговый тест

Задание 1. К эндогенным причинам сложных нарушений развития относятся

- А) гемолитическая болезнь новорожденных
- Б) синдром Дауна
- В) внутриутробное инфицирование краснухой
- Г) асфиксия

Задание 2. О несформированности какого компонента деятельности детей со сложными нарушениями развития свидетельствует отсутствие познавательного интереса к выполняемой деятельности или неустойчивость этого интереса

- А) контрольно-оценочного
- Б) ориентировочного
- В) мотивационного
- Г) операционального

Задание 3. Нарушения, при которых у ребенка одновременно существуют три и более первичных нарушения, каждое из которых имеет отрицательные последствия классифицируется как

- А) изолированный дефект
- Б) множественное нарушение
- В) сложное нарушение
- Г) осложненный дефект

Задание 4. Дети с умственной отсталостью и незначительным снижением слуха относятся к группе детей

- А) с изолированным дефектом
- Б) со множественными нарушениями
- В) со сложным нарушением
- Г) с осложненным дефектом

Задание 5. Под «следающей» диагностикой, в первую очередь, понимается

- А) определение скорости усвоения предлагаемого материала
- Б) контроль за динамикой психофизического развития ребенка практически во всех сферах деятельности
- В) выявление негативных факторов, скрытых при первоначальном обследовании
- Г) определение уровня общения и способов взаимодействия со взрослыми и детьми в процессе деятельности

Задание 6. Положения о зоне ближайшего и актуального развития представлены в

- А) теории деятельности
- Б) теории развивающего обучения
- В) учении о совместно-раздельной деятельности
- Г) теории о поэтапном формировании умственных действий

Задание 7. Выраженные обменные нарушения наблюдаются при

- А) синдроме Лоу
- Б) синдроме Дауна
- В) синдроме Лежена
- Г) синдроме Ушера

Задание 8. Наиболее изучено развитие детей, у которых

- А) интеллектуальные и (или) сенсорные нарушения сочетаются с нарушениями аутистического спектра
- Б) сочетаются выраженные нарушение зрения и слуха (бисенсорный дефект)
- В) наблюдается снижение интеллекта при глубоких нарушениях зрения.
- Г) сочетается нарушение опорно-двигательной системы и интеллектуальной недостаточности

Задание 9. Программа обучения детей, имеющих нарушения слуха и интеллекта построена на основе

- А) программы обучения глухих
- Б) программы обучения слабослышащих
- В) программы обучения детей с умственной отсталостью с учетом нарушения слуха
- Г) программы обучения глухих с учетом нарушения интеллекта

Задание 10. Положение о поэтапном переходе действий из внешнего плана во внутренний (интериоризация) представлены в

- А) теории деятельности А.Н. Леонтьева
- Б) учении о совместно-раздельной деятельности А.И. Мещерякова
- В) теории иерархической структуры дефекта Л.С. Выготского
- Г) теории о поэтапном формировании умственных действий П.Я. Гальперина

Задание 11. Для детей с нарушением зрения и интеллекта характерно

- А) значительная неравномерность формирования разных сторон психической деятельности
- Б) значительное равномерное снижение формирования разных сторон психической деятельности
- В) незначительное снижение формирования разных сторон психической деятельности
- Г) незначительное снижение результативности познавательной деятельности и активности

Задание 12. В структуре речевых нарушений умственно отсталых преобладающим компонентом является

- А) фонетический дефект
- Б) сенсомоторный дефект
- В) семантический дефект
- Г) дефект графической речи

Задание 13 Теория о структуре дефекта легла в основу принципа коррекционной педагогики -

- А) учета соотношения первичного нарушения и вторичных отклонений ребенка
- Б) ориентации обучения на зону ближайшего развития.
- В) поэтапного формирования умственной деятельности
- Г) постепенного «укрупнения» единиц деятельности

Задание 14. Интеллектуальные нарушения при ДЦП

- А) имеют незначительный характер
- Б) проявляются в самой тяжелой степени умственной отсталости
- В) проявляются в парциальных нарушениях психических функций
- Г) проявляются от незначительных нарушений уровня интеллектуального развития до самых тяжелых степеней умственной отсталости

Задание 15. Формальный контакт со взрослыми или случаи полного отказа от сотрудничества наблюдается

- А) у детей с 1м уровнем развития
- Б) у детей со 2м уровнем развития (подгруппа А)
- В) у детей со 2м уровнем развития (подгруппа Б)
- Г) у детей с 3м уровнем развития

Задание 16. У детей с церебральным параличом наиболее частыми формами речевых нарушений являются

- А) различные формы дислалии
- Б) различные формы дизартрии
- В) ринолалия
- Г) заикание

Задание 17. Использование клинических, экспериментально-психологических, педагогических, нейрофизиологических и нейропсихологических данных изучения особенностей развития ребенка отражает содержание

- А) Принципа онтогенетического развития
- Б) Принципа ранней диагностики нарушений
- В) Принципа комплексности
- Г) Принципа единства диагностики и коррекции

Задание 18. Одним из основных показателей социально-личностного развития является

- А) темп усвоения учебного материала
- Б) характеристика произносительной стороны речи
- В) определение объема владения навыками самообслуживания;
- Г) степень самостоятельности выполнения заданий

Задание 19. Выбор и оптимальное сочетание форм коррекционной работы относится

- А) к общеметодическим аспектам проведения психолого-педагогической коррекции
- Б) к содержательно-методическим аспектам проведения психолого-педагогической коррекции
- В) к организационно-методическим аспектам проведения психолого-педагогической коррекции
- Г) к диагностическому аспекту проведения

