



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

Г.В. Тугулева
Л.А. Яковлева

ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного пособия*

Магнитогорск
2017

УДК 376.1.(075)
ББК 74.3

Рецензенты:

кандидат педагогических наук,
старший методист,
МУ ДПО «ЦПКиМР» г. Магнитогорска
С.Ф. Багаутдинова

кандидат педагогических наук,
доцент кафедры специального образования
и медико-биологических дисциплин
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный
технический университет им Г.И. Носова»
Е.В. Исаева

Тугулева Г.В., Яковлева Л.А.

Основы специальной педагогики и психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Галина Витальевна Тугулева, Лариса Анатольевна Яковлева ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,00 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.

Учебное пособие составлено в соответствии с типовой программой дисциплины «Основы специальной педагогики и психологии». Предназначено для обучающихся по направлениям 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование», 44.03.05 «Педагогическое образование», 44.03.03 «Специальное дефектологическое образование» и в системе повышения квалификации работников образования для логопедов, дефектологов, педагогов общеобразовательных и специальных (коррекционных) образовательных учреждений, для воспитателей, родителей и других специалистов.

УДК 376.1.(075)
ББК 74.3

© Тугулева Г.В., Яковлева Л.А., 2017
© ФГБОУ ВПО «Магнитогорский
государственный технический
университет им. Г.И. Носова», 2017

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ.....	6
1.1. Специальная психология и педагогика как самостоятельные науки	6
1.2. Основные принципы специальной психологии и педагогики	7
1.3. Место специальной педагогики и психологии в системе других наук.....	9
ГЛАВА 2. ВИДЫ, ФАКТОРЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИЗОНТОГЕНИЙ.....	11
2.1. Понятие «дизонтогенеза».....	11
2.2. Факторы и условия, закономерности нормального и отклоняющегося развития	12
2.3. Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом	17
2.4. Параметры нарушения психического развития, определяющие вид дизонтогенеза.....	19
2.5. Понятия нормы и патологии	23
ГЛАВА 3. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ.....	28
3.1. Понятие «нарушения интеллектуального развития».....	28
3.2. Классификации форм олигофрении	31
3.3. Особенности развития детей с нарушением интеллекта.....	38
3.4. Особенности обучения и воспитания дошкольников с нарушением интеллекта	46
ГЛАВА 4. ДЕТИ С ЗПР, ИХ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ	50
4.1. Понятие «задержка психического развития».....	50
4.2. Этиология задержки психического развития.....	53
4.3. Классификация детей с ЗПР	54
4.4. Физиологические и психологические особенности детей с ЗПР	59
4.5. Основные направления работы с детьми с ЗПР	66
ГЛАВА 5. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	74
5.1. Определение дефицитарного развития	74
5.2. Понятия глухоты и тугоухости как формы дефицитарного развития личности	75
5.3. Классификации глухих и слабослышащих детей	76
5.4. Характеристика особенностей развития детей с нарушением слуха	79
5.5. Коррекционная помощь детям с нарушениями слуха	80
ГЛАВА 6. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ, ИХ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ..	86
6.1. Понятия слепоты и слабовидения как формы дефицитарного развития личности	86
6.2. Классификация нарушений зрения по степени выраженности и характеру дефекта.....	86
6.3. Особенности развития слепых и слабовидящих детей.....	90
6.4. Организация коррекционной помощи детям с нарушениями зрения.....	92
ГЛАВА 7. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С РДА.....	94
7.1. Понятие «ранний детский аутизм»	94
7.2. Этиология и патогенетические механизмы РДА	96
7.3. Классификация состояний РДА по степени тяжести.....	97
7.4. Особенности развития детей с РДА	99
7.5. Воспитание и обучение детей с РДА. Основные направления коррекционной работы ..	105

ГЛАВА 8. ДЕТИ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ, ИХ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ	110
8.1. Понятие «множественные нарушения развития»	110
8.2. Этиология и классификация сложных и множественных нарушений развития у детей	111
8.3. Образование и воспитание детей со сложными и множественными нарушениями.....	113
ПРАКТИКУМ ПО СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКЕ И ПСИХОЛОГИИ.....	118
МАТЕРИАЛЫ ПО КОНТРОЛЮ ЗНАНИЙ.....	122
ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЗАЧЕТУ	123
РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	124

ВВЕДЕНИЕ

Содержание учебного пособия соответствует рабочей программе дисциплины «Основы специальной педагогики и психологии» и требованиям квалификационной характеристики выпускника согласно ФГОС + 3 ВО. Учебное пособие разработано авторами для студентов, обучающихся по направлениям подготовки по направлениям подготовки 44.03.02. Психолого-педагогическое образование (профиль Педагогика и психология дошкольного образования) и 44.03.05 Педагогическое образование (профиль Дошкольное образование и иностранный язык). Учебное пособие содержит основные сведения об теоретических основах специальной педагогики и психологии.

Целями освоения дисциплины «Основы специальной педагогики и психологии» являются: повышение исходного уровня владения психолого-педагогическими знаниями, достигнутого на предыдущей ступени образования и овладение студентами индивидуальными особенностями психического и психофизиологического развития, особенностями регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях.

Дисциплина «Основы специальной педагогики и психологии» входит в базовую часть дисциплин образовательной программы.

В результате изучения данной дисциплины обучающийся по направлению подготовки 44.03.02. Психолого-педагогическое образование должен обладать следующими компетенциями: ОПК-2: способностью осуществлять обучение, воспитание и развитие с учетом социальных, возрастных, психофизических и индивидуальных особенностей, в том числе особых образовательных потребностей обучающихся; ПК-1 готовностью реализовывать образовательные программы по учебным предметам в соответствии с требованиями образовательных стандартов; ОПК-3: готовностью к психолого-педагогическому сопровождению учебно-воспитательного процесса.

В результате освоения дисциплины «Основы специальной педагогики и психологии» обучающийся по направлению 44.03.05 Педагогическое образование должен обладать следующими компетенциями: ОПК-1 Способность учитывать общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях; ОПК-5 Готовность организовывать различные виды деятельности: игровую, учебную, предметную, продуктивную, культурно-досуговую; ПК-2 Готовность реализовывать профессиональные задачи образовательных, оздоровительных и коррекционно-развивающих программ;

Общая трудоемкость дисциплины «Основы специальной педагогики и психологии» составляет 72 часа из которых: 54 аудиторных часа, в том числе 36 – лекций, 18 – практических и лабораторных занятий и 18 часов самостоятельной работы.

Структурно учебное пособие состоит из введения, теоретического (лекционного) материала, практикума по специальной педагогике и психологии, материалов по контролю знаний, списка использованной литературы.

Теоретический материал включает восемь разделов: теоретические основы специальной педагогики и психологии; виды, факторы и закономерности дизонтогенеза; понятие, этиология и патогенез нарушений интеллектуального развития; дети с задержкой психического развития, воспитание и обучение детей с задержкой психического развития; дефицитное развитие детей дошкольного возраста. лица с нарушениями слуха, воспитание и обучение лиц с нарушениями слуха; дети с нарушениями зрения, воспитание и обучение дошкольников с нарушением зрения; развитие по типу асинхронии, ранний детский аутизм, современные подходы к изучению проблемы раннего детского аутизма; лица со сложными нарушениями развития, воспитание и обучение лиц со сложными и множественными нарушениями в развитии.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

1.1. Специальная психология и педагогика как самостоятельные науки

Специальная психология и специальная педагогика определились как самостоятельные науки в двадцатом веке. Молодые науки специальная психология и педагогика не только опираются на достижения психолого – педагогических наук, и практики коррекционного образования, но и существенно обогащают представления о нормально функционирующей психике человека, позволяя решать вопросы соотношения биологического и социального в развитии психики, распада и развития психических функций и многие другие проблемы.

Специальная психология и педагогика (от греческого SPECIALIS – особенный, своеобразный) – науки и разделы практики, возникшие формально в 60е годы XX столетия в связи с возросшей в условиях НТР потребностью в коррекционной деятельности, в совершенствовании образования людей с нарушениями и отклонениями в развитии.

Специальная дошкольная психология - наука, изучающая феноменологию, механизмы психического развития ребенка под воздействием внутренних патологических факторов, закономерности компенсаторных, коррекционных процессов.

Предмет – нарушения и компенсация в развитии психической деятельности ребенка с младенчества до старшего дошкольного возраста.

Специальная (коррекционная) дошкольная педагогика – наука, изучающая сущность, закономерности, внешние (социально – педагогические) условия, содержание, организацию, методы, технологии и формы процесса дошкольного образования для детей с отклонениями в развитии. Коррекционная педагогика изучает возможности педагогического воздействия на личность с целью исправления нарушений или отклонений в развитии и поведении.

Предмет – теоретические и практические вопросы обучения, воспитания и развития детей с младенческого до старшего дошкольного возраста с отклонениями в развитии и поведении.

Целью психолого – педагогической коррекции ребенка является обеспечение оптимизации социальной ситуации развития, развитие ведущей игровой и других видов деятельности, формирование возрастных психологических новообразований для максимального или полного приближения ребенка к норме или эталону развития в сензитивные для этого периоды младенчества, раннего и дошкольного возраста..

При наличии общей цели существенно различаются задачи специальной дошкольной психологии и педагогики, которые отражены в таблице 1 «Задачи специальной психологии и педагогики».

Таблица 1

Задачи специальной психологии и педагогики

Задачи специальной дошкольной психологии	Задачи специальной дошкольной педагогики
1. Выявление внутренних причин, изучение закономерностей, механизмов отклонений в развитии, симптомов девиаций развития для определения вида дизонтогении (отклонения развития) на ранних этапах онтогенеза. Выявление механизмов компенсации дефектов развития отдельных компонентов или психики ребенка в целом	1. Изучение внешних причин, социально–педагогических условий, обуславливающих отклонения в развитии и эффективность коррекционной деятельности ребенка.

2. Разработка комплексной диагностики для раннего определения вида дизонтогений, изучения динамики развития личности с отклонением в развитии с учетом индивидуальных особенностей ребенка	2. Разработка комплекса мероприятий по созданию оптимальных условий (системы отношений и обогащения среды), содержания, организации, методов, форм педагогической коррекционной работы с детьми с различными видами дизонтогений и с учетом индивидуальных особенностей ребенка
3. Разработка научных основ, методов технологий психологической коррекции развития ребенка - дошкольника	3. Разработка научных основ, методов, технологий педагогической коррекции развития ребенка - дошкольника
4. Разработка психологических мероприятий по улучшению качества жизни ребенка	4. Разработка социально–педагогических мероприятий по улучшению качества жизни ребенка

1.2. Основные принципы специальной психологии и педагогики

Эффективность психолого – педагогической работы зависит от соблюдения ряда принципов, которые охарактеризовали А.А. Осипова и У.В. Ульенкова, О.В. Лебедева в работах, связанных с проблемой организации коррекционной помощи детям.

1. Принцип единства диагностики и коррекции является специфическим для коррекционной работы.

Коррекционная работа будет результативной при условии чёткого анализа причин отклонения в развитии, поведении ребенка, что требует комплексности и глубины предшествующей диагностической работы.

Прежде чем спланировать и осуществить комплекс коррекционных мероприятий на основе диагностики, следует осуществить прогноз – достижение предполагаемых результатов – позитивной динамики развития как отдельных психических функций, определенных свойств, так и личности в целом. В конце коррекционной работы осуществляется повторная диагностика, чтобы проверить достижение прогнозируемых результатов, эффективность подбора методов, технологий, реализации всей коррекционной программы.

2. Принцип ранней коррекционно – педагогической помощи детям подчеркивает необходимость учета раннего и дошкольного периода развития ребенка как наиболее благоприятного периода для ранней коррекции первичного дефекта развития, имеющего биологическую основу, и профилактики вторичного дефекта, формирующегося под влиянием социальных условий жизни ребенка.

Ранний и дошкольный периоды – периоды, когда ребенок наиболее восприимчив к психолого – педагогическому воздействию, когда интенсивно развиваются наиболее значимые для жизнедеятельности человека психические функции и в силу пластичности нервной системы на ранних этапах онтогенеза проявляются в большей мере компенсаторные возможности детского организма в борьбе за выживание и полноценное развитие.

По мнению У.В. Ульенковой, О.В. Лебедевой, В.В. Лебединского, Е.М. Мастюковой и др. ранние лечебно психолого – педагогические коррекционные мероприятия повышают эффективность исправления недостатков развития, предупреждая наслоение и развитие других нарушений и отклонений.

3. Принцип единства развития и коррекции обучения и воспитания. Данный принцип базируется на основных положениях педагогической психологии Л.С. Выготского. Ученый

полагал, что обучение должно идти впереди развития, учитывая при этом закономерности и особенности развития нормального проблемного ребенка.

Обучение и воспитание должно учитывать как «актуальный», так и «ближайший» уровни развития ребенка, т.е. программа работы с ним должна быть адаптирована к потребностям ребенка и развивать его, учитывать творческие потенции личности, поэтому технологии именуется коррекционно – развивающими.

Коррекция рассматривается как психолого – педагогическая деятельность, нацеленная на завтрашний день развития ребенка. Чем раньше начата коррекционная работа с целью формирования позитивных психологических новообразований, тем она окажется эффективней.

При определении стратегии коррекционно – развивающей работы следует учитывать комплекс диагностических, коррекционных, профилактических и организационно – просветительских задач, конкретизирующихся в работе отдельных образовательных учреждений, в разработке индивидуальных коррекционных программ, ориентирующихся на зону «ближайшего развития».

4. Гуманистический принцип психолого – педагогической коррекционной работы с проблемными детьми. Этот принцип базируется на представлениях философов, психологов и педагогов – гуманистов (Н.А.Бердяева, Э.Фромма, К.Роджерса, А.Маслоу, Л.Н.Толстого, К.Д.Ушинского, В.А.Петровского, Ш. Амонашвили), которые убеждены, что в природе человека заложены уникальные экзистенциальные потребности жить в гармонии с миром, потребности в свободе и творчестве, потребности в идентичности (тождества с самим собой, осознающих значимость собственного «Я»). Нормальные и проблемные личности развиваются в соответствии с врожденной тенденцией к самоактуализации – реализации своего творческого потенциала, если удовлетворены базисные потребности личности.

Согласно гуманистическому принципу, ребенок с отклонением в развитии рассматривается только как имеющий отрицательные предпосылки, но как личность с сохраненными позитивными свойствами, с особым типом развития. В мировой практике наметилась тенденция к интегрированному образованию, отказу от сокращенного и замедленного обучения в специализированных учреждениях лиц, способных к самообслуживанию и общению с другими детьми. В рамках интегрированной образовательной системы осуществляется гуманный дифференцированный подход к ребенку, учитывающий особенности его развития и образовательные потребности.

5. Принцип индивидуального подхода в процессе коррекции и компенсации.

В соответствии с основной стратегией мировой системы образование личностно – ориентированный подход к обучению и воспитанию ребенка предполагает учитывать не только возрастные особенности «среднестатистического ребенка», но и «индивидуальную траекторию развития».

Наряду с дифференцированным подходом образования детей с проблемами развития целесообразно разработать коррекционно – развивающие, оптимизирующие развитие ребенка не только с учетом специфики отклонения в развитии ребенка и вариативности отклонения, нарушения в развитии. Следует акцентировать внимание на учет индивидуальности ребенка, наличие сильных сохраненных сторон личности, способствуя наращиванию «компенсаторного фонда» организма (по Л.С. Выготскому).

Выявление позитивных свойств личности, способностей и сознание благоприятных условий для их развития является мощным компенсаторным фактором, стимулирующим развитие, совершенствование личности, деятельности, поведения ребенка. Знание индивидуальных особенностей способствует выбор гуманных адекватных методов воздействия на сознание ребенка, закрепление социально приемлемых норм поведения, коррекции недостатков развития.

6. Принцип активизации социализации ребенка. Данный принцип, по мнению Л.С. Выготского, реализуется в процессе обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии, если правильно организовано развитие личности в детском коллективе, функционирующем не в замкнутом пространстве, но тесно связанном с окружающей социальной средой. Выготский справедливо критиковал западных ученых и педагогов, увлекающихся индивидуальными упражнениями с ребенком. Он предлагал воспитывать детей с нарушениями интеллекта, не дифференцируя их на группы по степени выраженности интеллектуального дефекта, подчеркивая, что дети прекрасно учатся у детей. Ребенок с легкой формой дебильности для глубоко умственного отсталого ребенка будет эталоном развития, как одаренный – для нормального ребенка. Необходима организация полноценной коллективной жизни детей, способствующей активной социализации ребенка.