Задание 20. Достаточная способность к переносу усвоенных умений и навыков наблюдается

- А) у детей с 1м уровнем развития
- Б) у детей со 2м уровнем развития (подгруппа А)
- В) у детей со 2м уровнем развития (подгруппа Б)
- Г) у детей с 3м уровнем развития

Задание 21. Личностный компонент комплексной коррекционной программы предполагает

- А) учет всех индивидуально-психологических особенностей
- Б) учет уровня познавательного развития
- В) учет уровня речевой коммуникации
- Г) учет особенностей эмоциональной сферы

Задание 22. Принцип гетерохронности детского развития требует

- А) формирование онтогенетически предшествующих функций
- Б) опоры на сохранные функции
- В) ориентации на относительно сохранные психические функции и интенсивное развитие слабо выраженных
- Г) формирование отсутствующих и нарушенных функций

Задание 23. Резкая схематичность воспроизводимых фигур характерна для детей

- А) с бисенсорными нарушениями
- Б) со снижением интеллекта при глубоких нарушениях зрения
- В) с сочетанием нарушений опорно-двигательной системы и речи
- Г) с речевыми нарушениями первичного характера у детей с нарушениями слуха

Задание 24. С позиций деятельностного подхода конечный целью обучения является

- А) формирование высших психических функций
- Б) формирование действий с предметами

- В) формирование способа действий
- Г) формирование навыков самообслуживания

Задание 25. Для активизации речи и стимуляции позитивных внутренних процессов наиболее эффективными являются

- А) приемы игровой психокоррекции
- Б) приемы арттерапии,
- В) приемы музыкотерапии
- Г) приемы телесно-ориентированной терапии

Задание 26. Направляющая помощь используется

- А) в связи со сниженной способностью удерживать цель и организовывать свою деятельность.
- Б) в ситуациях, когда предыдущие виды помощи не оказались достаточными
- В) в связи с несовершенством владения средствами и способами деятельности
- Г) в условиях низкого познавательного интереса ребенка

Задание 27. В чем заключается метод экспериментального изучения уровня развития ребенка?

- А) в анализе продукции детей
- Б) в выполнении определенных заданий
- В) в применении опросников
- Г) в анализе медицинской документации

Задание 28. Поэтапный характер психолого-педагогического воздействия на ребенка предполагает определение

- А) несформированных функций
- Б) этиологии нарушений
- В) социальной ситуации развития ребенка
- Г) ближайшего прогноза развития ребенка

Задание 29. Под символической системой коммуникации понимается

- А) система пиктограмм, картинок, опосредующих общение
- Б) вербальное планирование
- В) дактилирование
- Г) шрифт Брайля

Задание 30. Неодновременность проявлений нарушений разных систем и функций организма характерна для

- А) синдрома Маршалла
- Б) синдрома Ушера
- В) синдрома Рубинштейна-Тейби
- Г) синдрома Лоу

## 5. ИНФОРМАЦИОННО-СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ»

### 5.1. Схема-анкета для анализа сложной структуры комплексного нарушения

Имя ребенка Год рождения Краткий анализ семьи	
<b>Дополнительные консультации у специалистов</b> Нарушение слуха (степень, группа, медицинское заключение)	
Нарушение зрения (медицинское заключение)	
Нарушение опорно-двигательного аппарата (ДЦП, форма, степень выраженности)	
Нарушение интеллектуальной деятельности (заключение)	
Задержка психического развития 1.Нарушение речи (речевой дефект) 2.Владеет ли речью? Форма речи (устная, жестовая, дактильная, письменная); объем словарного запаса, наличие фразовой речи	1. 2.
Примечание	

### 5.2. Показатели социально-психологического развития детей с комплексными нарушениями

#### *Социальное развитие*

1. Характер взаимодействия ребенка с окружающими (особенности вступления в контакт).

Оценочные критерии:

- 1 балл — не вступает в контакт;
- 2 балла — контакт формальный (по побуждению взрослого);
- 3 балла — контакт избирательный;
- 4 балла — устанавливает контакт легко и быстро.

2. Коммуникативные навыки — уровень овладения различными формами речи (устная, дактильная, устно-дактильная, жесты), возможности выражения своих желаний, реакция на запреты.

Оценочные критерии:

- 1 балл — отсутствие средств коммуникации;
- 2 балла — общение с помощью единичных жестов, взгляда;
- 3 балла — избирательное владение средствами коммуникации (слова, словосочетания, жесты, протягивает предметы, выражает желания, протест);
- 4 балла — владеет вербальными средствами коммуникации (задает вопросы, имеются представления о себе, своих близких).

3. Навыки самообслуживания (прием пищи, личная гигиена, раздевание, одевание, уборка помещения, пользование туалетом, аккуратность).

Оценочные критерии:

- 1 балл — не владеет навыками самообслуживания (не просится в туалет, кормит взрослый и т.д.);
- 2 балла — единичные навыки самообслуживания;
- 3 балла — избирательное владение навыками самообслуживания;

4 балла — владеет навыками самообслуживания на уровне, полностью обеспечивающем жизнедеятельность.

4. Игровые навыки (умения действовать с игрушками, уровень развития игры).

Оценочные критерии:

1 балл — неадекватные действия с игрушками (не проявляет интереса к игрушкам, стучит, бросает и т.д.), манипулятивные действия;

2 балла — процессуальные действия с элементами игры;

3 балла — избирательные логически связанные предметно-игровые действия;

4 балла — владеет навыками сюжетно-ролевой игры.

### ***Основные показатели психического развития***

1. Исследование конструктивного праксиса, основной целью которого является определение сформированности возможностей пространственного анализа и синтеза, специфики конструктивной деятельности, оценка доступности простых целенаправленных действий.

Оценочные критерии:

1 балл — задание не выполняет;

2 балла — к выполнению задания приступает, самостоятельно выполнить не может, выполняет при помощи взрослого;

3 балла — при выполнении задания допускает ошибки, при выборе более двух фрагментов задания выполняет самостоятельно;

4 балла — задание выполняет верно из всего предъявленного количества его фрагментов.

2. Исследование сформированности пространственных представлений в отношении ориентировки в собственном теле, частях лица и расположении объектов на плоскости.

Оценочные критерии:

1 балл — не ориентируется в пространстве, задания не выполняет;

2 балла — в пространстве ориентируется только по подражанию, задания выполняет при помощи взрослого;

3 балла — допускает ошибки при ориентации в пространстве, задания выполняет самостоятельно;

4 балла — без ошибок ориентируется в пространстве, задания выполняет правильно самостоятельно.

3. Исследование особенностей восприятия включает в себя оценку зрительного восприятия (цвета, формы), осязательного восприятия (текстуры, температуры).

Оценочные критерии:

1 балл — не различает цвета, свойства предметов, задания не выполняет;

2 балла — значительные искажения основных цветов, качеств и свойств предметов, задания выполняет при помощи взрослого;

3 балла — допускает незначительные ошибки в различении цветов, качеств и свойств предметов, задания выполняет самостоятельно;

4 балла — уверенно различает цвета, качества и свойства предметов, задания выполняет правильно, самостоятельно.

4. Исследование мнестической деятельности детей с комплексными нарушениями проводится с помощью заданий на определение уровня развития памяти, ее продуктивности, что, в свою очередь, является существенной характеристикой интеллектуальной деятельности в целом.

Оценочные критерии:

- 1 балл — задание не выполняет;
- 2 балла — задание выполняет неверно, требуется помощь;
- 3 балла — задание выполняет с единичными ошибками;
- 4 балла — точно и правильно выполняет задания.

5. Исследование мыслительной деятельности детей с комплексными нарушениями. Включаются задания, рассчитанные на непосредственное изучение уровня и течения мыслительного процесса (задания на обобщение, исключение, сравнение, сопоставление и др.), а также задания, которые опосредованно, через изучение нейродинамических характеристик и мыслительной деятельности, позволяют судить о сохранении или нарушении тех или иных сторон интеллекта.

Основные показатели мыслительных процессов:

- Наглядно-действенное мышление.

Оценочные критерии:

- 1 балл — задание не выполняет;
- 2 балла — при выполнении задания применяет силовые, хаотичные пробы, задания выполняет при помощи взрослого;
- 3 балла — при выполнении задания применяет целенаправленные пробы, примеривание, задания выполняет самостоятельно;
- 4 балла — соотнесение предметов без ошибок, задание выполняет правильно, самостоятельно.

• Наглядно-образное мышление.

Оценочные критерии:

- 1 балл — задание не выполняет;
- 2 балла — при выполнении задания применяет силовые, хаотичные пробы, задания выполняет при помощи взрослого;
- 3 балла — при выполнении задания применяет целенаправленные пробы, примеривание, задания выполняет самостоятельно;
- 4 балла — соотнесение предметов без ошибок, задание выполняет правильно, самостоятельно.

• Предпосылки словесно-логического мышления.

Оценочные критерии:

- 1 балл — задание не выполняет;
- 2 балла — отсутствие категориальности, родовое понятие не определяет, выбранное решение не объясняет;
- 3 балла — задание выполняет с ошибками, родовое понятие называет неточно, но ошибку исправляет при оказании помощи;
- 4 балла — правильно и самостоятельно выполняет задания, называет родовые понятия, может указать существенные признаки предметов, определяющие их соотнесенность к той или иной категории.

6. Исследование особенностей внимания. Оцениваются такие свойства внимания, как устойчивость, концентрация, произвольность. (Специальных заданий на исследование внимания можно не предъявлять; особенности внимания определяются методом наблюдения в ходе экспериментального исследования.)

Оценочные критерии:

1 балл — низкая концентрация, неустойчивость, ярко выраженная ригидность, произвольное внимание не сформировано;

2 балла — внимание недостаточно устойчивое, поверхностное, быстро истощается, плохо переключается;

3 балла — колебания внимания, отвлекаемость к концу задания;

4 балла — внимание устойчивое, длительность сосредоточения и переключение внимания — удовлетворительные.

7. Моторные возможности детей с комплексными нарушениями развития оцениваются в процессе выполнения всех предлагаемых заданий.

Оценочные критерии:

1 балл — моторная функция резко ограничена, наблюдаются трудности манипулирования предметами (при наличии хватания);

2 балла — моторная функция ограничена: нарушения координации движений, тремор, замедленность движений;

3 балла — моторная функция снижена: наблюдается неловкость пальцевой моторики, точности движений;

4 балла — моторная функция развита достаточно: движения в нормальном темпе, точные, координированные.