А.С. Макаренко четко выявил роль труда, трудовой, профессиональной подготовки детей и подростков к самостоятельной жизни. Н.Н. Малофеев развивает эти идеи относительно воспитания проблемных детей. Он полагает, что общественные организации и органы образования должны решать проблему востребованности людей с проблемами в развитии на современном рынке труда, чтобы коррекционно – педагогическая помощь детям и молодым людям не ограничивалась коррекцией отдельных недостатков личности, но предполагала объемный аспект оказания помощи в процессе социальной реабилитации выпускников специализированных образовательных учреждений. Сегодня многие учебные учреждения, начиная с ДОО, школ координируют свои усилия, осуществляя поиск сочетания образования с допрофессиональной подготовкой, чтобы осуществлять полноценную социализацию проблемной личности в системе непрерывного образования, в системе взаимодействия с культурными, общественными, трудовыми учреждениями и предприятиями. Идет позитивный процесс формирования общественного мнения, консолидируются усилия людей, заинтересованных в судьбе определенной группы населения, нуждающейся в особой помощи с целью адаптации к жизни, социуму и труду.

7. Принцип системности. Принцип системности базируется на теории, рассматривающей человеческий организм как единую целостную саморазвивающуюся, самоорганизующуюся и самокорректирующуюся систему. Эволюция или развитие системы соответствует общим закономерностям и законам индивидуального тренда развития.

Коррекционное воздействие на любую психологическую функцию требует учета формирования личности как целостной системы с учетом влияния на ее сознание и деятельность социально – педагогических условий.

Реализация принципа системности предполагает направленность на устранение причины, источников отклонения в психическом развитии. Вовремя выявленные причины и симптомы неблагоприятного развития позволяют своевременно принимать меры, предупреждая более сложные вторичные отклонения. Обучение и воспитание, развитие детей с отклонениями в развитии должны представлять собой целостную систему мероприятий по улучшению качества жизни ребенка.

1.3. Место специальной педагогики и психологии в системе других наук

Дошкольная специальная психология и педагогика тесно связаны с другими науками. Дошкольная специальная психология и педагогика и педагогики тесно связаны с блоком психолого – педагогических наук, изучающих младенчество, раннее детство и дошкольный период развития ребенка, а также связаны с медициной, дефектологией.

Вместе с тем дошкольная специальная психология и педагогика имеют свой научный арсенал: специфические предмет, цели, задачи, принципы, методы психологического и педагогического исследования психических особенностей, личности, поведения, игровой деятельности ребенка дошкольного возраста. Разработаны содержание, методы, формы обучения и воспитания, организации работы с детьми с отклонениями в развитии,

технологии психологической и педагогической коррекции психических особенностей и личности ребенка в целом. Поэтому они являются самостоятельными науками.

Организация практической эффективной коррекционной психолого - педагогической деятельности требует знания теоретических основ специальной дошкольной психологии и педагогики. Без понимания диалектического единства общего и особенного, закономерностей нормального и отклоняющегося развития, общепсихологических и педагогических и специфических методов изучения, воспитания и обучения ребенка с учетом вида отклоняющегося развития и индивидуальности личности невозможно добиться позитивного результата – позитивной динамики развития ребенка.

Специфика дошкольной специальной психологии и педагогики заключается в том, что в младенчестве, в раннем и дошкольном возрасте особенно эффективно осуществляется воздействие на личность ребенка с нарушениями и отклонениями в развитии. Но сложно диагностировать вид дизонтогенеза (отклонения в развитии), когда признаки отклоняющегося развития недостаточно четко выражены. Проблематично наметить программу психолого – педагогической коррекции развития ребенка, когда индивидуальность ещё только формируется, но её надо учитывать, при этом необходимо также отслеживать динамику развития высших психических функций или их распад. Возникают проблемы в организации содержания психолого – педагогической коррекционной работы, в выборе адекватных проблеме методов и технологий, в интерпретации результатов коррекционного обучения и воспитания, спроецированных на развитие ребенка в зонах «актуального» и «ближайшего развития», что требует высокой теоретической научной базы для организации коррекционной деятельности на диагностической основе и высокой квалификации психологов и педагогов, занимающихся практикой дошкольного специального образования. Целесообразно постоянно сравнивать результаты развития детей с нарушениями, отклонениями в развитии с показателями возрастной нормы здоровых детей. Для этого требуются теоретические знания о норме и отклонениях в развитии, знания о маркерах нормы и различного вида отклонений.

Необходимо наращивать знания, реализуя на практике достижения в области изучения компенсаторных механизмов развития, коррекции отклонений. Следует учитывать необычайную пластичность нервной системы ребенка, что и создает возможность для опоры на компенсаторные механизмы его развития. Это требует знания психогенетики, нейрофизиологии, нейропсихологии. В период детства основной план развития определяется наследственностью, генетикой, характером взаимодействия ребенка и взрослых в семье, поэтому следует особое внимание уделить изучению социально – педагогических условий воспитания ребенка в семье и дошкольном учреждении.

Исследования ученых в Великобритании свидетельствуют, что к плохим условиям относятся: недоедание, отсутствие своевременной медицинской помощи, дурное обращение с детьми, невнимание к физиологическим потребностям (сон, безопасность, гигиена и пр.), психологическое запущенность (родители не проявляют теплых чувств к ребенку, не стимулируют его развитие с помощью общения и игры (А.Лейзерсон, Л.Хофстедер и др.).

Стимулирующая среда способна не только активизировать развитие ребенка, но и компенсировать физические недостатки, полученные при родах и в раннем детстве (до 3 лет). Исследования тех же ученых доказывают, что психологические аномалии встречаются в 10 раз чаще вследствие «плохих условий», чем вследствие неблагоприятных родов и болезней в период до 3 лет.

Следует особое внимание уделить обогащенной развивающей среде в дошкольных учреждениях. Именно в младенчестве, раннем и дошкольном возрасте, когда действие вторичных и третичных дефектов не осложняют в высокой степени первичного отклонения в развитии ребенка психологи и педагоги в содружестве с медиками и дефектологами могут эффективно осуществлять своевременную медико – психолого – педагогическую коррекцию развития ребенка с привлечением института семьи, что позволяет повышению

корректирующего воздействия на ребенка с целью своевременной компенсации дефекта развития. Сейчас специальная психология и коррекционная педагогика интенсивно развиваются. Накоплена значительная теоретическая база и практический опыт дошкольного коррекционного образования, позволяющий сделать многое в целях ранней диагностики и коррекции развития ребенка в сензитивные (чувствительные) для этого периоды младенчества, раннего и дошкольного детства.

Не смотря на богатое наследие западных и отечественных ученых, которые внесли огромный вклад в развитие дошкольной специальной психологии и педагогики, остается много нерешенных проблем. Так нет однозначных толкований о норме и нарушениях развития, этиологии и патогенезе различных видов отклонений, способах их коррекции. Недостаточно освоен опыт современной психотерапии по адаптации технологий корректирующего воздействия на личность ребенка. Не потеряло актуальности критическое замечание Л.С. Выготского, что надо заниматься не отдельными фрагментами деятельности, упражнениями и т.п. по коррекции отдельных дефектов развития, а строить систему образования, обеспечивающего эффективное воздействия на развитие личности в целом. Следует совершенствовать систему специального образования, способствующего трудовой реабилитации, социальной адаптации людей, нуждающихся в особой поддержке государства.

Задача данного учебного пособия заключается в том, чтобы дать общее представление о теоретических основах дошкольной психологии и педагогики с учетом достижений в области специальной психологии и педагогики. Так, например, нами сделана попытка углубить связи между психологическими и педагогическим знаниями, объединив материал по дошкольной психологии и педагогике в одном учебном пособии, предлагая изучать дошкольную специальную психологию и коррекционную педагогику не обособленно, а с учетом тесной взаимосвязи наук для более эффективного понимания проблем отклоняющегося развития ребенка и поиска эффективных способов психолого – педагогического воздействия на личность с целью своевременного устранения нарушений, отклонений в развитии или максимальном их приближении ребенка к норме, эталону развития. Сделана попытка расширить представления о разнообразии вариаций дизонтогенеза (отклонений в развитии), об адаптации современных психотерапевтических технологий, позволяющих осуществлять воздействие на целостную личность с учетом единства когнитивно – аффективной сфер личности ребенка. В данном пособии предусмотрено знакомство студентов педагогических вузов, обучающихся по специальности

«Дошкольная психология и педагогика» с основными идеями, тенденциями в области научных знаний и нацелить их на планомерную глубокую работу по самообразованию, чтобы квалифицированно осуществлять психолого – педагогическую коррекционную деятельность в дошкольных образовательных учреждениях с соблюдением преемственного гуманистического воспитания в семье и образовательном учреждении, обеспечивая при этом возможность для более полноценного развития, реабилитации, адаптации к жизни детей, имеющих нарушения или отклонения в развитии.

ГЛАВА 2. ВИДЫ, ФАКТОРЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИЗОНТОГЕНЕЗОВ

2.1. Понятие «дизонтогенеза»

В современной специальной психологии и педагогике вместо термина «аномалия развития», широко используемого в дефектологии, приемлемым считается медицинский термин «дизонтогенез» как система отклоняющегося развития.

Дизонтогенез – различные формы нарушения нормального развития, возникающие чаще всего в детском возрасте, когда морфофункциональные системы не достигли зрелости.

О.Н. Усанова обрисовала общую тенденцию траектории нарушения развития: нарушения морфологического созревания мозга (морфогенеза) обуславливает разбалансированность сочетаний и взаимосвязи функциональных объединений мозговых

структур, т.е. нарушение функциогенеза, что влияет на неполноценность созревания отдельных психических функций или психики ребенка в разные возрастные периоды - нарушение психического онтогенеза.

На развитие личности влияют объективные факторы – детерминанты развития и условия, т.е. обстоятельства, которые влияют на жизнедеятельность ребенка.

О.Н. Усанова отметила, что нормальное и отклоняющееся развитие ребенка имеет общие и специфические условия и закономерности развития, при этом она выделяет индивидуальные варианты развития в норме и при атипичном развитии (варианты, характерные для определенных видов дизонтогений и их подгрупп, для индивидуальных особенностей детей).

Наряду со знанием различных видов дизонтогении важно изучать этиологию (причины возникновения) и патогенез (механизмы формирования отклонений в развитии) ребенка с различными видами дизонтогении.

Л.И. Божович, Л.А. Венгер, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин, М.И. Лисина и другие ученые внесли вклад в развитие детской психологии, уделяя внимание в своих работах изучению онтогенетического развития ребенка. Ориентируясь на изучение факторов нормального развития ребенка, В.В. Лебединский, В.В. Ковалев и др. исследовали факторы отклоняющегося развития.

2.2. Факторы и условия, закономерности нормального и отклоняющегося развития

Современные исследования факторов нарушений развития ребенка базируются на признании влияния ведущих факторов – биологического и социального, обуславливающих нормальное и атипичное развитие ребенка.

К объективным детерминантам (внешним факторам) относятся макросоциальные факторы - экономический и социокультурный уровень развития общества, специфические этнокультурные традиции заботы о здоровье и образовании ребенка.

Автор одного из лучших западных учебников по психологии развития Г. Крайг пишет о необходимости повышения уровня жизни широких слоев населения, о доступности бесплатной дородовой медицинской помощи матерям и использовании новейших технологий жизнеобеспечения и охраны здоровья всех детей, в том числе и с проблемами развития. Все это в немалой степени влияет наряду с другими факторами на повышение интеллектуально – творческого потенциала общества.

Так, она особое внимание уделяет проблеме полноценного и неполноценного питания будущих матерей и детей, напрямую связанной с уровнем развития общества. Серьезные нарушения объема и качества, калорийности питания, получения протеина, которого много в материнском молоке, в первые тридцать месяцев жизни вызывают отставание в физическом и психическом развитии ребенка. Эти недостатки питания именно в этот период позднее ничем нельзя восполнить. По подсчетам специалистов 86 % детей растет в развивающихся странах, где более 40 % детей переживают периоды голодания.

Особо следует отметить влияние экологии на развитие ребенка. Неблагоприятная экология создает серьезную угрозу полноценности развития ребенка. Исследования преподавателей кафедры биомедицины и экологии МаГУ, которой руководит доктор медицинских наук, академик Международной академии наук В.С. Кошкина, посвященные влиянию техногенных воздействий на популяцию в крупнейшем центре черной металлургии на Южном Урале, в г. Магнитогорске, доказывают, что атмосфера загрязнения окружающей среды создает серьезную угрозу генофонду населения. Учеными доказано, что в зоне экологического риска уровень младенческой смертности (в 1991 году зафиксировано 16,7 смертей младенцев на 1000 родившихся) в несколько раз выше, чем в Канаде, США, Японии. Намечилась устойчивая тенденция к увеличению пороков развития. У тридцати процентов детей, осмотренных медико – психологической комиссией, выявлена задержка психического

развития. Результаты исследования указывают на неблагоприятные изменения в организме юных магнитогорцев. Они послужили основой для разработки Программы охраны детства и материнства, осуществляемой в Магнитогорске и других районах Челябинской области при финансовой поддержке АО ММК.

К объективным факторам (внутренним причинам), влияющим на развитие ребенка, относится психосоматический (биологический) фактор. Он тоже представляет объективные, внутренние предпосылки развития ребенка. Этот фактор подробно описан в работах А.И. Захарова, Д.Н. Исаева, В.В. Лебединского, А.Е. Личко, Э.Г. Эйдемиллера и других ученых.

Многие виды отклонений обусловлены генетическими влияниями, имеют специфику симптомов, вызывающих врожденный характер заболеваний. Как говорилось выше, самые сложные отклонения обусловлены процессами, проходящими на клеточном уровне. Индивидуальность организма обусловлена комбинацией генов. Если известны гены родителей, то с некоторой долей вероятности можно прогнозировать фенотип ребенка (совокупность признаков у конкретного человека) В работе генов случаются сбои и рождаются дети с дефектами у совершенно здоровых родителей. Иногда генетические дефекты передаются по наследству, обуславливая физические или психические аномалии.

Передаются по наследству недоразвитие интеллекта, связанное с органическим поражением мозга, наследственные формы глухоты, слепоты, обусловленные органическими нарушениями анализаторных систем.

Хромосомные и генные аномалии, при которых вместо 64 хромосом с полным набором генных пар появляются лишние или их недостает, что вызывает смерть плода или характерные отклонения в физическом и психическом развитии человека. Например, появление в результате оплодотворения лишней зиготы, возникающее при нерасхождении 21 хромосомы вызывает болезнь Дауна – дебильность разной степени выраженности. Аномалии, связанные с генами половых хромосом приводит к гемофилии – нарушению свертываемости крови с частыми летальными исходами.

Существует наследственная отягощенность нарушениями психики, проявляющихся в расстройствах восприятия, мышления, эмоций, поведения (шизоидная акцентуация, шизофрения) или эмоционально - личностных расстройствах, отражающихся на дееспособности личности (психопатия, маниакально – депрессивный психоз).

Недостаточно изучены механизмы наследования расстройств характера, личности, которые варьируются от легких форм нарушения (повышенной агрессивности, клептомании) до тяжелых форм, обуславливающих антиобщественные поступки (пиромании, сексуальных девиаций).

Заболевания, связанные с нарушением обмена веществ типа фенилкетонурии, гомодистеинурии, приводящие к серьезным отклонениям состояния здоровья или психического развития.

Наследуется предрасположенность к алкоголизму, наркомании. Передаются по наследству конституционные особенности внешнего облика, организма, такие особенности организма, как иммунодефицит, предрасположенность к туберкулезу, бронхиальной астме, к сердечно – сосудистым заболеваниям, особенно порокам сердца, заболеваниям щитовидной железы, сахарному диабету, опухолевым заболеваниям, общей ослабленности типа астении и т.п..

Врожденные нарушения ЦНС или органов зрения, слуха, опорно – двигательного аппарата возникают под влиянием заболеваний матери:

- токсоплазмозом, волчанкой, различными инфекциями, в том числе ВИЧ – инфекцией, венерическими заболеваниями (особенно опасен сифилис),
- другими инфекционными заболеваниями, перенесенными в период беременности.

Почти у каждой восьмой женщины отсутствует резус – фактор, есть угроза несовместимости плода по резус – фактору, если резус – фактор наследуется от отца.

На развитие плода негативно влияют химические вредные вещества. Многие лекарства (инсулин, антиглутамины, антибиотики и др.), наркотики, курение, алкоголь отравляют организм будущего младенца, приводят к порокам сердца, эписиндрому, эпилепсии, уродствам, кровоизлиянию мозга или к его стойким повреждениям. Могут быть врожденные дефекты органов и систем, нарушения интеллекта.

Родовые травмы, болезни и мозговые повреждения в период младенчества и раннего детства накладывают отпечаток на развитие ребенка. В тот период особенно интенсивно осуществляется физическое, сенсомоторное развитие (органы чувств и движения). Поэтому сформированность структур мозга влияет на это развитие.