**Логопедическое обследование включает:**

- установление формы речи, которой владеет ребенок

(устная, письменная, дактильная, устно-дактильная, жестовая, альтернативные средства коммуникации);

- изучение строения артикуляционного аппарата;

- изучение подвижности органов артикуляции;

- характеристика произносительной стороны речи;

- выявление понимания слов, предложений;

- обследование лексического запаса;

- выявление возможностей владения лексико-грамматическим оформлением фразы.

**Изучение особенностей эмоционально-волевой сферы и поведения**

Важными параметрами в обследовании детей с комплексными нарушениями развития явились также:

— особенности личностной, эмоционально-волевой сферы и поведения: активен (пассивен), деятелен (инертен), неагрессивен (агрессивен); эмоциональная реакция на ситуацию обследования (заинтересованность, волнение, настороженность, возбуждение, безразличие, неадекватная веселость, негативизм); эмоциональное состояние ребенка во время выполнения заданий (адекватный, уравновешенный, стабильный, депрессивный, эмоционально напряженный, чрезмерно быстрая смена настроений, эмоциональная ригидность, реакция на одобрение, замечания, неудачи (возникает агрессия, пытается исправить, безразличие, отказывается от выполнения заданий));

— особенности деятельности: понимание инструкции (инструкция понимается и сохраняется до конца выполнения задания, инструкция теряется, сохраняется частично, инструкция не принимается); ориентировочная деятельность (выраженная активность, целенаправленность при выполнении заданий, сниженная активность, малопродуктивный поиск решения задачи, хаотичность).

Эти параметры определяются в ходе экспериментального исследования.

Качественный анализ предполагал оценку особенностей психического развития детей с комплексными нарушениями. Для этого из совокупности качественных показателей (И.Ю.

Левченко) мы выделили наиболее значимые диагностические критерии, которые позволили дифференцировать детей на определенные группы:

1. Степень самостоятельности выполнения заданий (все задания выполняются самостоятельно, частично выполняются самостоятельно, задания выполняются только в совместных действиях).

2. Способность к подражанию действиям взрослого (подражают адекватно, имеется способность к подражанию, начатки подражания).

3. Качество самоконтроля при выполнении заданий (дети способны к целенаправленной деятельности, контролируют свои действия, избирательно способны к целенаправленной деятельности; инертность, отсутствие контроля).

4. Использование помощи (полностью адекватно используют оказываемую помощь, используют помощь в разной степени, помощь практически не воспринимают).

## 6. ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ

### А

**Актуальное развитие (уровень)** – совокупность представлений, знаний, навыков, умений, личностных качеств, которыми ребенок уже овладел и может пользоваться без посторонней помощи. Это сегодняшний день ребенка, степень его готовности к новому этапу жизни, к завтрашнему дню. Зона актуального развития определяется по уровню общего развития, степени сформированности тех или иных качеств, прочности усвоенного человеческого опыта, творческой применимости приобретенного в процессе образования и воспитания багажа. Это и уровень обученности и воспитанности ребенка. На базе наличествующего в зоне актуального развития простирается зона его ближайшего развития. Понятие введено Л.С. Выготским

**Анализатор (Анализатор челове́ка)** — подсистема центральной нервной системы, обеспечивающая приём и первичный анализ информации. Периферийная часть анализатора — рецептор, центральная часть анализатора — мозг.

**Аналитико-синтетическая деятельность** - анализ – это различение, разделение разных сенсорных сигналов, дифференцирование различных воздействий на организм. Хотя анализ сенсорных сигналов начинается уже в рецепторном аппарате, и в этом процессе задействованы различные подкорковые центры, однако основной аналитический процесс совершается в коре больших полушарий (поэтому его называют высшим анализом). Именно здесь, в коре больших полушарий, в зависимости от силы, длительности и крутизны нарастания раздражителя всякий раз возникает неповторимый пространственно-временной рисунок возбуждения, благодаря чему достигается различение близких по своим свойствам раздражителей. Специфическая для коры полушарий головного мозга форма анализа состоит в различении (дифференцировании) раздражителей по их сигнальному значению, что достигается участием в этом процессе механизма, лежащего в основе внутреннего торможения. Степень анализа, совершаемого корковыми клетками, бывает различной. Она бывает достаточно простой, примитивной, например, в условиях, когда на организм воздействуют всего лишь два отдельных раздражителя. Но анализ бывает и очень сложным, например, в условиях воздействия на организм комплекса раздражителей. С участием механизма внутреннего торможения кора больших полушарий способна воспринять не только в отдельности каждый компонент этого комплекса, и не только суммарно, но и в определенной последовательности. Кроме анализа раздражителей, кора больших полушарий осуществляет и синтетическую деятельность, т. е. связывание, обобщение, объединение возбуждений, возникающих в различных участках коры. Для корковых клеток характерны как простые формы синтеза, так и сложные. Считается, что способность мозга к прогнозированию, предвидению грядущих событий реализуется благодаря сложной синтетической деятельности мозга. Процессы анализа и синтеза в коре больших полушарий неразрывно связаны между собой. Поэтому принято говорить о аналитико-синтетической деятельности коры больших полушарий как едином процессе, обеспечивающем формирование различных форм поведения человека.

**Аномальное развитие** – отклоняющееся развитие

**Асфиксия (новорожденных)** - патологическое состояние новорожденного, обусловленное нарушением дыхания и возникающей вследствие этого кислородной недостаточностью. Различают первичную (при рождении) и вторичную (в первые часы и дни жизни) асфиксию новорожденного.