К группе риска относятся дети, рожденные родителями, перешагнувшими детородный возраст, что влечет увеличение частоты мутаций в связи с гармональными нарушениями вследствие старения половых клеток. Недоношенные дети: появляются на свет до срока с недостаточным весом и ростом; дети, своевременно родившиеся, но имеющие вес менее 2,5 кг (по стандартам ВОЗ). Чаще всего это связано с многоплодием, болезнями и физическими недостатками плода, серьезными болезнями, курением и алкоголизмом, наркоманией матери, её неполноценным питанием. Сюда относятся дети, перенёсшие различные тяжелые заболевания.

Инттоксикации – пищевые и бытовые, промышленные отравления будущей матери и ребенка способствуют развитию детских патологий. Химические вредные вещества пагубно влияют на плод.

К объективным условиям (внешним) относится образование - обучение и воспитание ребенка. Как аксиома, известно, что образование – сердце и мозг нации. Доступность широких масс населения к качественному непрерывному образованию обуславливает высокие темпы развития государства. Здесь следует обратить особое внимание на замечание Г. Крайг, что именно реализация правительственных программ развития сети дошкольных учреждений, финансируемых федеральным правительством, оказывает огромное влияние на рост уровня образования и социальное развитие подрастающих поколений.

Микросоциальные процессы, возникающие в малых группах, воспитание ребенка в семье, в коллективе дошкольного учреждения являются важнейшим условием нормального или патологического развития ребенка. Одним из неблагоприятных условий является депривация.

Депривация – неблагоприятные условия воспитания, создающие дефицит интеллектуального и эмоционального воспитания, особенно разлучение ребенка с матерью, воспитание ребенка в приюте, нахождение его без матери в больнице, служит причиной замедления физического и психического развития ребенка.

Ученые И. Ландгмеер и З.Матейчик исследовали крайние варианты нарушений родительского поведения - материнскую депривацию, порождающие серьезные отклонения в развитии ребенка, особенно его эмоционально – личностной сферы.

Стрессовое состояние способствует снижению защитных сил организма, порождая соматические болезни, заболевания неврологического и психического характера. Стрессовое состояние будущей матери в связи с психологическими травмами, нахождением ее в социально – неблагополучной среде пагубно влияет на плод ребенка, т.к. в околоплодную жидкость выбрасываются гормоны беспокойства, способные вызвать отслоение плаценты, гипоксию плода, выкидыши, преждевременные роды, патологии развития ребенка. Эмоциональное состояние матери влияет на ребенка в период раннего детства.

А.В. Ковалев и А. Е Личко обратили внимание на то, что, если ребенок в семье или образовательном учреждении испытывает стрессовые состояния, то происходит невротическое или патохарактерологическое формирование личности вследствие закрепления негативных реакций протеста на негативно воздействующую среду.

Среди условий патогенного развития личности следует выделить неправильное педагогическое воздействие на ребенка в семье и образовательных учреждениях (дидактогению). Исследования Э.Г. Эйдемиллера, В.Д. Москаленко и др. доказывают, что даже если родится здоровый ребенок, то в неблагоприятной психологической атмосфере (плохой уход, наличие конфликтов, жесткое авторитарное отношение к ребенку, отсутствие ласки и тепла) могут возникнуть невротизация, психопатизация развития личности. Если ребенок надолго разлучается с матерью, которая вынуждена работать, впоследствии подросток будет склонен к тревожности, депрессии, чувству одиночества, не сумеет прилагать достаточных усилий к достижению целей, что молодых людей приводит к неуспешности в жизни.

Создание же оптимальных условий для развития ребенка с проблемами на ранних этапах онтогенеза способствует своевременной коррекции физического и психического развития. Исследования Зескинда и Рэйми, разработавших специальную программу для недоношенных младенцев, доказали, что атмосфера радости, заботы о матери и ребенке, их полноценное питание, своевременная медицинская помощь и ежедневный полноценный домашний и специальный уход (массаж, физ. упражнения, эмоциональное общение с матерью, и т.п.) позволяют вырастить здорового ребенка. Если не будут созданы эти условия, возникают серьезные отклонения в развитии. Идентичные ситуации наблюдались с несложными травмами, повреждениями участков головного мозга в младенческом и раннем возрасте.

Представители экзистенциальной и дифференциальной психологии выделили как значимый для развития личности ребенка фактор субъективного жизненного опыта или фактор детерминации (Либин А.В., Усанова О.Н.), обуславливающий особенности развития ребенка.

Наряду с объективными факторами развития существуют субъективные факторы и развития детей с отклонениями, обуславливающими блокирование проявления спонтанности, творческой самостоятельности ребенка.

Они обуславливают внутреннюю логику развития, саморазвития ребенка. Специфика развития мотивационной сферы, влияющей на сознание и самосознание, поведение ребенка недостаточно изучены психолого – педагогическими науками, хотя есть ряд интересных работ: изучение формирования «Я – концепции» личности ребенка Э. Бернсом, преодоления «комплексов неполноценности» ребенка А. Адлером, раскрепощения аутичного ребенка с помощью игротерапии В. Экслейн, работы В.А. Петровского по развитию неадаптивной личности, начиная с детского периода. Субъективные факторы развития личности ребенка неплохо изучены в связи с изучением одаренных детей (Савенков, А.М. Матюшкин, Н. С. Лейтес и др.), но роль субъективного жизненного опыта при атипичном развитии недостаточно учитывается в практике образования в связи с недостаточностью изучения данной проблемы специальной психологией и педагогикой.

Не претендуя на полноту характеристики субъективных причин патогенного развития личности, мы укажем только на некоторые из них (по принципу контраста с внутренними условиями развития одаренных детей как идеальной нормы развития).

Это неустойчивость к стрессам (нарушение фрустрационной толерантности). Казалось бы, дети сильнее подвержены стрессам, чем взрослые в силу неокрепшей, незакаленной психики. Но наблюдения за детьми в неблагополучных социально – психологических условиях доказывают их жизнелюбие, жизнерадостность, приспособляемость к самым неблагоприятным условиям жизнедеятельности. Дети легко переносят голод, холод, отсутствие комфорта, различные лишения в силу пластичности нервной системы, наличия высоких адаптивных способностей. Остро дети реагируют на оскорбление, проявление нелюбви, неприятия ребенка, что и служит причиной нарушения устойчивости к стрессам, т.к. неприятие ребенка является длительным сверхсильным патогенным фактором, подрывающим жизнеспособность ребенка.

Неправильно сформированные модели реагирования психики и поведения в период возрастных кризисов развития. Именно в кризисные периоды возможно осуществлять коррекцию развития, т. к. организм ребенка, его психика «настроены» на изменения, наблюдается повышенная активность психических процессов, хотя кажется, что периоды кризисов – неподходящий период для исправления недостатков развития. Важно следить, чтобы негативные состояния и модели поведения, характерные для кризисных моментов, не перерастали в патологические состояния и негативные личностные новообразования.

Ригидность психических процессов, моделей реагирования ребенка и его поведения вследствие не только отставания в развитии, но как порождение неконструктивными детско – родительскими отношениями, что будет подробно рассматриваться в разделах воспитания и обучения детей с неврозами и ранним детским аутизмом.

Анализируя онтогенетическое развитие личности ребенка, чтобы правильно выбрать стратегию коррекционной работы, следует изучить влияние всех факторов и условий, обуславливающих тенденции отклоняющегося развития.

Сравнительный анализ закономерностей нормального (Б.Г. Ананьев, А.А. Реан, П.К. Анохин и др.) и отклоняющегося развития (О.В. Лебедев, В.И. Лубовский, А.И. Мещерякова, У.В. Ульяновская, О.Н. Усанова и др.) помогает понять общие и специфические закономерности атипичного развития ребенка.

Теоретической основой дифференциации отклонений в развитии (определения вида дизонтогенеза) являются исследования закономерностей психического дизонтогенеза В.В. Лебединского и его помощников:

- ученые выделили 4 параметра нарушений психического развития;
- уровень и характер мозговой локализации нарушения;
- изучается степень распространенности дефекта центральной нервной системы и его влияние на тяжесть отклонения в развитии ребенка.

Вид дефекта может быть общий, связанный с нарушением корковых и подкорковых регуляторных систем.

Дисфункция корковых систем обуславливает дефекты интеллектуальной деятельности, выполнения таких операций в процессе деятельности, как целеполагание, планирование, контроль, анализ, что отражается на поведении ребенка.

Нарушение подкорковых систем влияет на психическую активность, элементарные эмоциональные расстройства, на патологию протекания аффектов и влечений.

Дефект может быть частным, связанным с недостаточностью отдельных функций. Наблюдается нарушение гнозиса – отражения образов предметов и деятельности в сознании на эмпирическом уровне (с помощью органов чувств): акустического (звукового), тактильного (кинестетического), зрительно – пространственного и временного (пространственно – временного восприятия действительности), соматопропространственного (сохранности схемы тела, ориентировки «слева», «справа»), цветового (классификации цвета). Может возникнуть нарушение праксиса – (способности к выполнению целенаправленного, согласованного, законченного движения). Нарушение динамического праксиса связано с нарушением целенаправленности и согласованности, переключения с одного движения на другое. Нарушение пространственного праксиса связано с нарушением движений в пространстве вследствие нарушения пространственного восприятия. Дефект орального праксиса связан с недостаточностью развития артикулярного аппарата ребенка. Иногда наблюдаются иные патологии движений: гиподинамические (скованность движений), гипердинамические (расторможенность), гипометрия (незаконченность движений).

В случае локального нарушения деятельности мозга наблюдается один или малое количество наблюдаемых дефектов. Но большое количество вышеперечисленных дефектов в

сочетании с другими симптомами нарушения психических функций свидетельствует о наличии общего дефекта.

В нормальном онтогенезе наблюдается определенная последовательность в формировании мозговых механизмов психической деятельности. Развитие отдельных корковых анализаторов обгоняет созревание лобных регуляторных систем и существенно влияет на их формирование.

Нарушение частных функций парциально и в большей степени компенсируется за счет сохранных регуляторных и других систем.

Дисфункция регуляторных систем в большей степени влияет на отклонения в различных сферах развития личности.

При изучении нарушений развития необходим анализ общих и частных дисфункций.

Время поражения существенно влияет на отклонение в развитии. Следует учитывать не только характер мозговых повреждений, но и время поражения.

Л.С. Выготский в работе «История развития психических функций» писал о том, что чем раньше возникает повреждение нервной системы, тем вероятнее проявление недоразвития, чем позднее происходит возникновение дефекта, тем более можно прогнозировать повреждение развития или распад структуры психических функций.

В.В. Лебединский обращал внимание на то, что самые сложные отклонения возникают на клеточном уровне дифференциации, т.е. на эмбриональном уровне (в первой трети беременности). При более поздних поражениях наблюдается в некоторых сложных случаях распад, регресс функций. Особо опасными являются периоды пренатального (дородового периода), когда в утробе матери происходит созревание эмбриона – будущего младенца, ибо до 95 % органов будущего ребенка развиваются и начинают функционировать в этот период. Также негативное последствие играют травмы во время родов.

В.В. Ковалев провел исследование, как время поражения ЦНС связано с характером и уровнем нервно – психического реагирования.

На сомато – вегетативном уровне (0 – 3 года) возникают соматовегетативные синдромы: вегетативная возбудимость, нарушение сна, аппетита, желудочно – кишечные расстройства.

Психомоторный уровень (4 - 11 лет) связан с появлением гипердинамического синдрома: психомоторная возбудимость, тики, заикание и т.п.

Для аффективного уровня (7 - 12 лет) характерны синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости с проявлением агрессивности, негативизма, ухода из дома, бродяжничества.

Эмоционально – идеаторный (12 – 16 лет) уровень реагирования является ведущим в пубертатном возрасте. О патологических реакциях свидетельствует появление сверхценных увлечений и интересов, ипохондрии, дисморфобии (переживаний по поводу уродства), острых реакций протеста, оппозиции.

При своевременной психолого – педагогической коррекции (во многих случаях с параллельным лечением у невролога, психоневролога) могут быть значительно сглажены или предотвращены вторичные дефекты: немота у глухих, невропатия или психопатия у детей с отставанием в развитии. Отсутствие же своевременной коррекции отставания развития, связанного с запаздыванием развития познавательных процессов, интеллектуальной сферы, приводит к ряду расстройств в эмоционально- личностной сфере ребенка.

2.3. Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом

Основываясь на идее Л.С. Выготского о сложной структуре дефекта, следует различать группы симптомов - первичные и вторичные нарушения.

Первичный дефект связан с процессом биологического аномального развития, с недоразвитием или повреждением. Может наблюдаться сочетание недоразвития и повреждения. Например, осложненная олигофрения – это сочетание нарушения корковых и подкорковых систем.

Вторичный дефект связан с процессом аномального социального развития. Компонентами вторичного дефекта будут как своеобразие аномального развития личности, зависящее в немалой степени от влияния среды на ребенка, так и закономерности дизонтогенеза в детском возрасте. Механизм возникновения вторичных нарушений различен. Вторичный дефект может быть обусловлен повреждением развития. У глухих детей плохо формируется речь без коррекционной помощи.

Вторичный дефект связан с сензитивным периодом. В дошкольном возрасте сензитивными являются периоды развития произвольной моторики и речи. При различных видах дизонтогенеза часто наблюдается двигательная расторможенность или недоразвитие речи.

Важнейшим фактором возникновения вторичных нарушений В.В. Лебединский считает фактор социальной депривации, который служит причиной педагогической запущенности, обуславливающий нарушение когнитивного, операционального, коммуникативного и эмоционально-волевого развития личности, снижение самооценки, формирование негативной мотивации к различным видам деятельности и т.п.

Как отмечалось выше, в процессе развития нарушается иерархия между первичным и вторичным дефектами. Раннее начало коррекционной работы, основанной на точной диагностике, способствует эффективной коррекции первичного дефекта, т.к. своевременно включаются механизмы компенсации и осуществляется профилактика возникновения вторичного дефекта, что улучшает процесс адаптации и социализации детей.

Нарушение межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза. В нормальном онтогенезе выделяются следующие типы межфункциональных отношений: явления временной независимости функций, ассоциативные, иерархические связи.

В норме явление временной независимости функций на ранних этапах онтогенеза относительно. До двух лет наблюдается, по мнению Л.С. Выготского, независимость развития смысловой и фонетической сторон речи, развития мышления и речи. При отклонении в развитии временная независимость превращается в изоляцию. Изолированная функция заикливается в своем развитии. При тяжелой форме олигофрении моторный репертуар ребенка может представлять раскачивание. Нарушение связано с недоразвитием интеллектуальной и мотивационной сфер. Двигательная функция не является поврежденной, но интеллектуальная недостаточность снижает уровень координирующей функции движения. Повтор движений – закрепление стереотипов, а не нарушения двигательных функций. Стереотипы «заикливают» другие, в том числе и двигательные функции. Олигофрены с гидроцефалией обладают хорошей механической памятью и речью, которая носит характер подражания. Эти функции существуют изолированно по мере развития и эта изоляция сохраняется.

В норме существует ассоциативный вид связей (по принципу цепочки, по Н.А. Бернштейну) в качестве ведущего на ранних этапах онтогенеза. Разрозненные разномодальные чувственные впечатления, полученные в результате эмпирического развития ребенка, объединяются в одно целое на основе временно – пространственной близости. Такой организации психических процессов отличается малой дифференцированностью психических процессов. Например, маленькие дети не различают времена года. С возрастом ассоциативный вид связи утрачивает свое основное значение, а сохранение его в качестве ведущего свидетельствует о патологии развития.

Психические функции формируются в процессе общения и усложняющейся предметной деятельности по типу иерархии. Иерархический, многоуровневый тип

взаимодействия обладает высокой устойчивостью и пластичностью (Н.А. Бернштейн). Выделяются регуляторные – ведущие и операциональные – фоновые функции, которые могут выступать автономно. Ведущий уровень, разгружаясь от контролирующих действий, интенсивно развивается и усложняется. Нарушения в одном из автономных «фоновых» звеньях компенсируются пластичной перестройкой психического процесса и не ведут к нарушению целостности психического развития.

Перестройка и усложнение протекают в определенной хронологической последовательности по законам гетерохронии. Каждая психическая функция имеет свой цикл развития с сензитивными периодами скачкообразного развития и замедленности формирования. Так, на ранних этапах онтогенеза наблюдается опережающее развитие восприятия и речи при замедлении темпа развития праксиса.

В патологии в силу инертности нервной системы возникает патологическая фиксация, стереотипизация в аффективно – когнитивных сферах. Инертные аффективные комплексы тормозят психическое развитие. Например, пик страхов в норме ограничен возрастными 3 – 11 лет, при патологии страхи распространяются на другие возрастные периоды.

2.4. Параметры нарушения психического развития, определяющие вид дизонтогении

Патологическая фиксация тормозит психическое. Более того, может фиксироваться регресс функций. Так, дети с задержкой психического развития при затруднениях, освоив навык счета в уме, возвращаются к счету на пальцах. Все эти параметры нарушений психического развития характерны для разных видов дизонтогении.

В отечественной специальной психологии и психиатрии (Д.Н. Исаев, В.В. Ковалев, В.В. Лебединский) выделяются четыре основных группы психологических синдромов: недостаточное, поврежденное, асинхронное развитие, дизонтогения со сложными недостатками развития.

I группа дизонтогении включает в себя отклонения по типу ретардации (недостатка, задержанного развития – запаздывания или приостановке всех или отдельных компонентов развития.

1. Стойкая интеллектуальная недостаточность или умственная отсталость характеризуется тотальным недоразвитием психических функций и иерархичности как следствия органического поражения ЦНС. Недостаточность отдельных ВПФ (высших психических функций), таких как гнозис, праксис, механическая память, проявляется меньше, чем недоразвитие мыслительной деятельности и личности в целом. Умственная отсталость имеет различные степени тяжести и формы проявления.

2. Задержанное психическое развитие характеризуется парциальным недоразвитием функций, медлительностью, инертностью и расторможенностью психических процессов, недостаточной речевой регуляцией действий.

Парциальная несформированность высших психических функций (здесь парциальность – неравномерность развития тех или иных сторон психической деятельности) обуславливает тот факт, что постоянной темповой задержки психического развития не происходит. На определенном возрастном этапе происходит «сбой развития» в связи с несформированностью регуляторного или вербально - логического компонента. Могут возникать речевые нарушения и неврозоподобные, астенические состояния (по МКБ 10). Задержка психического развития, если она не отягощена повреждениями ЦНС, а характеризуется функциональными расстройствами ЦНС, может быть сглажена или полностью преодолена.

II группа включает в себя отклонения по типу повреждения. Сюда относится отклонение в развитии под влиянием фактора повреждения ЦНС после 2 – 3 лет, когда большая часть функциональных систем до момента повреждения уже созрела, и до этого развитие было условно нормативным.

Это могут быть минимальные мозговые дисфункции, не приводящие к задержке психического развития (многие ученые относят эти расстройства к виду дизонтогении – задержке психического развития), такие как гипостения и гиперстения. Другие исследователи полагают, что нарушение концентрации внимания и поведения ребенка может вызвать как вторичный дефект задержку психического развития при отсутствии своевременной диагностики и лечебно – психолого – педагогической помощи ребенку. Современные методы психологической диагностики и диагностики функционирования мозга (томография, ЭЭГ) позволяют выявить симптомы минимальной мозговой дисфункции в раннем детстве или дошкольном возрасте и предотвратить задержку психического развития ребенка.

Это может быть эпилепсия или эписиндром, существенно влияющие на отклонения в развитии ребенка, в тяжелых случаях порождая распад высших психических функций вплоть до органической деменции – приобретенного слабоумия и атрофии высших психических функций. Вот почему в нашем пособии такое внимание уделяется описанию первых признаков эписиндрома, позволяющих своевременно направить ребенка с родителями для консультации и лечения у невролога и психоневролога, чтобы предотвратить развитие эпилепсии с тяжелыми последствиями для развития личности ребенка.

При дефицитарном развитии, связанном с тяжелым нарушением сенсорных, анализаторных систем (зрения, слуха, опорно – двигательных систем), аппарата речи, возникают отклонения в развитии. На основе первичных органических дефектов формируются вторичные, препятствующие процессу социализации личности ребенка. Глухие дети могут без специальной помощи стать немыми. Слепые дети и дети с церебральным параличом без медико – психолого – педагогической поддержки могут серьезно отставать в развитии от сверстников. Если же коррекционная работа с такими детьми осуществляется своевременно и грамотно, учитывая действие компенсаторных механизмов, позволяющих преодолевать недостатки развития с применением современных технических средств и технологий коррекционной работы, то можно осуществить профилактику инвалидации личности.

При поврежденном развитии в связи с парциальным нарушением ЦНС наблюдается тугоподвижность, вязкость психических процессов, часто их развитие сопровождается хроническими соматическими заболеваниями.

III группа асинхронного развития характеризуется диспропорциями в развитии высших психических функций. При нормальном развитии действует закон гетерхронии, что обуславливает разновременное формирование различных функций, играющих в разный возрастной период роли функций, ведущих за собой развития остальных психических функций. Асинхрония – это нарушение гетерхронии, когда наблюдаются сложные варианты недоразвития одних функций и акселерации (ускоренное развитие) других или искажение развития психических функций, их базовых составляющих.

Сюда относится дисгармоничное развитие, представляющее собой парциальный дефект аффективно – волевой сферы. Наиболее частым и случаями являются различного рода психопатии, неврозы, психосоматические расстройства, которые в дошкольном периоде имеют слабовыраженную симптоматику, но именно отсутствие медико – психолого – педагогической коррекции на ранних этапах онтогенеза приводит к явным нарушениям эмоционально – личностного развития подростков, служащим причиной девиантного (искаженного) поведения, роста правонарушений несовершеннолетних, который констатируется во всем мире в последнее время.

Искаженное развитие обусловлено не только более яркой выраженностью асинхронии развития, проявляющейся в дошкольном возрасте, но и грубыми нарушениями адаптационных (приспособительных) систем поведения. Наблюдается неадекватность психических реакций, оторванность сознания ребенка от реальной ситуации. Наиболее часто встречается такой вид дизонтогении в дошкольном возрасте, как РДА (ранний детский

аутизм) различной степени выраженности. В современной специальной психологии детский аутизм не рассматривается как развитие шизофрении, хотя в некоторых случаях аутизм является симптомом шизофрении. Ранний детский аутизм как сложный вид дизонтогении требует особо тщательной и грамотной психолого – педагогической коррекции развития ребенка, детско – родительских отношений в семье. В большинстве случаев удается добиться исчезновения симптомов раннего детского аутизма к началу обучения ребенка в школе. В более поздний период коррекционные мероприятия не приводят к успеху и служат причиной дезадаптации личности в социуме.

IV специфическая группа дизонтогении со сложными недостатками развития – это сочетание разных видов дизонтогении. Например, могут встречаться слепоглухие дети с задержкой психического развития и т.п.

Некоторые ученые не выделяют эту группу как особую, но В. В. Лебединский предлагает эту группу выделять, хотя он согласен с теми, кто полагает, что с этими детьми надо проводить коррекционную работу на основе определения первичного дефекта с его ярко выраженной симптоматикой нарушения развития. Но все же знание всех видов дизонтогений позволяет осуществлять комплексную работу по коррекции всех недостатков развития ребенка со сложной комбинацией дефектов и добиваться положительной динамики развития этих детей.

Знание видов дизонтогении, этиологии, патогенеза, факторов, закономерностей отклоняющегося развития позволяет определить критерии – маркеры отклонения в развитии. Единогласных мнений в этом вопросе нет.

Известны критерии патологии характера, описанные психиатром Ганнушкиным – Кербиковым:

- стабильность проявлений недостатков характера во времени, возникших в детстве и не исчезающих в онтогенезе;
- тотальность проявления недостатков характера, когда они проявляются не в определенных, а во всех обстоятельствах;
- социальная дезадаптация проявляется в том, что человек не только не справляется с трудностями в процессе жизнедеятельности, но и создает их для окружающих.

Психолог О.Н. Усанова охарактеризовала следующие параметры атипичного развития:

- личностного развития;
- когнитивного развития;
- социальной адаптации;
- общения и средств коммуникации;
- речи;
- приема переработки и упорядочивания информации;
- закрепления жизненного опыта;
- потенциальных возможностей;
- активности личности.

Английский психиатр М. Райтер сформулировал критерии отклонений в поведении детей:

- необходимо учитывать возрастные и половые особенности ребенка (тревожность у младенцев, разлученных с матерью – норма, а у подростков – отклонение; совпадение ролевого поведения мальчиков и девочек в детстве – норма, модель поведения, характерная для другого пола в школьном возрасте – нарушение);
- длительность сохранения расстройств должно вызывать беспокойство (негативизм характерен для детей в период кризиса 3 лет, если он длительно сохраняется, то он является признаком отклонения в развитии);

- резкие колебания настроения в обычных, не только стрессовых ситуациях;
- важно учитывать социокультурные традиции воспитания (в другой среде человек кажется странным, даже ненормальным).

Несмотря на тот факт, что в дошкольном возрасте трудно выявить отклонения в развитии, если они неярко выражены, не являются следствием грубых патологий, но необходимость проведения коррекции развития именно в этом возрасте послужила основанием для исследований К.С.Лебединской, М.М. Райской, на которые ссылается Г.С. Абрамова. Ученые подчеркнули, что это именно признаки отклонения в развитии дошкольников, а не симптомы психических заболеваний.

Признаки отклонения в развитии дошкольников:

- выраженная психомоторная расторможенность, трудности выработки навыка самоконтроля за поведением, соблюдения постоянно предъявляемых ограничений, трудности организации поведения даже в игровых ситуациях;
- склонность ребенка к постоянной косметической лжи – приукрашиванию ситуаций, в которых он находится, а также склонность к примитивным вымыслам, которые он использует как выход из затруднительных положений или конфликтов;
- ребенок охотно подражает негативным моделям поведения сверстников или более старших детей и взрослых;
- инфантильные истерические проявления с двигательными разрядками (громким настойчивым плачем, криком, реакциями упрямого неподчинения, негативизма, озлобленности, агрессии в ответ на замечания, запреты, наказания);
- энурез, логоневроз (заикание);
- импульсивность поведения, эмоциональная заражаемость, вспыльчивость, обуславливающая ссоры и драки ребенка даже по незначительному поводу.
- побеги из дома или детского сада как реакция протеста.

Таким образом, описанные выше факторы и условия нормального и патогенного развития, виды дизонтогенеза и маркеры отклонений в развитии ребенка позволяют понять сложную картину нарушений и механизмов этих нарушений в развитии ребенка, что позволяет осуществлять грамотную психологическую

– педагогическую коррекцию в сензитивные периоды развития личности, добиваясь приближения ребенка к норме развития или полной компенсации нарушенных функций.

Условия психического развития – это то объективно существующее, что с необходимостью определяет жизнедеятельность (в самом широком смысле слова) индивида, то, что оказывает определенное влияние на индивида, т.е. внешние и внутренние обстоятельства, от которых зависят особенности, характеристики, уровень психического развития.

Нарушение сроков психических новообразований на определенных возрастных этапах. Недостаточное развитие отдельных психических функций или психики ребенка в целом

Нарушение целостности развития, взаимосвязи психических функций, нарушение интеграции развития личности ребенка

Ригидность развития психических функций или психики ребенка в целом ограничивают дивергентность, разнообразие психического развития, приводит к формированию защитных функций или стереотипов действий и поведения, что снижает уровень соц. адаптации ребенка.

Изменения в способах получения и переработки информации при нарушениях психического развития затрудняет формирование адекватных представлений об окружающем мире и себе самом

Нарушение спонтанности, самостоятельности, уверенности в своих силах обусловлено ригидностью развития и нарушением произвольной сферы

Недостаточное развитие отдельных псих. функций или психики ребенка в целом, ригидность развития негативно влияет на формирование способностей к биологической адаптации ребенка, приводит к нарушениям функционального, психологического психического развития

Проблема определения нормы развития относится к разделу наиболее трудных, ибо существует огромное количество индивидуальностей, множество вариантов развития и поведения, стилей жизнедеятельности, зависящих от разнообразия жизненных обстоятельств. Далеко не всегда отклонения от среднестатистической нормы развития личности являются аномалией. Например, высокоодаренные люди поражали окружающих своей необычностью, странными чудачествами. Пушкин, Гоголь, Ницше, Мопассан и многие другие, хотя и были признаны современниками как выдающиеся личности, но производили на окружающих неоднозначное впечатление. Не случайно китайский философ Лао Цзы писал, что отклонение от средней величины вверх – это тоже отклонение.

Понятие «нормы развития» весьма субъективно, зависит во многом от исторической эпохи, культурных традиций общества. Научные представления об этом феномене тоже претерпевают изменения. Тем не менее существуют объективные границы нормы развития и характеристика качественного различия нормального и отклоняющегося развития.

2.5. Понятия нормы и патологии

Статистическая норма – уровень психосоциального развития личности, соответствующий средним качественно-количественным показателям при обследовании популяции людей одного возраста, пола, культуры и т. п.

Статистическая норма представляет собой не только средние числа, но и пределы стандартного квадратичного отклонения (диапазоны развития или индивидуальные варианты нормы). Знание статистической нормы необходимо для выявления опережения или отставания в развитии ребенка, характера недостатков развития с целью определения вида психолого – педагогической коррекционной помощи и при необходимости медицинского вмешательства.

Функциональная норма. Понимание функциональной нормы предполагает ориентацию на теории функциональных систем П.К.Анохина, физиологии активности Н.А.Бернштейна и др., т.е. ориентацию на представление о функции как достижения организмом приспособления к биологической и социальной среде вследствие определенной организации активности различных систем организма, личности. Функциональная норма – это удовлетворение иерархии внутренних потребностей личности, продуктивная деятельность, адаптация к социуму.

Представление о функциональной норме позволяет выявить причины отклонений в развитии, в нарушении баланса между внутренними потребностями, возможностями и умениями (хочу, могу, умею) и внешними требованиями социума. Именно гармоничный баланс позволяет достигать оптимального (наилучшего уровня физиологической и социально – психологической адаптации ребенка), высшего уровня функционирования его организма.

Идеальная норма – оптимальное развитие личности в оптимальных для неё социально – психологических условиях.

Л. Пожар на основе этих представлений о норме дает следующие представления о нормальном ребенке:

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

б) когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим трендом (склонностей, тенденций, направления), определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные стороны собственного организма и средового окружения;

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

В отличие от нормального отклоняющееся развитие сопряжено с трудностями, проблемами, осложняющими развитие личности.

Понятие «отклоняющееся развитие», о котором мы подробно говорили в предыдущем параграфе, позволяет обозначить критерий отклонения в развитии и выделить категории детей, нуждающихся в психологической, медицинской и педагогической помощи

(в некоторых случаях и социальной помощи), построить классификацию и типологию различных групп «проблемных детей», определить подходы к диагностической и коррекционно – развивающей работе психологов и педагогов.

Эту работу целесообразно осуществлять в дошкольном возрасте, ибо исследования А.И. Захарова свидетельствуют, что нарушение поведения у 37 % мальчиков, 29 % девочек пятилетнего возраста связаны с психическими нарушениями, осложнениями развития дошкольников.

Глубокому пониманию проблемы развития ребенка с отклонениями способствует определение отклоняющегося развития Л.С.Выготского в работе «Основные проблемы современной дефектологии».

Л.С. Выготский выступал против количественного подхода, «чисто арифметической концепции дефективности», в рамках которого отклонение в развитии ассоциировалось с нарастанием нарушений органических и психологических функций. Ученый отмечает, что развитие нормальных и дефективных детей подчиняется определенным закономерностям, идет в единстве, но есть и своеобразие при различных типах отклонений в развитии.

Дефективный ребенок, по мнению Л.С.Выготского, не есть нормальный ребенок со знаком минус, т.е. с набором только отрицательных характеристик развития, суммой недоразвитых функций и свойств. «Как ребенок на каждой ступени развития, в каждой его фазе представляет качественное своеобразие, специфическую структуру организма и личности, так же точно дефективный ребенок представляет качественно отличный, своеобразный тип развития».

Отклоняющееся развитие - то особый тип развития, качественно отличный от нормального. Психологи и педагоги должны знать характер отклонения в развитии со всеми недостатками, но и положительным своеобразием этого ребенка», чтобы создать условия и использовать содержание и методы коррекционной работы с ним для максимального приближения по мере возможности, в некоторых случаях для полного устранения дефекта развития.

Для этого надо хорошо знать сильные, сохраненные свойства личности, сложное неоднозначное влияние дефекта на целостную личность.

Работы Л.С. Выготского, А.Р.Лурии помогают понять сложную структуру недостатка – дефектов, связь первичного дефекта с расстройством деятельности мозга или его отдельных органов. Дефект - недостаток какого – либо органа или выпадение какой – либо органической или психологической функции (например, слепота, глухота, слабоумие).

Первичный дефект развития связан с органическими нарушениями функций центральной нервной системы (головного мозга). Это может быть несоответствие уровня развития возрастной норме, нарушения межфункциональных связей полушарий головного мозга, повреждение головного мозга. Дефект может быть связан с повреждениями

анализаторов (слепота, глухота, слепоглухота). Но иногда дефект связан с рабочими органами (колени).