**Атрофия зрительного нерва (оптическая нейропатия)** – полное или частичное отмирание нервных волокон зрительного нерва глаза, которое приводит к значительному снижению или даже полной утрате зрения, скотоме, нарушению цветового восприятия. Болезни зрительного нерва в офтальмологической практике встречаются примерно в 1,5-2% случаев, четверть из которых приводят к полной атрофии зрительного нерва и слепоте.

**Аутизм** - расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и

общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Все указанные признаки проявляются в возрасте до трёх лет. Схожие состояния, при которых отмечаются более мягкие признаки и симптомы, относят к расстройствам аутистического спектра

## **В**

**Вестибулярная гиподисфункция** - снижение вестибулярной функции

**Вызванные потенциалы (сокр. ВП) слуховые или зрительные** — электрическая реакция мозга на внешний раздражитель или на выполнение умственной (когнитивной) задачи. Наиболее широко используемыми раздражителями являются визуальные для регистрации зрительных ВП, звуковые для регистрации аудиальных ВП и электрические для регистрации соматосенсорных ВП. Запись ВП производится при помощи электроэнцефалографических электродов, расположенных на поверхности головы.

## **Г**

**Гемодинамические процессы (гемодинамика)** - движение крови по сосудам, возникающее вследствие разности гидростатического давления в различных участках кровеносной системы (кровь движется из области высокого давления в область низкого). Зависит от сопротивления току крови стенок сосудов и вязкости самой крови. О гемодинамике судят по минутному объёму крови. Существует множество нарушений гемодинамики, связанных с травмами, переохлаждениями, ожогами и т. д. гемодинамические нарушения – нарушения нормальной циркуляции крови в организме

**Гипоплазия** - термин, означающий недоразвитие ткани, органа или целого организма, обусловленное нарушениями в процессе эмбриогенеза. Варианты употребления термина: Гипоплазия зубов. Гипоплазия матки. Гипоплазия уха (микротия)

**Гипотония (мышечная)** - состояние пониженного мышечного тонуса (степени напряжения мышцы или её сопротивления движению), часто в сочетании со снижением мышечной силы (парезом).

**Глаукома** (др.-греч. γλαύκωμα — «синее помутнение глаза» от γλαυκός — «светло-синий, голубой») — большая группа глазных заболеваний, характеризующаяся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления выше толерантного для данного человека уровня с последующим развитием типичных дефектов поля зрения, снижением остроты зрения и атрофией зрительного нерва.

**Глухота** - полное снижение способности обнаруживать и понимать звуки.

## **Д**

**Дефект** - изъян, недостаток, в психологии – недостаток психического и/или физического развития, подтвержденный документально

**Дизартрия** - нарушение произношения вследствие нарушения иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражения нервной системы. При дизартрии, в отличие от афазии, ограничена подвижность органов речи (мягкого нёба, языка, губ)

**Дизонтогенез** (в дефектологии) – нарушение психического и/или физического развития

**Дисфункция** – нарушение какой - либо функции органа или системы организма

## **З**

**Заикание** - это нарушение речи, которое характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков или слогов, или слов; или частыми остановками или нерешительностью в речи, разрывающей её ритмическое течение, нарушение темпо-ритмической организации речи судорожного характера

**Звукопроизношение** - процесс производства звуков речи, осуществляемый согласованной работой трех отделов периферического речевого аппарата (дыхательного, голосообразовательного и артикуляционного)

**Зона ближайшего развития** - понятие, введенное Л.С. Выготским. Характеризует процесс подтягивания психического развития вслед за обучением. Эта зона определяется содержанием таких задач, которые ребенок может решить лишь с помощью взрослого, но после приобретения опыта совместной деятельности - он становится способным к самостоятельному решению аналогичных задач.

## **И**

**Интериоризированное действие** - в теории деятельности интериоризация — это перенос соответственных действий, относящихся к деятельности внешней, в умственный, внутренний План.

## **К**

**Катаракта** (лат. cataracta от др.-греч. катарράκτης — «водопад, брызги водопада») — физиологическое состояние, связанное с помутнением хрусталика глаза и вызывающее различные степени расстройства зрения вплоть до полной его утраты.

**Когнитивные процессы** - познавательные процессы человека, включая его ощущения, восприятие, внимание, воображение, память, мышление, речь.

**Компенсаторные возможности** (Компенсаторные процессы) (лат. compensare уравнивать, возмещать) - приспособительные реакции организма на повреждение тканей, выражающиеся в том, что функцию тканей, утраченную в результате их повреждения

**Коррекционная педагогика** - область педагогического знания, предметом которой является разработка и реализация в образовательной практике системы условий, предусматривающих своевременную диагностику, профилактику и коррекцию педагогическими средствами нарушений социально-психологической адаптации индивидов, трудностей их в обучении и освоении соответствующих возрастным этапам развития социальных ролей.

**Коррекционно-развивающее обучение** - это комплексный процесс преодоления серьезных проблем в обучении детей, испытывающих трудности в освоении учебных программ, в адаптации к школе и социальному окружению.

**Коррекционный педагог (дефектолог)** - педагог, специализирующийся на работе с детьми, имеющими различные отклонения в развитии. Дефектологи занимаются обучением и воспитанием людей имеющих особенности в развитии. В своей работе они используют различные средства, направленные на коррекцию и компенсацию недостатков

**Компенсация** - уравнивание или возмещение имеющегося недостатка. Компенсация нарушенного или утраченного анализатора, функции, происходит за счет сохранного.