Первичный дефект связан с общим нарушением мозга, его недоразвитием, повреждением, нарушением регуляторных систем. Выявлением первичного дефекта и его лечением занимаются психиатры, невропатологи, устранением последствий влиянием на личность – дефектологи. К первичным дефектом, связанным с общим нарушением деятельности мозга, относятся недоразвитие подкорки, коры головного мозга, явление регресса.

Первичные нарушения могут носить частный характер - то нарушение деятельности анализаторов (зрение, слуха, речи и т.д.). Они связаны с локальными поражениями головного мозга (часто с травмами головного мозга в процессе родов или в раннем детстве, опухолями, тяжелыми хроническими заболеваниями ребенка и т.п.).

Первичный недостаток (дефект) обуславливает значительные изменения в психологическом развитии и поведении ребенка до отклоняющего (дезадаптивного, аддиктивного, деликвентного). Для прогноза развития, психопрофилактики, психокоррекции первостепенное значение имеет первичный дефект. Некоторые первичные дефекты поддаются коррекции, некоторые, особенно сложные, затрагивающие сложные и объемные участки головного мозга, слабо поддаются или совсем не поддаются коррекции. Чем сильнее отклонение в развитии ребенка связано с первичным дефектом (нарушением или повреждением головного мозга), тем сложнее поиск реализации «обходных путей» развития, т.е. коррекционной работы, компенсации дефекта.

С помощью нейропсихологического метода, разработанного А. Р. Лурией и его учеными Н. Н. Брагиной, Т. А. Доброхотовой, А. В. Семеновым и др. можно проводить системный анализ взаимодействия мозга и психики, получить информацию об участках поражения мозга и нейропсихологических синдромах, связанных с этим поражением.

Так, поражение лобных отделов мозга приводит к недостаточной саморегуляции, недостаткам программирования и контроля за собственной деятельностью. Поражение лобного отдела левого полушария связано со слабостью регулирующей функции речи. Поражение правого полушария приводит к нарушению пространственного и цветового восприятия, дифференциации эмоций, воспроизведения по памяти звукоречевых и зрительных эталонов.

Поражение передне – теменных отделов приводит к нарушению сложных произвольных движений, к замедлению формирования опорно – двигательных умений и навыков. При поражении затылочных отделов нарушается зрительное восприятие, анализ и синтез зрительных органов, может наблюдаться нормальное и сниженное острота зрения. Поражение лево – височных отделов служит причиной трудностей в звукоразличении, понимании и развитии речи ребенка, что служит позднее причиной нарушения чтения и письма. Поражение право – височных отделов вызывает нарушение инациональной структуры речи, недостаточности восприятия ритма, тональности, эмоциональной окраски.

Нарушение подкорковых образований (базовых ядер мозга) не приводит к нарушению интеллектуального развития и речи, но слабость нейродинамического и эмоционального – аффективного аспектов психической деятельности служит причиной эмоциональной лабильности (эмоциональной неустойчивости, быстрой смены настроений), неадекватных реакций на происходящие. При внешней неловкости наблюдается обилие дискинезий (лишних движений), вычурных поз или речи, нарушение поз (не встречается при других вариантах мозговой недостаточности). Может наблюдаться энурез, логоневроз.

Нарушение межполушарных взаимодействий – «функциональной автономности мозговых полушарий в детстве» служит причиной нарушения координации движений, явлений зеркальности, игнорирования левой половины перцептивного поля (при восприятии фигур, сюжетных картинок), несформированности фонематического слуха, неспособности к использованию различных стратегий решения интеллектуальных задач (создается

впечатление, что операции художественно творческого и логического мышления осуществляются одновременно).

Для устранения этих дефектов в детском возрасте специально разработаны технология нейропсихологической диагностики и комплексной нейропсихологической коррекции.

Вторичный дефект возникает в ходе развития ребенка с нарушением психофизического развития, если своевременно не компенсируется или не корректируется влияние первичного дефекта на развитие личности. В ходе социального развития под воздействием факторов окружающей среды, воспитания и обучения – элементов культурного развития, по - Выготскому, органический первичный дефект, влияющий на перестройку всех психических функций личности, осложняет, нарушает развитие личности в социальной «окультуренной» среде, препятствует овладения нормативно – культурными формами поведения. Глухой ребенок без социальной помощи не овладеет устной речью, слепой - письменной, а умственно отсталый ребенок – не приспособится к социуму. Опыт неуспеха, негативные переживания приведут к подавленности, агрессии, отклоняющемуся поведению, то есть к вторичным дефектам, имеющим не органическую материальную, а социо культурную основу.

Н.Ю. Максимова и Е.Л. Милютин отмечают, что механизмы возникновения вторичных дефектов различны. Вторичному недоразвитию подвергаются функции, непосредственно связанные с повреждением. Например, у глухих детей нарушается развитие речи. На возникновение вторичного дефекта влияют повреждения, которые возникли в сензитивный период для формирования определенных функций. В дошкольном возрасте в сензитивном периоде развития находится произвольная моторика. Травмы черепа и менингит служат причиной двигательной расторможенности. Эти ученые важнейшим фактором формирования вторичного дефекта считают социальную деривацию, т.к. в дошкольном периоде общение играет огромную роль в развитии. Если общение будет неполноценным, то будет замедляться развитие познавательной (когнитивной), психосоциальных сфер личности.

В процессе развития нарушается иерархия между первичным «биологическим» и «вторичным» социально обусловленным дефектом. Если на начальном этапе основным препятствием является первичный дефект, т.е. задается тенденция к формированию «вторичного» дефекта «снизу вверх». В случае отсутствия медико – психологической – педагогической помощи или неправильной организации коррекционной работы «вторичный» дефект начинает играть первую скрипку в формировании деструктивного развития и поведения, негативного отношения к себе и окружающим.

Вот почему период раннего детства и дошкольные периоды – самые благоприятные для коррекции развития, профилактики вторичных дефектов. Особенно ярко вторичные дефекты проявляются в подростковом возрасте – периоде активной социальной адаптации. Нарушения социальной адаптации могут приводить к дезадаптивному развитию личности, к асоциальному поведению, бродяжничеству и т.п. Развитие вторичных дефектов усугубляет влияние первичных дефектов на развитие личности. Если ребенок с задержкой психического развития будет неуспевающим в школе, уклоняться от учебной и общественной деятельности, то развитие познавательной сферы будет еще более резко тормозиться. Таким образом, легче предупредить развитие вторичного, затем третичного дефектов в раннем, дошкольном возрасте, чем длительно и менее успешно заниматься психологической – педагогической коррекцией вторичных и третичных нарушений, что потребует гораздо больших усилий и будет иметь значительно меньший эффект.

Чтобы грамотно заниматься коррекцией, следует знать и механизмы компенсаторного развития личности. Глубоко исследовав проблему компенсации дефекта, Л. С. Выготский в работе «Дефект и сверхкомпенсация», опираясь на достижения индивидуальной психологии А. Адлера. Адлер доказывал, что мощной движущей силой развития ребенка, стимулом мотивации к самосовершенствованию является комплекс неполноценности:

неполноценности органов (от медленного роста до порока сердца). В семье ребенок чувствует себя ущемленным из – за соперничества с братьями и сестрами. Стремясь преодолеть неполноценность, ребенок проявляет активность или пассивность, конфликтность или сотрудничество. Вот почему так важна направляющая роль взрослых, побуждающих ребенка к конструктивной деятельности, активности, сотрудничеству. Л. С. Выготский ссылается на идею В.Штерна: «Что меня губит, делает меня сильнее», т.е. из недостатков развиваются способности.

«Для теории и практики воспитания ребенка с дефектами учение о сверхкомпенсации имеет фундаментальное значение, служит психологическим базисом, - пишет Л.С. Выготский. – Какие перспективы открываются перед педагогом, когда он узнает, что дефект есть не только минус, недостаток, но и плюс, источник силы и способностей, что в нем есть какой – то положительный смысл».

Воспитание детей с дефектами, по мнению ученого, должно учитывать не только осложняющее влияние на развитие психических функций ребенка, но мотивацию к преодолению дефекта, пластичность нервной системы, что создает предпосылки для компенсации, преодоления дефекта. Так, слепой ребенок напрягает силы для поиска иных форм познания мира, «развивает психическую надстройку над выпавшей функцией», пытается заместить зрение за счет тонкости слуха и осязания, активно овладевает грамотой с помощью книги Брейля и других технических средств, т.е. не привыкает к слепоте, а всеми силами стремится её преодолеть. Так же наша экспериментальная работа с детьми, имеющими задержку психического развития, доказывает, что при грамотной коррекционной работе, направленной на развитие не только когнитивной, но и эмоционально – личностной сферы с помощью игровых методов возможен эффект ускорения развития у детей с некоторыми формами ЗПР. Так, у хромавшего от вывиха ноги человека, способность к быстрой ходьбе интенсивно развивается после устранения вывиха. Минус дефекта превращается в плюс компенсации.

Л.С. Выготский подчеркивает, что то, что достигает нормальный ребенок, иным способом, иными средствами может достичь ребенок с дефектом. Надо умело задействовать компенсаторные механизмы в процессе обучения и воспитания. «Нам нужны закаляющие идеи. Наша идея не обкладывать больное место ватой и беречь его всеми мерами от ушибов, а открыть преодолению дефекта, сверхкомпенсации широкий путь».

Таким образом, при отклонении в развитии, защитным механизмом личности является компенсация – тип реагирования, позволяющий осознать необходимость преодоления дефекта, что стимулирует замещение утраченных или слаборазвитых функций за счет более сохраненных.

На более поздних этапах онтогенеза, когда сформировались защитные механизмы как деструктивные личностные новообразования, препятствующие личностному росту, блокирующие развитие личности, сложно осуществлять коррекционную работу, т.к. надо устранять эти защитные механизмы и высвободить усилия личности по реализации действий компенсаторных механизмов. Эта работа требует огромных усилий и виртуозного мастерства психологов и педагогов, работающих со школьниками и молодыми людьми.

Развитие креативности (творческой) является мощным стимулятором компенсаторных механизмов. Достаточно вспомнить описания творчества слепого музыканта Короленко, преодоление трагедии глухоты Бетховеном и множество других примеров. Л. С. Выготский не отрицал наличие творческих способностей даже у умственно отсталых детей. Выготский и его последователи - современные ученые, доказывают, что в системе воспитания детей с отклонениями в развитии должны использоваться методы специального обучения, коррекционной педагогики и гуманистические, стимулирующие развитие и творческую самореализацию личности методы общей педагогики. «Личность как целое выравнивается, компенсируется процессами развития ребенка» – эта мысль Л. С.

Выготского является основной идеей специальной психологии и педагогики, сближая коррекционную педагогику с креативной.

Периоды младенчества, раннего и дошкольного детства являются сензитивными периодами для коррекционной работы, ибо нервная система ребенка необычайно пластична, в эти периоды вторичный и третичный дефекты еще не «наслоились» на первичный дефект, что необычайно осложняет коррекционную работу. Поэтому несмотря на сложность ранней диагностики отклонения в развитии и определения типа дизонтогенеза, накоплен опыт раннего начала коррекционной работы, дающей позитивные результаты.

ГЛАВА 3. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

3.1. Понятие «нарушения интеллектуального развития»

Проблема коррекционной работы с детьми со стойкой интеллектуальной недостаточностью становится все более актуальной в нашей стране в связи тенденцией к росту лиц с нарушениями интеллекта. Д.Н. Исаев отмечает, ссылаясь на эпидемиологические исследования русских и западных ученых, на материалы ВОЗ, что число лиц, отстающих в развитии, в целом составляет 1 – 3 % популяции (в таких странах как Швеция (0,32%), Дания – 0,43 %). В России с 1991 по 1995 г.г. произошло увеличение лиц с умственной отсталостью на 17,2 %. 60 % молодых инвалидов с психическими заболеваниями составляют лица с нарушением интеллекта. Среди инвалидов детства они стоят на первом месте. За 10 лет их число возросло на 53,7%. Официальная статистика не соответствует реальности, т.к. таких индивидов гораздо больше.

Специальная психология и педагогика опирается на достижения дефектологии в работе с детьми со стойкой интеллектуальной недостаточностью.

Дошкольный возраст является периодом наиболее интенсивного физического, психосоциального, когнитивного развития ребенка, сензитивным периодом для коррекционной работы по интенсификации общего развития как фундамента для обучения в школе и специально профессиональных учреждениях заведения. То, что будет упущено в этом сензитивном периоде, нельзя наверстать в будущем.

Разработаны основные теоретические положения специальной психологии и педагогики по организации работы с детьми со стойкой интеллектуальной недостаточностью.

Начиная с XVIII века, началось интенсивное изучение такого явления как умственная отсталость. Врачи – психиатры Ж.Э. Эскироль и Э. Сеген впервые стали разграничивать умственную отсталость как вид отклонения в развитии человека от нервно – психических заболеваний. «Слабоумие» или «тупоумие» стало изучаться учеными, положив начало клиническому и психологическому анализу различных проявлений слабоумия. Э. Сеген разработал своеобразную классификацию умственной отсталости и разработал методы лечения и коррекции слабоумия педагогическими способами. С середины XIX века медицинской проблемой умственной отсталости занялись психологи и педагоги. В европейских странах в связи с развитием промышленности возникла потребность в большем объеме рабочих рук. В связи с этим развивалось всеобщее начальное образование, стали создаваться специальные классы и вспомогательные школы для умственно отсталых детей. Разрабатывались программы обучения и воспитания на основе количественных концепций детского развития, осложненного дефектом, которое породило идею сокращенного и замедленного обучения. Ф. Гальтон, А. Бине, Д.М. Кэттелл, Э. Крепелин и др. изучали психические особенности детей с интеллектуальной недостаточностью и разрабатывали методики изучения психических процессов, методы коррекции недостатков развития. На основе их исследований и сформировался количественный подход к пониманию природы умственной отсталости. Исследования О. Декрола помогли понять индивидуальные различия

детей с нарушениями интеллекта. Организовывались «наблюдательные» классы, где детей длительное время изучали, а затем вырабатывались рекомендации по организации работы с ними. Отечественные ученые С.С. Корсаков, Д.Н. Зернов доказали в своих исследованиях, что слабоумие поддается коррекции высказывались за гуманное отношение к людям с недостатками интеллекта.

В XX веке Л.С. Выготский предложил рассматривать ребенка в динамике, т.е. в непрерывном развитии в процессе деятельности. Он определяющим считал качества личности ребенка здорового или с аномалиями в развитии. Умственно отсталый ребенок, по Л.С. Выготскому, - это ребенок не со знаком минус, а с особым типом развития. И этот тип развития надо учитывать, разрабатывая адекватные дефектам методы «окультуривания» развития личности, ориентируясь на «зону ближайшего развития», помогая реализовать в процессе образования скрытые резервы развития. Этот гуманистический взгляд на ребенка с нарушением интеллекта разделяли немецкий ученый Крюнгель, русские психологи и педагоги Л.С. Гriebоедов, К. Д. Ушинский и др. С. Гютлер писал, что личность слабоумного ребенка есть нечто качественно иное, чем сумма недоразвитых психических функций.

Созвучна взглядам этих ученых современная западная концепция хоть и осложненного, но динамичного позитивного развития детей с нарушениями интеллекта, исходящего из соответствий и закономерностей человеческого развития вообще в русле интеракционально – структурного подхода (Кларк, Шпек, Янцен и др.). Этот подход противопоставлен дефектоориентированному подходу, акцентуации внимания только на дефектах интеллектуального и сопутствующего развития (Вендейер, Мейер, Циглер и др.).

Дефектоориентированный подход и дифференциальные теории обращены к одной стороне (когнитивной сфере) изучаемого феномена повреждения ментального развития личности. Уровень развития интеллекта и степень выраженности интеллектуального дефекта в русле дифференцированных теорий определяются с помощью психодиагностических процедур, разработанных А. Бине и Симоном, что способствовало развитию дифференцированного (поточного) образования на западе. Работы В. Штерна, посвященные изучению интеллекта и различных уровней его развития, определяемых с помощью коэффициента интеллекта (I Q), вариации использования шкал Бине – Симона, батареи Дж. Векслера и его характеристика интеллекта как адекватности и полноты отражения объективной реальности, матрицы Равена помогли обогатить не только теорию, но и практику работы с детьми с одаренными детьми и детьми с отклонениями в развитии. Ограниченность теории психометристов подверг критике А. Анастаси, который подчеркивал, что тесты хороши для профконсультирования, но по ним нельзя судить об интеллектуальных потенциях личности. У детей разный индивидуальный опыт, уровень обученности и осведомленности об окружающем мире, в немалой степени зависящий от культурно – социальной среды.