**Коррекция**- исправление некоторых недостатков, не требующее коренных изменений корректируемого процесса или явления.

## **М**

**Медицинская генетика** (или генетика человека, клиническая генетика, генопатология) — область медицины, наука, которая изучает явления наследственности и изменчивости в различных популяциях людей, особенности проявления и развития нормальных и патологических признаков, зависимость заболеваний от генетической предрасположенности и условий окружающей среды. Задачей медицинской генетики является выявление, изучение, профилактика и лечение наследственных болезней, разработка путей предотвращения воздействия негативных факторов среды на наследственность человека.

**Менингоэнцефалит** - воспаление оболочек и вещества головного мозга, может затронуть спинной мозг, вызывая паралич.

**Микроцефалия** (от греч. μικρός — маленький и κεφαλή — голова) — значительное уменьшение размеров черепа и соответственно головного мозга при нормальных размерах других частей тела. Микроцефалия сопровождается умственной недостаточностью — от нерезко выраженной имбецильности до идиотии.

**Мнемическая (деятельность)** — деятельность человека по запоминанию, сохранению и воспроизведению информации

## Н

**Наглядные формы мышления** - вид мышления, характеризующийся опорой на представления и образы.

**Натальный период (Перинатальный период)** — период с 22 полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода [в это время в норме масса тела составляет 500 г.] по 7-й день включительно (168 часов) внеутробной жизни. Перинатальный период подразделяется на три подпериода: Антенатальный (пренатальный) — до родов. Интранатальный — во время родов (периоды раскрытия и изгнания плода). Постнатальный — после родов. Постнатальный подпериод включает в себя только ранний период новорожденности (ранний неонатальный период), т.е. первую неделю внеутробной жизни. Неонатальный период начинается от момента рождения и заканчивается через 28 полных дней после рождения. Период новорожденности подразделяется на два подпериода: ранний (первые 7 дней) и поздний (8—28 дни внеутробной жизни).

**Нейроинфекция** - это общее название инфекционных заболеваний, которые вызываются бактериями, вирусами, грибами или простейшими и характеризуются преимущественной локализацией возбудителя инфекции в центральной нервной системе и клиническими признаками поражения каких-либо ее отделов.

**Нейросенсорные нарушения слуха** - это потеря слуха, вызванная поражением структур внутреннего уха, преддверно-улиткового нерва (VIII), или центральных отделов слухового анализатора (в стволе и слуховой коре головного мозга)

**Нозологические варианты** (греч. νόσος (болезнь) + греч. λόγος (учение)) — учение о болезнях, позволяющее решать основную задачу частной патологии и клинической медицины: познание структурно-функциональных взаимосвязей при патологии, биологические и медицинские основы болезней.

## О

**Органическое поражение ЦНС** – повреждение головного мозга человека, Этот диагноз означает, что головной мозг человека в определенной степени является неполноценным. В веществе мозга происходят патоморфологические изменения. Легкая степень органического поражения ЦНС присуща почти всем людям и не требует медицинских вмешательств. Но вот средняя и тяжелая степень этого заболевания уже является нарушением деятельности нервной системы.

## П

**Патология** –. (от греч. παθος — страдание, боль, болезнь и λογος — изучение) — нарушение, заболевание, болезненное отклонение от нормального состояния или процесса развития. К патологиям относят процессы отклонения от нормы, процессы, нарушающие гомеостаз, болезни, дисфункции (патогенез). В медицине слово патология — часто синоним заболевания.

**Периферический слух** – восприятие звуковых ощущений периферических отделом слухового анализатора

**Перцептивный** – относящийся к восприятию

**Пигментный ретинит** - наследственное, дегенеративное заболевание глаз, которое вызывает сильное ухудшение зрения и часто слепоту

**Пробанд (пропозит (propositus), пробанд proband))** - человек, с которого начинается составление родословной для изучения процесса наследования какого либо заболевания среди членов одной семьи

**Протозойная инфекция или протозоозы** (лат. protozooses) — инфекции, вызываемые паразитическими простейшими. Простейшие вызывают у человека, домашних и промысловых животных тяжёлые болезни, например, токсоплазмоз, трихомониаз и др.

**Психическое развитие** - закономерное изменение процессов психических во времени, выраженное в количественных, качественных и структурных преобразованиях. Характерно необратимым характером изменений, направленностью (способностью к накапливанию изменений, "надстраиванию" новых изменений над предшествующими) и их закономерным характером (например, воспроизводимостью однотипных изменений у особей одного вида). Развитие психики реализуется в форме филогенеза онтогенеза. В качестве основных тенденций развития психики выявлены следующие: 1) усложнение форм поведения - форм двигательной активности; 2) совершенствование способности к индивидуальному научению; 3) усложнение форм отражения психического - как следствие и фактор предыдущих тенденций.

## Р

**Реактивные расстройства привязанности** (англ. reactive attachment disorder, RAD) — психическое расстройство, возникающие в результате отсутствия тесного эмоционального контакта с родителями. Выражается в боязливости, повышенной настороженности, плохом взаимодействии со сверстниками, агрессии и самоагрессии.

**Ретинопатия недоношенных** - тяжёлое заболевание глаз, развивающееся преимущественно у глубоко недоношенных детей, сопровождающееся изменениями в сетчатке и стекловидном теле. Заболевание часто приводит к безвозвратной потере зрительных функций.