Сегодня приобретает популярность теория иллинойских ученых (США), опирающихся на классификацию типов интеллекта Гарднера, согласно которой социальный интеллект лиц с нарушениями интеллекта опережает общее интеллектуальное их развитие, что создает предпосылку для адаптации этих людей к социуму

Постепенно шло накопление практического опыта, изучение психологических особенностей умственно отсталых детей. Создавались специализированные (коррекционные) образовательные учреждения, школы, интернаты, дошкольные учреждения.

Л.С. Выготский сыграл огромную роль в развитии принципов образования аномальных детей. Советская система базируется на культурно – исторической концепции Л.С. Выготского, согласно которой развитие ребенка даже с недоразвитием абстрактного, логического мышления идет путем присвоения культурно – исторического опыта, расширяя границы адаптации индивида к социуму. Сочетание биологического и социального вступает в новое соотношение. Современная наука и практика специального образования опирается на положение Л. С. Выготского о сложной структуре дефекта. Коррекция и компенсация

осуществляется не стихийно, а под воздействием целенаправленного коррекционного развития обучения, которое ведет за собой развитие. Учитывая достижения генетики и нейропсихологии, наследия А.Р. Лурии и его последователей, можно понять причины медленного темпа развития, связанного с органическим поражением коры головного мозга.

П.П. Блонский, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев и др. доказывали вслед за Л.С. Выготским, что обучение является ведущим фактором развития как нормальных детей, так и детей с проблемами развития.

А.В. Запорожец, Л.А. Венгер, Д.Б.Эльконин, В.П. Зинченко и др. создали концепцию амплификации (обогащения) развития, предусматривая создание условий и опору на ведущую деятельность. Благодаря исследованиям ученых разработаны научно обоснованные программы, учитывающие психофизическую закономерность и индивидуальные особенности развития детей со стойким недостатком интеллектуального развития. Дошкольное воспитание призвано обеспечить психологическую готовность ребенка к школе.

Работы М.Г. Блюмина, В.И. Гаврилова, Е.Ф. Давиденкова, С.Д. Забрамной, Д.Н. Исаева, В.В. Лебединского, В.И. Лубовского, С.С. Мнухина, А.Р.Маллер, С.С. Мнухина, Н.И. Озерецкого, М.С. Певзнер, Г.Е. Сухаревой, Л.М. Шипициной и др. способствовали изучению этиологии, патогенеза и классификации форм умственной отсталости.

Это позволило разрабатывать эффективные методы медицинской, психологической и педагогической помощи детям с нарушением интеллекта. Доказано, чем раньше диагностируются отклонения в интеллектуальном развитии и осуществляются медико – психолого – педагогические мероприятия в их тесной взаимосвязи, тем существенней результаты коррекционной работы, способствующей социальной адаптации, подготовки в дальнейшем лиц с интеллектуальными дефектами к самостоятельной жизни и труду.

Благодаря научным исследованиям в области дефектологии, олигофренопедагоги совершенствуется практика специального образования, технологии работы с детьми с особыми образовательными потребностями. Образование не приспособляется к дефектам, а способствует созданию таких условий, чтобы максимально приблизить развитие ребенка с нарушением интеллекта к норме.

В двадцатом столетии наметились новые тенденции в организации работы с умственно отсталыми детьми за рубежом. Материалы XXIII Международной конференции в Женеве (1960г.) дают возможность понять неоднозначное определение умственной отсталости различными учеными. Расширилось представление о методах и формах обучения и воспитания этих детей. В Англии, например, дети с 5 лет обучаются в общеобразовательных школах и только в 6 лет в случае не усвоения школьных программ по решению специальной Медико–психолого–педагогической комиссии умственно отсталые, педагогически запущенные, недостаточно развитые по ряду причин дети направляются в специальные школы.

В США проводится более солидное обследование детей с нарушениями интеллекта: исследования питания, физической подготовки, коррекционной помощи детям в различных условиях обучения. Разработана система мер по реабилитации этих детей, профессиональной подготовке и социальной адаптации. Создан специальный фонд Кеннеди для развития спорта с участием умственно отсталых детей, ибо спорт помогает детям стать более адаптивными.

Современные исследования отечественных и западных ученых направлены на поиск новых подходов к обучению и воспитанию, а также на решение проблем адаптации детей с нарушением интеллекта к жизни, к социуму.

Нарушение интеллектуального развития или стойкая интеллектуальная недостаточность – один из наиболее сложных видов дизонтогении, характеризующийся недоразвитием высших психических функций, что выражается в стойком нарушении познавательной деятельности вследствие тотального органического поражения коры головного мозга в перинатальный (внутриутробный) период и в раннем детстве.

Олигофрению следует отличать от деменции (слабоумия) – обратимого или малообратимого нарушения психики, ведущего к ослаблению интеллекта, утрате ранее приобретенных знаний, нарушению поведения не от периода рождения, но после периода нормального развития под влиянием различных причин.

Олигофрения (от греч. *oligos* – малыш, *phren* – ум) – особая форма психического недоразвития, выражающаяся в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие органического поражения коры головного мозга в перинатальный (внутриутробный) и ранний постнатальный (2 – 3 г.) периоды.

Признаками олигофрении являются: стойкость; необратимость; органическое происхождение дефекта; непрогредиентность (не носит прогрессирующего характера).

Этиологические факторы олигофрении: эндогенные (наследственные); экзогенные (воздействие различных химических препаратов, радиаций и т. д.), смешанный характер олигофрении.

Патогенез различных форм олигофрении неодинаков, но имеются и общие механизмы.

Д.Н. Исаев четко охарактеризовал патогенез олигофрении. Он указал на влияние хроногенных причин: генетические и средовые факторы могут вызвать одинаковые нарушения, воздействуя в один и тот же период на развитие мозга эмбриона или ребенка. Одинаковые факторы, воздействуя на плод или ребенка в разное время, обуславливают разные нарушения. Различные патогенные факторы, как эндогенные, экзогенные, так и смешанные, могут вызывать изменения в головном мозге, которые характеризуются сходными клиническими проявлениями заболевания.

Значимы для понимания природы олигофрении время воздействия патогенных факторов, их локализация, обширность. Если патогенные факторы воздействуют на плод в первые четыре недели беременности, то возникают самые грубые нарушения на клеточном уровне. Если их влияние возникает в период от четырех недель до четырех месяцев беременности, то возникают наряду с дефектами мозга нарушения различных систем организма (сердечно – сосудистой и др.). Во второй половине беременности формирование органов завершается, но продолжается формирование наиболее сложных структур мозга, возникает недоразвитие отдельных участков, коры головного мозга.

Травмы при родах и в первые годы жизни, различные болезни, вызывающие осложнения развития ЦНС, способствуют появлению очаговых органических поражений.

Д.Н. Исаев отмечает, что отношения между патологическими изменениями в структуре головного мозга сложны и в полном объеме пока недостаточно изучены. Различные вариации олигофрении и сочетания с другими отклонениями зависят от комплекса внешних и внутренних условий и причин.

3.2. Классификации форм олигофрении

3.2.1. Разработана систематика форм интеллектуальной стойкой недостаточности

На основе исследований Пинеля, Эскироля, Хебера и др. создана классификация форм олигофрении по степени выраженности интеллектуальной недостаточности.

По степени выраженности интеллектуального дефекта выделяют три группы олигофрении: дебильность, имбецильность, идиотия.

Дебильность – легкая степень слабоумия (IQ = 50 -70). Мышление имеет наглядно – образный характер. Абстрактный смысл понимается с большим трудом. С интеллектуальным недоразвитием связана незрелость личности. Дебилы способны к обучению. Они овладевают некоторыми трудовыми процессами, возможно их социальное приспособление. Дебильность имеет свою классификацию.

Имбецильность – средняя степень слабоумия (IQ = 20 – 50). Речь у имбецилов аграмматична и косноязычна. Словарный запас составляет иногда 200 – 300 слов, имбецилы

могут произносить несложные фразы. Испытывают затруднение при запоминании букв, которые сходны по написанию или изучению. Вследствие относительно хорошей механической памяти и пассивного внимания они могут усваивать элементарные знания, которыми пользуются как штампами. Они способны к самообслуживанию. Некоторые лица с имбецильностью владеют порядковым счетом, знают отдельные буквы, но усваивают только простые трудовые процессы (уборка, стирка, мытье посуды, отдельные элементарные производственные функции). Отмечается крайняя несамостоятельность. Имбециллы обидчивы, стесняются своих недостатков, более или менее адекватно реагируют на порицание или одобрение. Имбециллы нуждаются в постоянной опеке или контроле. При отсутствии осложненности олигофренией, дети и подростки, страдающие имбецильностью легкой и средней степени, способны к овладению простыми видами физического труда (картонажные работы, и т.п., работы, где подбираются по цвету и размеру простые детали для бытовых изделий и т. д.). Если имбецициональность тяжелой степени (IQ =20 – 34), обучение разным видам труда не представляется возможным.

Идиотия – самое тяжелое слабоумие (IQ < 20). При нем почти полностью отсутствует речь и мышление. Идиоты нуждаются в постоянном уходе. У подобных людей реакция на внешние раздражители либо неадекватна, либо вообще отсутствует. Сознание собственной личности смутное. Они нередко не отличают родных людей от посторонних. Эмоции элементарны, связаны только с удовольствием или неудовольствием. Выражаются эмоции в виде крика или двигательного возбуждения. Легко возникают приступы злобы, что проявляется в виде ярости и агрессивного поведения, которое направлено не только на окружающих, но и на самого себя (кусаются, царапаются, наносят удары). Они жуют все, что попадает под руку. Глубокое недоразвитие психики сопровождается грубыми дефектами физического развития. Навыки самообслуживания сформированы быть не могут.

Министерство здравоохранения рекомендует опираться на Международную классификацию болезней МКБ – 10, согласно которой определены:

- умственная отсталость легкой степени (F – 70);
- умственная отсталость умеренная (F - 71);
- умственная отсталость тяжелая (F – 72);
- умственная отсталость глубокая (F – 73).

Среди этиопатогенетических классификаций, где систематика осуществляется по этиологическому принципу, известны классификации М.О. Гуревича, С.Я. Рабинович и других отечественных и зарубежных ученых.

3.2.2. Классификация форм олигофрени по Г.Е. Сухаревой

Олигофренией эндогенной природы. Олигофренией, вызванная наследственными факторами

Микроцефалия – диспропорция между небольшим размером вытянутого черепа, что обуславливает интеллектуальную недостаточность на уровне глубокой имбецильности или идиотии, и нормальным ростом.

Болезнь Дауна, обусловленная хромосомными аномалиями, нерасхождением 21 хромосомы, когда в 21 паре при мейотическом делении при оплодотворении образуется лишняя трисомная зигота. Повреждение самой маленькой аутосомы в кареотипе человека, несущей небольшое количество генетического материала служит причиной жизнеспособности зародыша, но и полную редукцию генетической приспособленности. У Даунов наблюдаются часто пороки сердца, легочные заболевания, неправильная форма и кариес зубов, отставание роста скелета в детстве, вариативность и чрезмерную нестабильность развития, нередкие проблемы слуха и глазные аномалии, что снижает продолжительность и качество жизни.

Синдром Шершевского – Тернера связан с недостатком X хромосомы у женщин, что обуславливает дисплазии, низкий рост, пороки развития сердца, чаще всего легкую степень умственной отсталости.

Синдром Клайнфелтера связан с увеличением числа хромосом у мужчин, что влияет на высокий рост, но слабую выраженность половых признаков, частые случаи бесплодия, легкую форму проявления умственной отсталости.

Ксеродермические формы (синдром Рада).

Энзимопатические формы, обусловленные нарушением белкового, углеводного, липидного и других видов обмена.

Фенилкетонурия связана с нарушением обмена фенилаланина, что влияет на депигментацию вплоть до альбинизма, на резкое прогрессирование слабоумия до глубокой степени до 3 – 7 лет, после чего развитие становится более стабильным.

Гемодистеинурия связана с нарушением обмена метионина, что служит причиной мышечных спазмов, судорог, задержки психического развития.

Галактоземия, фруктозурия, сукрозия наследуются по рецессивному типу, обуславливают тяжелые соматические расстройства, поносы, вялость, судороги, приводящие к смертельному исходу.

Гарголизм связан с нарушением обмена веществ при формировании соединительной ткани. Чаще встречается у мужчин. Проявления заметны на первом месяце жизни: большой объем черепа, деформация грудной клетки, суставов, ушных раковин, толстая широкая ладонь с короткими пальцами. Дефицит интеллекта нарастает в процессе онтогенеза вплоть до идиотии.

Синдром Морфана развивается в связи с нарушением обмена полисахаридов, системного поражения соединительной ткани у мужчин и женщин. Признаки выявляются с момента рождения: аномалия развития глаз, костно – мышечной системы, сердечно – сосудистой системы. Интеллектуальный дефект не осложняется недостатками психического развития.

Синдром Лоуренса связан с нарушением функций гипоталамуса, нарушением жирового и белкового обмена веществ, вследствие которых происходят эндокринные и вегетососудистые изменения. Может наблюдаться дебильность или идиотия.

Мутагенное поражение генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические вещества и др.)

Эмбриопатии и фетопатии – олигофрении, вызванные поражением зародыша и плода.

Олигофрения, обусловленная вирусными инфекциями (краснуха беременных, грипп, вирусный гепатит) – это слабоумие в сочетании с пороками развития глаз, слуха, сердечно – сосудистой системы, скелета, с дефектами зубов. Физическое и психическое недоразвитие доходит до степени идиотии.

Олигофрения, обусловленная токсоплазмозом обнаруживается по признакам деформации черепа, костей, пороков развития внутренних органов. Часто возникает эпилепсия. Наблюдается имбецильность, идиотия.

Олигофрения, обусловленная листериозом – поражение плода больной матери. Развивается слабоумие до идиотии.

Врожденный сифилис влияет на раннее проявление признаков слабоумия, психопатоподобного, астенического синдромов в сочетании с физическими дефектами и иногда с появлением эпилепсии.

Кретинизм часто возникает вследствие эндокринных нарушений как самая часто развивающаяся форма слабоумия.

Олигофрения, вызванная гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами.

Олигофрения, вызванная вредными факторами, действующими во время родов, в ранний период и первых трех лет жизни ребенка.

Олигофрении, вызванные вредными факторами, действующими во время родов, в период первых трех лет жизни

Олигофрении, вызванные асфиксией плода (кислородной недостаточностью) наблюдаются у 4 – 6 % новорожденных. В зависимости от влияния асфиксии на клетки головного мозга может наблюдаться легкая степень дебильности, имбецильность, идиотия в сочетании с неврологическими симптомами.

Олигофрении, вызванные родовыми травмами вследствие неправильного проведения акушерских операций (наложения щипцов), при затяжных родах, если у матери узкий таз и т. п. В зависимости от влияния травм на головной мозг может наблюдаться легкая степень дебильности, имбецильность, идиотия в сочетании с неврологическими симптомами.

Олигофрении, вызванные в детстве (до 3 лет) черепно–мозговыми травмами проявляется в снижении работоспособности, сопровождается наличием психопатоподобных синдромов без наличия физических пороков, пороков внутренних органов. Могут быть симптомы деменции.

Олигофрении, вызванные в детстве (до 3 лет) инфекциями. Заболевания энцефалитом (клещевым, комариным, коревым), менингитом порождает психическое недоразвитие, сочетающееся с симптомами деменции.

Атипичные олигофрении, обусловленные гидроцефалией, сочетание с детским церебральным параличом, тяжелые нарушения сенсорных функций

Олигофрения, вызванная гидроцефалией, наблюдается только вследствие нарушения функционирования мозга и появления субарахноидальных пространств, вызывающих очень избыточное количество спинномозговой жидкости. Может передаваться по наследству, появиться после травм.

В зависимости от наличия «тяжелой водянки головного мозга» при рождении, что отражается на внешнем облике (большой череп с выпуклым лбом и уплощенными орбитами, маленькое треугольное лицо, набухающие и долго не зарастающие роднички) и наличии двигательных нарушений (парезов, параличей конечностей), атрофии зрительного нерва, поражении слуха и вестибулярного аппарата, при прогрессирующей гидроцефалии нарушение интеллекта может колебаться от легкой дебильности до идиотии. Если гидроцефалия стабилизированная или компенсированная, не приводит к «тяжелой водянке головного мозга» с характерными признаками, не приводит к нарастанию внутричерепного давления, вызывающим судорожные припадки, то нарушения интеллектуального развития может не наблюдаться или может быть замедленное психическое развитие (ЗПР). Дети с гидроцефалией обладают недостаточной работоспособностью, быстро утомляются, у них нарушена концентрация внимания. Речь может быть развита лучше, чем мышление. Могут проявляться и не проявляться недостатки развития познавательной сферы. Даже у олигофренов могут развиваться способности к счету, музыкальные способности. Такие дети благодущны, говорливы, эйфоричны, т.е. у них приподнятое настроение с повышенной возбудимостью. Некоторые из них раздражительны, у них сниженный фон настроения, характерна раздражительность до вспышек аффекта, ярости.