**Ринолалия** (др.-греч. ῥίνο- «нос» и λαλία «речь») или гнусавость, палатолалия — дефект звукопроизношения, вид органической дислалии, образующийся в результате излишнего или недостаточного резонирования в носовой полости.

## С

**Самоконтроль** - способность контролировать свои эмоции, мысли и поведение. Самоконтроль основывается на воле — высшей психической функции, определяющей способность человека принимать осознанные решения и претворять их в жизнь. Самоконтроль тесно связан с понятием психической саморегуляции. Самоконтроль является важнейшим элементом в способности человека достигать поставленных целей. Уровень самоконтроля определяется как врождёнными генетическими характеристиками, так и психологическими навыками человека. Самоконтроль противопоставляется импульсивности — неспособности противостоять сиюминутным желаниям. Нейрофизиологические процессы, отвечающие за самоконтроль, сосредоточены во многих областях мозга, но наиболее важной для самоконтроля считается лобная доля головного мозга. Повреждения лобной доли или её врождённые патологии ведут к нарушению самоконтроля; агрессивное и преступное поведение также часто связываются с патологией лобной доли.

**Сенсорные (нарушения)** – нарушения различных видов восприятия

**Серологическая (диагностика)** - это методы изучения антигенов или антител в биологическом материале больных, основанные на определенных реакциях иммунитета. Обнаружение в биологическом материале антител к возбудителю инфекции или антигенов позволяет установить причину заболевания.

**Скрининг-диагностика** (от англ. screening — отбор, сортировка) — стратегия в организации здравоохранения, направленная на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции. Цель скрининга — возможно раннее выявление заболеваний, что позволяет обеспечить раннее начало лечения в расчёте на облегчение состояния пациентов и снижение смертности. Несмотря на то, что скрининг способствует ранней диагностике, не все скрининговые методы демонстрируют однозначную пользу. Среди нежелательных эффектов скрининга — возможность гипердиагностики или ошибочной диагностики, создание ложного чувства уверенности в отсутствии болезни.

**Слабовидящие дети** - дети, обладающие остротой зрения на лучше видящем глазу с использованием обычных средств коррекции (очки) от 0,05 до 0,2, а также дети с более высокой остротой зрения, но имеющие некоторые другие нарушения зрительных функций (напр., резкое сужение границ поля зрения).

**Словесно-логическое мышление** - умение оперировать словами и понимать логику рассуждений.

**Соматические заболевания** (от др.-греч. σῶμα — тело) — телесное заболевание, в противоположность психическому заболеванию. В данную группу заболеваний объединяют болезни, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушением работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека. В целом значительная часть болезней является именно соматическими, так, например, все травмы и генетические наследственные болезни являются соматическими.

**Социальная адаптация** - процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды; вид взаимодействия личности с социальной средой. Адаптация происходит на трех уровнях: физиологическом, психологическом и социальном.

**Социально-педагогическая запущенность** - состояние личности ребенка, которое проявляется в несформированности у него свойств субъекта деятельности, общения, самосознания и концентрированно выражается в нарушенном образе «Я».

## Т

**Токсикоз первой половины беременности** - осложнения беременности, которые, как правило, проявляются в первой половине беременности и характеризуются диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена.

**Триместр (беременности)** — этап беременности; всего выделяют 3 этапа беременности называемые триместрами. Каждый из них отличается своими особенностями и изменениями для женщины и ребенка.

## У

**Умственная отсталость** (малоумие, олигофрения; др.-греч. ὀλίγος — малый + φρέν — ум) — врождённая или приобретённая в раннем возрасте задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации. Стойкое нарушение познавательной деятельности, обусловленное органическим поражением головного мозга.

**Умственные действия** - всевозможные действия (от матем. вычисления или поиска наиболее короткого маршрута по городу до выбора наиболее адекватного обстоятельствам поведения), когда эти действия производятся в уме, без опоры на внешние средства или слышимую речь. У. д. могут быть наглядными и понятийными, эмоциональными и познавательными и т.д., их отличит. признак составляет то и только то, что они выполняются во внутр. поле сознания. Второй обязательный (но уже не отличительный) признак У. д. заключается в том, что субъект отличает то, что находится или происходит во внутр. поле сознания, от всего, что существует вне сознания.

## Ф

**Фенотип** - совокупность внешних и внутренних признаков организма, приобретённых в результате онтогенеза (индивидуального развития).

## Х

**Хориретинит** - воспаление сосудистой оболочки (тонкого пигментированного сосудистого слоя глаза) и сетчатки глаза.

## Э

**Экзогенный (фактор)** – внешние факторы биологические или социальные, определяющие ход развития организма на всех этапах

**Электроэнцефалограмма (ЭЭГ)** (от др.-греч. ἤλεκτρον — янтарь, ἐγκέφαλος — головной мозг и γραμμα — запись) — графическое изображение сложного колебательного электрического процесса, который регистрируется при помощи электроэнцефалографа при размещении его электродов на мозге или поверхности скальпа, результат электрической суммации и фильтрации элементарных процессов в нейронах

**Эмоциональная депривация** (лат. *deprivatio* — лишение) — продолжительное более или менее полное лишение человека эмоциональных впечатлений, положительных эмоций «эмоциональной подпитки»

**Эмоциональная лабильность** - это свойство или патология нервной системы, которая характеризуется неустойчивым настроением и его изменением.