Краниеостеноз возникает из – за раннего зарастивания черепных швов. Это влияет на деформацию черепа, повышение внутричерепного давления, вызывающих снижение остроты зрения, рвоту, головную боль. Умственная отсталость бывает разной степени выраженности.

Олигофрения, сочетающаяся с детским церебральным параличом. Бывает примерно в 60 % заболевания ДЦП. Нарушение моторного развития, ослабление мышечного тонуса, гиподинамия, задержка развития речи негативно влияют на развитие интеллектуальной сферы: могут наблюдаться тяжелые дефекты интеллекта. В некоторых случаях нарушения

интеллектуального развития не наблюдается, присутствуют легкие расстройства эмоционально – волевой сферы или легкая степень ЗПР.

Существуют клинико–физиологические классификации разработаны усилиями ученых С.С. Мнухина, Клаузена, Г.К. Ушакова, М.М. Семаго и Н.Я Семаго. Суть классификации в том, что клинические симптомы рассматриваются во взаимосвязи с патофизиологическими механизмами.

3.2.3. Классификация олигофрении по В.В. Ковалеву (1979 г.)

По мнению В.В.Ковалева, можно выделить следующие основные клинические формы: ретардация, т.е. стойкое психическое недоразвитие (общее или парциальное) или замедленное психическое развитие;

асинхрония (дисгармоничное психическое развитие), которая включает признаки ретардации и акселерации.

Явление ретардации - отсутствие инволюции ранних форм психического развития. Отдельные периоды развития незавершенны. Это явление характерно для олигофрений, а также задержки психического развития.

Явление акселерации отдельных функций: это относится к раннему проявлению сексуального влечения при преждевременном половом созревании.

Возможно раннее возникновение речи, наблюдающиеся при раннем детском аутизме.

Наиболее выраженная асинхрония характерна для искаженного развития. Характерной моделью искаженного развития можно рассмотреть дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. При данном заболевании наблюдается преждевременное развитие речи (иногда до 1 года). В то же время контакт с окружающими снижен. Со стороны сенсорной и моторной сферы наблюдается выраженное недоразвитие. Социальное развитие ребенка заметно отстает. Вербальный интеллект опережает развитие предметной деятельности.

3.2.4. Классификация форм олигофрении по М.С. Певзнер

В квалификации М.С. Певзнер дана характеристика структуры интеллектуального дефекта и других расстройств, которые осложняют слабоумие и по – разному влияют на нарушение познавательной деятельности, на работоспособность личности.

Неосложненная форма олигофрении. Неосложненная форма олигофрении характеризуется диффузным поражением головного мозга. Сопровождается уравновешенностью нервных процессов, грубые поражения в пределах того или иного коркового анализатора отсутствуют. Не наблюдается психомоторной расторможенности, аффективных расстройств, патологии влечений, судорожных припадков. Сохранена целенаправленность действий. Дети обычно спокойные, дисциплинированные, их довольно легко организовать. Дети довольно быстро адаптируются в условиях коррекционной школы.

Если у ребенка наблюдается олигофрения в степени дебильности, достаточно сохранна эмоциональная сфера, ребенок способен учитывать элементарные ситуации, то умственная отсталость у такого рода детей диагностируется лишь при поступлении в массовую школу или после безуспешного пребывания в течение одного года (иногда двух).

Основные направления коррекционной работы: коррекция познавательных процессов; развитие эмоционально – волевой сферы; сохранение работоспособности на определенном уровне.

Дети с неосложненной формой олигофрении в степени дебильности при обучении в специальной (коррекционной) школе VIII вида достаточно успешно овладевают предусмотренными программой занятиями, умениями, навыками.

Олигофрения, осложненная нейродинамическими расстройствами. При данной олигофрении интеллектуальное недоразвитие сочетается с явлениями нарушения процессов активного возбуждения или торможения. У детей с преобладанием процессов активного возбуждения психическое развитие в целом страдает от двигательной расторможенности, отвлекаемости, повышенной импульсивности, а также аффективной неуравновешенности. Такие дети неусидчивы, часто отвлекаются, непослушны, конфликтны, на замечания взрослых не обращают внимания. Данная группа детей достаточно социально адаптируется в обществе.

Дети с преобладанием процессов торможения вялые, замедленные, инертные. Эта замедленность проявляется в снижении работоспособности, в низкой продуктивности. Дети безразличны к учебной деятельности, психические процессы инертны. Ученый материал запоминают плохо. Они не успевают за одноклассниками. Им требуется больше, чем другим, времени на организацию своей деятельности. В деятельности проявляется подражание.

Основные направления коррекционной работы: активизация познавательной деятельности; стимулирование учебной деятельности; более выраженная по сравнению с другими детьми алгоритмизация действий, стереотипность действий, большая расчлененность учебного материала; профилактика перегрузок, выработка четкого режима дня и его неукоснительное соблюдение.

Лабильные дети. В разные периоды жизни или деятельности процессы возбуждения могут преобладать над процессами торможения, и наоборот. Смена процессов происходит через пароксизмальные состояния.

Направление коррекционной работы связано с тем, какой процесс (возбуждение или торможение) преобладает.

Олигофрения, осложненная психопатоподобными формами поведения. При олигофрении, сопровождающейся психопатоподобными формами поведения, также наблюдается резкое нарушение эмоционально – волевой сферы, отмечается недоразвитие личностных качеств, снижение критического отношения как к себе, так и к окружающим их людям.

Проявляются сочетание психического недоразвития с явлениями аффективной возбудимости, расторможенности влечений, склонности к воровству, бродяжничеству, прожорливости, повышенной сексуальности. Такие дети могут быть опасными в момент аффекта. Дети не могут выполнять правила нормативного поведения. Купировать аффективные состояния быстро не удастся. В тяжелых случаях можно корректировать поведение детей с помощью медикаментозных препаратов. Если у ребенка вспышки агрессивного поведения частые, затяжные, то он выводится на домашнее обучение. Если опасности для окружающих нет, то обучение проводится в группе (классе).

Основные направления коррекционной работы: разъяснение другим детям, почему наблюдается такое поведение; недопущение перевозбуждения ребенка, необходимость предупреждать его; в момент аффекта внимание на ребенка не акцентировать, обращаться к медикам за помощью.

Олигофрения, осложненная тяжелыми нарушениями функций долей мозга. При олигофрении, осложненной нарушениями функции лобных долей мозга, наблюдается грубое нарушение познавательной деятельности, целенаправленности деятельности. Одни дети вялые, двигателью заторможенные, пассивные. Другие дети расторможенные, импульсивные. В поведении детей проявляются асоциальные наклонности. Интеллектуальная недостаточность глубока, достигает степени имбецильности, чувство такта, дистанции у них отсутствует. Биологические потребности (потребность в еде, сексуальность)повышены. Наблюдается неадекватное воспитание окружающей действительности. Наблюдается грубое недоразвитие личности. Больные не критичны к себе, к ситуации, в которой они находятся. Отсутствует чувство страха, обиды, стеснительности не бывает.

Основные направления коррекционной работы: развитие целенаправленности на применение простых поведенческих реакций; развитие операции на основе наглядности; воспитание стереотипов социального поведения.

Олигофрения, осложненная нарушениями в системе отдельных анализаторов. Наличие у ребенка сложного дефекта очень резко замедляется и изменяется ход его интеллектуального и физического развития. Снижается процент коррекции его недостатков.

При данном виде олигофрении общее недоразвитие мозга сочетается с нарушениями слуха, зрения, опорно – двигательного аппарата, недоразвитием речевых систем. Коррекционная работа проводится совместно с логопедом.

Четкое понимание природы олигофрении, знание этиологии и патогенеза, классификации различных форм олигофрении, психологических особенностей позволяет грамотно реализовывать дифференцированный подход при диагностике форм олигофрении и организации медико – психолого - педагогической коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения интеллектуального развития.

Основные направления коррекционной работы: сочетание коррекции когнитивного развития и коррекции анализаторов, опорно – двигательного аппарата; сочетание лечебных и психолого – педагогических мероприятий; щадящий режим дня и индивидуализация образовательного процесса.

3.2.5. Клинико – физиологическая классификация Д.Н. Исаева

Астеническая форма умственной отсталости характеризуется сочетанием легкой степени умственной отсталости с дисгармонией развития психических функций. Дошкольники отличаются неустойчивым вниманием из – за быстрой истощаемости нервной системы.

Одних детей характеризуют эмоциональные расстройства. Дети раздражительны и капризны, плаксивы. Аффективное выражение радости быстро исчезает и сменяется пониженным тонусом, плохим настроением.

Рекомендации. Создание спокойной атмосферы, четкий режим дня, занятия, закалывающие нервную систему без использования форм состязательности, ситуаций, вызывающих аффективные состояния. Вовлечение детей в монотонную трудовую деятельность, в «тихие» развивающие игры с оказанием поддержки и стимулирования деятельности.

Атоническая форма умственной отсталости. Дети отличаются ослабленными интересами, снижением активности и контактов с окружающими. Они не способны к психическому напряжению, не способны к сосредоточению внимания, к занятиям. Стереотипные суетливые действия подменяют целенаправленную деятельность. Позднее развивается сексуальная расторможенность или ослабленность. Бедность речи сочетается с эхолоалиями.

Рекомендации: медленное стимулирование детей вначале с помощью тактильных контактов, затем индивидуальные коррекционные занятия, основанные на знании нейропсихологии. Психолого – педагогическая коррекция сочетается с лечением у психоневролога.

Дисфорическая форма. Дети с грубо расстроенным вниманием, постоянно отмечается аффективное напряжение, аффективные вспышки, которые могут сменяться с немотивированными эйфориями, легко возбудимы, агрессивны. Развивается психопатоподобное, асоциальное поведение.

Рекомендации: постоянное наблюдение и лечение у психоневролога сочетается с процедурами по снижению аффективной напряженности с помощью водной терапии, воздушных ванн, песочной терапии, игр, занятий с использованием сохранных сторон

личности. Занятия музыкой, ритмикой, физическими упражнениями в соответствии со способностями детей могут иметь психотерапевтический эффект. Поощрения сочетаются с четко формулируемыми и соблюдаемыми запретами, помогающими восполнить недостаток самоконтроля за своим психическим состоянием. Следует ограждать этих детей от влияния асоциальных лиц, организовывать режим дня с контролируемым проведением времени.

Стеническая форма умственной отсталости.

Инертность психических процессов приводит к сравнительно неравномерному недоразвитию интеллектуально – мнестических способностей, речи, эмоционально – волевых функций. Адаптивные функции развиты выше, чем у детей с другими формами умственной отсталости. У детей более организованное поведение. Они отличаются выносливостью и прилежанием.

Рекомендации: можно использовать пищевые инстинкты, формы поощрения конфетами и пряниками за результаты деятельности и поведения. Плановая коррекционная индивидуальная и групповая работа может способствовать развитию памяти и мышления, воли за счет прилежания и выносливости.

Д.Н. Исаев описывает вариации разных форм умственной отсталости, что способствует глубокому пониманию симптомов осложненных форм олигофрении на основе знания механизмов их возникновения.

Эти теоретические знания способствуют адекватности выбора методов коррекционного воздействия на детей с учетом динамики изменений симптомов на разных возрастных этапах развития.

3.3. Особенности развития детей с нарушением интеллекта

Ученые Д. Лейн и Б. Стрэтфорд др. отмечают особенности физического развития детей с нарушением интеллекта. Многие специфические признаки физического развития описаны выше при характеристике разных форм олигофрении.

Ученые отмечают, что жизнь людей с нарушением интеллекта короче, чем у нормально развивающихся людей, ибо нарушение метаболических процессов влияет на раннее старение организма. Чаще наблюдается нарушение функционирования различных систем организма, особенно сердечно - сосудистой, ослаблена иммунная система. И дети и взрослые подвержены различным болезням, высока частота неврологических и психических расстройств.

У многих детей с нарушением интеллекта формирование скелета отстает от нормативных эталонов уже в пренатальном периоде и в первые годы жизни, может наблюдаться интенсивное созревание скелета от 3 до 11 лет, даже возможно опережение здоровых сверстников.

Наблюдается у многих детей задержка роста в младенчестве, раннем детстве. У некоторых наблюдается задержка роста до взрослости. Другие дети догоняют в более позднем, чаще подростковом возрасте, своих сверстников, при некоторых формах олигофрении даже опережают сверстников.

У многих детей с олигофренией наблюдаются характерные черты лица: уплощение, маленькие зубы или неправильная форма зубов, иногда их отсутствие, высокая частота кариеса зубов, может быть запавший (седловидный нос), маленький подбородок, гипотония (увеличение, отвисание) нижней губы, уплощение скуловых костей.

Аудиологические исследования позволяют выявить частоту заболеваний верхних дыхательных путей и заболеваний ушей. Часто это связано с аномалиями наружного уха: уши плотно прижаты к голове, ушные раковины завернуты углом козелка, наружный слуховой проход заполнен серой и слущенным эпителием, что влияет на сужение носового прохода вплоть до его закрытия. Все это приводит к гнойным насморкам, болезням уха.

Нарушения слуха возможно определить с 6 – 7 месячного возраста при специальном обследовании. Возможность прогрессирования нейросенсорной тугоухости требует лечения носоглотки, иммунной системы с помощью специальных препаратов и высоких доз витаминов С, использования слуховых аппаратов, специальной коррекции слуха.

Часто присутствует глазная патология, выявляемая в раннем возрасте с помощью ретиноскопии – объективного метода, позволяющего выявить нижеуказанные нарушения. У многих детей расстояние между внутренними углами глаз шире, чем обычно, возможны аномалии век, блефарит – покраснение и раздражение век, влажные хлопья на ресницах в сочетании со стафилококковой инфекцией, косоглазие, нистагм, катаракта – помутнение роговицы, нарушение рефракции, которые проявляются в миопии (близорукости), гиперметропии (дальнозоркости) и астигматизме. Эти недостатки исправляются с помощью специальных препаратов, ношения очков, закрытия глаза при косоглазии, иногда путем оперативного вмешательства. На западе распространена пластическая хирургия, помогающая устранить яркие особенности олигофрении на лице.

Крупная и мелкая моторика. У умственно отсталых детей отмечается недоразвитие крупной моторики: движения бедные, однообразные, угловатые, замедленные. Может наблюдаться двигательная расторможенность, наличие содружественных движений (синкинезий). Опорно – двигательные навыки вырабатываются с трудом. Легче формируются движения, связанные с развитием силы и скорости. С большими трудностями развивается гибкость и координация движений.

Мелкая методика развивается чрезвычайно сложно, т.к. мануальное развитие осложнено.

Классификация нарушений физического развития и двигательных способностей умственно отсталых детей А.А. Дмитриева существенно дополняет представления о физическом развитии этих детей.

Нарушения физического развития: отставания в массе тела или ожирение; отставание в длине тела; нарушения осанки, стопы, развития грудной клетки; снижение жизненной емкости легких, окружности грудной клетки; аномалии черепа, лицевого скелета; дисплазии.

Нарушения в развитии основных движений: неточность движений в пространстве, во времени, неритмичность движений; низкий уровень дифференцирования мышечных усилий; низкий уровень развития функций равновесия; дискоординация движений.

Нарушения при ходьбе: сутулость, дискоординация движений рук и ног, шарканье ногами, волочение ног по полу, неритмичность, отклонения по пути по прямой, неодинаковые амплитуды при взмахе руками, носки ног обращены вовнутрь или наружу; отклонения туловища от вертикальной оси, походка в развалку, опущение или наклон набок головы при ходьбе. Ходьба почти на прямых или полусогнутых ногах.

Нарушения при беге: чрезмерный наклон головы и туловища вперед, напряжение рук, мелкие шаги, неритмичность; малая амплитуда движений; прижимание рук к туловищу; излишний разворот стоп наружу или обращение стоп носками друг к другу; раскачивание туловища в стороны; дискоординация движений рук и ног, вялость движений. Бег почти на прямых или полусогнутых ногах.

Нарушения в прыжках: вместо отталкивания двумя ногами одной ногой при прыжках с места; слабое финальное усилие при отталкивании и в полете; слабое финальное усилие и взмах руками; неумение приземляться, правильно приседать, толчок почти прямыми ногами.

Нарушения при выполнении метаний: напряженность, скованность, торопливость, неправильные замах, выпуск метаемого предмета; вялость; слабое финальное усилие; дискоординация движений рук и ног, туловища в броске; метание на прямых ногах и прямыми руками.

Нарушение в развитии основных двигательных способностей: отставания от нормы показателей силы основных мышечных групп (рук, ног, живота, спины), быстроты движений, скоростно-силовых качеств, гибкости и подвижности в суставах.