**Эндогенный (фактор)** – внутренний, наследственный фактор, определяющий отклонения в развитии организма

**Энтероколит** (от др.-греч. ἔντερον — кишка и колит) — одновременное воспаление тонкой и толстой кишок. Одно из наиболее часто встречающихся заболеваний системы пищеварения, которое приводит к атрофическим изменениям слизистой оболочки и нарушению функций кишечника.

**Эпилептические пароксизмы** - эпилептические приступы

**Этиология** (греч. αἰτία — причина и λόγος — наука) — раздел медицины, изучающий причины и условия возникновения болезней. В профессиональной медицинской среде термин «этиология» употребляется также как синоним «причины» (например, «грипп — заболевание вирусной этиологии»). Большинство причин известных к настоящему времени болезней было открыто и изучено в XX веке

**Этиопатогенез** - совокупность знаний о причинах возникновения и механизмах развития болезни

## 7. БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

### Список основной литературы

1. Богданов А.А., Вовк В.Н. Концепция коррекционно-развивающего обучения как фактор модернизации образования детей с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] / А.А. Богданов, В.Н. Вовк // Специальное образование: УрГПУ (Уральский государственный педагогический университет). – 2013. - №4. – С.5-12. – Режим доступа: [http://e.lanbook.com/journal/element.phppl10\\_id=2232](http://e.lanbook.com/journal/element.phppl10_id=2232)

2. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учебно-методический комплекс [Электронный ресурс] / Т.Г. Неретина . – 2 изд. – М.: ФЛИНТА; МПСИ, 2010. – 376 с. - ISBN 978-5-9765-0127-0. – Режим доступа: [http://e.lanbook.com/books/element.phppl1\\_id=2417](http://e.lanbook.com/books/element.phppl1_id=2417)

3. Телина И.А. Социально-педагогическая реабилитация детей-инвалидов [Электронный ресурс] / И.А. Телина. – М.: ФЛИНТА, 2014. – 156с. - 2-е изд. - ISBN 978-5-9765-1952-7. – Режим доступа: [http://e.lanbook.com/books/element.phppl1\\_id=51981](http://e.lanbook.com/books/element.phppl1_id=51981)

### Список дополнительной литературы

1. Астапов В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро-и патопсихологии. – 2 изд., испр. и доп. - М.: МПСИ; В.:МОДЭК, 2010. – 232 с.

2. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Программно-методические материалы. / Под ред. И.М. Бгажноковой. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2010. – 239 с.

3. Дефектологический словарь. В 2-х томах /Под ред.В.Гудониса, Б.П. Пузанова. – М.: МПСИ, 2011.

4. Использование артпедагогических технологий в коррекционной работе [Электронный ресурс] : учеб. пособие / сост. Т. Г. Неретина, С. В. Клевесенкова, Е. Е. Угринова, Н. Н. Кирилук, Е. Н. Болотова, Н. М. Заякина, Л. Ю. Суфлян, Н. А. Еремеева, В. О. Королева; под общ. ред. Т. Г. Неретиной. — 5-е изд., стереотип. — М. : ФЛИНТА, 2014. — 276 с. - ISBN 978-5-9765-1416-4. – Режим доступа: <http://znanium.com/catalog.phpitem=newissue>

5. Басилова Т.А., Александрова М.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: Пособие для родителей. — М., 2008.

6. Бертынь Г.П. Этиологическая классификация слепоглухоты / Дефектология. — 1985. — № 5. — С. 14–20.

7. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. — М., 2002.

8. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии / Сост. Т.М. Лифанова. — М., 1995.

9. Головчиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.— М., 2001.

10. Дети со сложными нарушениями развития: Психофизиологические исследования / Под ред. Л.П. Григорьевой. — М., 2006.

11. Дифференцированный подход при обучении и воспитании слепоглухих детей: Сб. науч. трудов / Под ред. В.Н. Чулкова. — М., 1990.

12. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста: Научно-методическое пособие. — СПб., 2008.

13. Жигорева М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М., 2008.

14. Коррекционно-воспитательная работа с детьми при глубоких нарушениях зрения и слуха: Сб. науч. трудов / Под ред. В.Н. Чулкова и др. — М., 1986.

15. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. — М., 2000.
16. Левченко И.Ю., Киселева Н.А. Психологическое изучение детей с отклонениями развития. — М., 2005.
17. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. — М., 2001.
18. Логопедия / Сост. Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова и др. / Под ред. Л.С. Волковой. — М., 1989.
19. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. — СПб., 2000.
20. Мамайчук И.И., Ильина М.Н. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития: Научно-практическое руководство. — СПб., 2006.
21. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Основы генетики: Клинико-генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии: Учеб. пособие для студ. пед. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И. Селиверстова, Б.П. Пузанова. — М., 2001.
22. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети. — М., 1974.
23. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Под ред. Л.В. Кузнецовой. — М., 2002.
24. Психолого-педагогическая диагностика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. — М., 2003.
25. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. — М., 2002.
26. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. Н.М. Назаровой. — М., 2001.
27. Специальной психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В.И. Лубовского. — 3-е изд., стер. — М., 2006.
28. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. — М., 2002.
29. Усанова О.Н. Специальная психология. — СПб., 2006.

Учебное текстовое электронное издание

**Исаева Елена Викторовна**

**ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ  
СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ**

Учебно-методическое пособие

1,09 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2017 год  
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»  
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,  
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный  
технический университет им. Г.И. Носова»  
Кафедра специального образования и медико-биологических дисциплин  
Центр электронных образовательных ресурсов и  
дистанционных образовательных технологий  
e-mail: ceor\_dot@mail.ru