Особенности внимания. Внимание – это сосредоточенность и направленность психофизической деятельности на определенный объект, что предполагает повышение уровня сенсорной, интеллектуальной и двигательной активности. Внимание является базовым психическим процессом, «питающим» все другие психические функции и виды деятельности. От внимания зависит качество и результаты функционирования всей когнитивной системы. Детям с общим психическим недоразвитием требуется больше времени для опознания сигнала, осознания стимула.

Недостаточность внимания, особенно произвольного, отмечается многими исследованиями. Для них свойственно пассивное непроизвольное внимание, чрезмерная отвлекаемость. Причем у одних детей через 10- 15 мин работы наблюдается двигательное беспокойство, подвижность. Другие становятся вялыми и пассивными.

Ощущения и восприятие. Существенную роль в познании ребенком окружающего мира играют его ощущения и восприятие. Они создают конкретную базу для знакомства с тем, что находится вокруг него, для формирования мышления, являются предпосылками практической деятельности. Имеют место нарушения ощущений различной модальности и, соответственно, восприятия объектов и ситуаций. Экспериментальным путем выявлена значительная замедленность зрительного восприятия.

Для умственно отсталых учеников свойственна узость зрительного восприятия, которая уменьшает их возможности ознакомления с окружающим миром, а также отрицательно влияет на овладение чтением.

Недостаточная дифференциация зрительного восприятия обнаруживается в неточном распознавании близких по спектру цветов и цветовых оттенков. В глобальном видении этих объектов, т.е. в отсутствии выделения характерных для них частей, частиц, пропорций и других особенностей строения. Отмечается также снижение остроты зрения, что лишает образ объекта присущей ему специфичности. Дети склонны отождествлять в некоторой мере сходные предметы.

Нарушение пространственной ориентировки – один из ярко выраженных дефектов, встречающихся при стойкой интеллектуальной недостаточности. Установлено, что восприятие затруднено большим количеством объектов, отсутствием центрального объекта, присутствием недостаточно знакомым детям предметов, персонажей, новизной ситуации в целом и др.

Одним из основных видов человеческого ощущения является осязание. Сенсорная система, обеспечивающая формирование осязательного образа, включает кожный и кинестетические анализаторы. Органом осязания служит рука. С помощью осязания расширяется, углубляется и уточняется информация, получаемая другими анализаторами. Кроме того, отдельные свойства объектов (температура предмета, его вес и др.) воспринимаются только осязанием. Обнаружены пассивность и недостаточная целенаправленность осязательной деятельности детей и асинхронность и несогласованность движений их рук, большое количество ошибок при распознавании объектов.

Память. Память заключается в запечатлении, сохранении и последующем узнавании или воспроизведении того, что было у человека в прошлом опыте. Обычно выделяют вербальную (словесную), зрительную и моторную (двигательную) память.

Процессы памяти детей с недостатком развития интеллекта характеризуются многими особенностями. Объем запоминаемого меньше, чем у их нормально развивающихся сверстников.

Точность и прочность запоминания детьми с проблемами развития словесного и наглядного материала низкая. Воспроизводя его, они многое пропускают, переставляют

местами элементы, составляющие единое целое, нарушая их логику, часто повторяются, основываясь на различных, чаще всего случайных ассоциациях. Такие дети обычно пользуются механическим (непроизвольным) запоминанием. Они запоминают то, что привлекает их внимание, кажется интересным.

Дети со стойкой интеллектуальной недостаточностью испытывают серьезные трудности при запоминании материала. Определённую помощь при запоминании может оказать смысловая группировка материала, а также соотнесение слов с соответствующими картинками или другими наглядным материалом. Дети успешнее запоминают стихотворные, чем прозаические, тексты. Наличие ритма и рифмы облегчает протекание мнемического процесса.

Сохраняющиеся в памяти ребенка зрительные образы предметов называются представлением. Представление зависят от особенностей восприятия, речи и мышления субъекта. У умственно отсталых детей представления о предметах окружающего мира бедны, неточны, а в ряде случаев являются искаженными.

Речь – это исторически сложившаяся форма общения посредством языка, обеспечивающая сохранение и передачу опыта и знаний, добытых предыдущими поколениями. Речь – орудие человеческого мышления, средство организации и контроля его деятельности, а также выражения эмоций.

Становление речи ребенка осуществляется своеобразно и с большим запозданием. Он позднее и менее выражено вступает в эмоциональный контакт с матерью. Слабо выражено стремление подражать речи взрослого. Дети не реагируют на простейшие ситуативные команды, улавливают лишь интонацию, но не содержание обращенной к ним речи.

Звучащая речь долгий срок слабо интересует дошкольников с нарушением интеллекта. Они недостаточно прислушиваются к ней. Однако, они постепенно, кто скорее, кто медленнее, но все же овладевают элементарным речевым общением даже в тех случаях, когда семья не оказывает им реальной помощи и дети не посещают специального дошкольного учреждения. Это связано с необходимостью взаимодействовать с окружающими.

Первые малочисленные слова, неточно произносимые, появляются у дошкольников в два - три года или даже в пять лет. Это преимущественно имена существительные – название предметов ближайшего окружения и глаголы, обозначающие часто выполняемые действия. Отдельные дошкольники даже в пять лет пользуются лепетными словами или произносят лишь первый слог нужного слова.

Старшие дошкольники, хотя и с трудом, пользуются речевым обращением. Их затрудняет участие в беседе. Тем более сложным оказывается рассказ по картинке, пересказ услышанного простого текста или словесная передача увиденного или пережитого события. Это удается им сделать лишь при помощи вопросов и подсказок. Однако дети с большим удовольствием смотрят любые телевизионные программы. Хотя они мало что понимают, им нравятся движущиеся на экране фигуры и музыкальное сопровождение.

Определенную роль играют также отклонения, которые отмечаются в моторной сфере детей, в том числе и в движениях их речевых органов, наблюдаются дефекты строения органов речи, в значительной мере препятствующие овладению произношением.

Дети с нарушением интеллекта – слышащие и говорящие дети. Это обстоятельство существенно облегчает работу с ними. Однако недостатки произношения затрудняют общение с ними.

Ребенок, чувствуя, что он говорит не так, как все, старается меньше пользоваться речью, отмалчивается, когда его о чем – то спрашивают, прибегает к указательным жестам. Это отрицательно сказывается на развитии его эмоционально - личностной сферы. Он становится настороженным, замкнутым; постоянно ожидает обиды и порицания. Для таких дошкольников свойственна сниженная мотивация к речевому общению и взаимодействию с

окружающими. Там, где это возможно, они предпочитают пользоваться не речью, а указательными жестами.

Им плохо удаётся взаимодействие со взрослыми и другими детьми. Они недостаточно понимают то, что говорят окружающие и, соответственно, ведут себя не так, как следовало бы. Эти дети не умеют связно высказывать свои предложения или просьбы. Обладая весьма ограниченным запасом и не владея фразой, они не могут ни спорить о том, что их интересует, ни вразумительно ответить на заданный вопрос. Их общение проходит в условиях ограниченных, житейских, многократно повторяющихся ситуаций с помощью хорошо заученных, стандартных высказываний.

Научить ребенка со стойкой интеллектуальной недостаточностью изолированно произносить тот или иной звук или исправить неточное произношение отдельных звуков не очень сложно. Опытный логопед справиться с такой задачей за несколько занятий. Но сложившиеся у них косные стереотипы речевого поведения изменяются медленно.

Мышление представляет собой обобщенное, опосредованное отражение внешнего мира и его законов, общественно обусловленный процесс познания, наиболее высокий его уровень.

Мыслительная деятельность у умственно отсталых дошкольников формируется с особенно с большими трудностями. Для них характерно использование наглядно действенной формы мышления. Решая ту или иную задачу, они прибегают преимущественно к методу проб и ошибок.

Задания, требующие наглядно – образного мышления, вызывают у дошкольников еще большие затруднения, поскольку дети не могут сохранить в своей памяти показанный им образец и действуют ошибочно.

Наиболее сложными для дошкольников оказываются задания, выполнение которых основывается на словесно – логическом мышлении. Многие из таких заданий, по существу достаточно простые, оказываются недоступными даже тем детям, которые два три года посещали специальный детский сад. Если некоторые задания выполняются детьми, то их деятельность при этом представляет собой не столько процесс мышления, сколько припоминания.

Их затрудняет решение даже простейших практически – действенных задач, таких, как объединение разрезанного на 2 – 3 части изображения знакомого объекта, выбор геометрической фигуры, по своей форме и величине идентичной соответствующему, имеющемуся на плоской поверхности углублению.

Продвижение проявляется также в возрастающем умении детей пользоваться данными своего практического опыта для характеристики рассматриваемого предмета.

Особенности развития личности и эмоционально – волевой сферы. Личность развивается в процессе деятельности и общения с другими людьми, во взаимодействие с которыми она включена социально необходимым образом. Другими словами, личность формируется и развивается в процессе непосредственного общения внутри сменяющихся в ходе индивидуального развития ребенка макросоциальных групп и коллективов.

Развитие личности в онтогенезе происходит по взаимодополняющим линиям: линии социализации (присвоение общественного опыта) и линии индивидуализации. Уровень развития личности, степень её зрелости определяется гармоничностью и возрастной нормативностью.

Таким образом, задержка или отклонения в становлении личностного уровня развития ребенка могут быть обусловлены как нарушениями психофизической организации детского организма, так и отклонениями, выражаясь словами Л.С. Выготского, в собственно культурном развитии ребенка. В результате неблагоприятных условий воспитания, часто на фоне легких нарушений функционирования ЦНС, к подростковому возрасту может наблюдаться формирование вторичного дефекта, специфического вида дизонтогенеза

ребенка, определяемого как патохарактерологическое формирование личности. Основным негативным последствием патологического уровня личностного развития является наличие выраженных затруднений в социально – психологической адаптации, проявляющейся во взаимодействии личности с социумом и с самим собой.

Говоря об отклонениях в становлении личностного уровня, регуляции поведения и деятельности в дошкольном возрасте, следует так же иметь в виду, что несвоевременное развитие любых психических процессов, включая личностные характеристики, будет позднее сказываться на уровне социально – психологической адаптации ребенка.

Все аспекты личностной сферы формируются у таких дошкольников замедленно и с большими отклонениями. Детям свойственно резко выраженное отставание в развитии эмоции, недифференцированность и нестабильность чувств, ограничение радости, огорчения веселья. Развитие эмоций дошкольников в значительной мере определяется правильной организацией всей их жизни и наличием специального педагогического воздействия, осуществляемого родителями и воспитателями.

Дошкольники старших групп детского сада с удовольствием слушают выразительно читаемые или рассказываемые доступные для их понимания простейшие тексты, включающие эмоционально окрашенные компоненты. Мимикой, жестами и словесными реакциями они выражают сочувствие слабым и добрым героям и отрицательное отношение к их обидчикам. В понятной для них ситуации они способны к сопереживанию, к эмоциональному отклику на переживания другого человека.

Тем более дети даже с нарушениями интеллекта проявляют отчетливо выраженное эмоциональное отношение к своим родным и близким. Они любят своих родителей и воспитателей и обнаруживают это со всей очевидностью.

Волевая сфера этих дошкольников находится на самых начальных этапах формирования. Её становление непосредственно связано с появлением речи, которая позволяет ребенку понять необходимость того или иного способа действия.

Побудителями поведения ребенка и одним из значимых критериев социальной активности личности являются его интересы. Мотивационно – потребностная сфера дошкольников находится на начальной стадии становления. Их интересы тесно связаны с занимательностью выполняемой деятельности, мало интенсивны, неглубоки, односторонни, ситуативны, недифференцированы и неустойчивы, связаны преимущественно с физиологическими потребностями. Дети руководствуются, как правило, ближайшими мотивами. Многие исследователи отмечают как характерную черту ребенка с нарушением интеллекта отсутствие у него интереса к познанию.

Особые трудности вызывает формирование правильного поведения. Интеллектуальная недостаточность и скудный жизненный опыт затрудняют понимание и адекватное оценивание ситуаций, в которых оказывается ребенок. Инертность нервных процессов способствует стереотипности реакций, которые часто не соответствуют создавшейся обстановке.

Некоторые дети в незнакомой обстановке бегают, кричат, берут без спроса все, что попадет им на глаза, кривляются. Другие, напротив, молчат, испуганно смотрят по сторонам, прячутся за родителей, не вступают в контакт с врачом или педагогом. В связи с этим они кажутся более отсталыми, чем это есть на самом деле.

К числу основных компонентов личности принято относить самооценку (СО) и уровень притязаний (УП). Уровень притязаний – это стремление к достижению целей той или иной степени сложности. В основе лежит оценка своих возможностей. Самооценка является важной составляющей самопознания, определяющей не только отношение к себе, но и создающей основу для построения отношений с другими.

Самооценка проблемного ребенка в обычных условиях воспитания подвержена изменениям. Когда ребенок мал, когда интеллектуальный дефект незаметен, как правило

создается постоянная ситуация успеха, у ребенка возникает неадекватный (несоответствующий возможностям) завышенный уровень притязаний, привычка к получению только положительных подкреплений. Но вот ребенок попадает в образовательное учреждение или просто расширяет круг общения со сверстниками во дворе, и высокой самооценке может быть нанесен серьезный удар. Кроме того, источником вторичной невротизации ребенка может быть семья, если родители не в силах скрыть досады на «неудачного ребенка» и если психически нормально развивающиеся брат или сестра постоянно подчеркивают свое превосходство.

Л.С. Выготский считал, что именно на почве слабости, из чувства собственной малоценности (часто бессознательного) и возникает псевдокомпенсаторная переоценка своей личности.

Деятельность – это активное взаимодействие с окружающей действительностью, в ходе которого живое существо выступает как субъект, целенаправленно воздействующий на окружающую действительность и удовлетворяющий свои потребности.

Деятельность проблемных детей в значительной степени зависит от окружающей ситуации. Дети часто бывают импульсивными, слабо регулируют свое поведение. Наряду со многими факторами, свидетельствующими о кратковременности мотивов их деятельности, встречаются отдельные примеры того, как аффективно окрашенные, хотя и неосознанные мотивы деятельности могут сохраняться и реализовываться детьми в течение довольно длительного срока. Успешность воспитания и обучения ребенка в значительной мере обеспечивается созданием устойчивой мотивации, которая адекватна поставленной задаче.

Наибольшее значение в детстве имеет своевременное формирование ведущего для каждого возрастного этапа вида деятельности, внутри которой происходит подготовка, возникновение и дифференциация других видов деятельности. Ведущий вид деятельности играет исключительно важную роль в психологическом и социальном развитии ребенка.

У детей с общим психическим недоразвитием наблюдается выраженное запаздывание в становлении всех ведущих видов деятельности. Кроме того, они качественно и структурно обеднены. Уже на первом году жизни у таких детей наблюдаются признаки средней и тяжелой степени нарушения в становлении ведущей деятельности данного периода – непосредственного эмоционального общения со взрослым: интерес к взрослому неустойчив или совсем отсутствует, коммуникативные средства общения этого периода (улыбка, голосовые реакции, двигательные реакции) также обеднены или практически отсутствуют.

Простейшая предметно – манипулятивная практическая деятельность является наиболее легко осваиваемой детьми дошкольного возраста. Именно эта деятельность, как правило, обеспечивает переживание успеха и обладает наибольшей побудительной силой для ребенка. Однако у проблемных детей даже она вызывает серьезные затруднения, элементы самообслуживания; принятия пищи далеко не всегда осуществляются ими должным образом. Препятствием в овладении ребенком простейшими жизненно необходимыми умениями и навыками самообслуживания являются существенные отклонения в развитии моторики уже в младенческом возрасте. Замедленное развитие двигательной сферы существенно снижает возможности ребенка в ознакомлении с окружающим его предметным миром.

В дошкольном возрасте многие дети с ярко выраженным дефектом интеллекта, с которыми специально не проводилась длительная, целенаправленная работа, не могут самостоятельно одеться и раздеться, правильно сложить свои вещи. Особую сложность представляет для них застегивание и расстегивание пуговиц, а также зашнуровывание ботинок. Эти умения обычно отрабатываются в специальном детском саду с использованием тренажеров.

Слабое развитие моторики проявляется во всех видах деятельности умственно отсталых детей. Итак, их рисунки выполнены нетвердыми, кривыми линиями, лишь весьма передающими контур предмета.

Все отрабатываемые действия должны ежедневно выполняться ими под руководством взрослого и с его активной помощью. Решающее значение имеют регулярность таких повторений и положительный эмоциональный фон, создаваемый путем одобрения, подчеркивания важности и успешности деятельности ребенка.

Наиболее сложной и вместе с тем развивающей ребенка является сюжетно – ролевая игра. Ею дошкольники с нарушением интеллекта самостоятельно не овладевают. Без специального обучения дети остаются на этапе простейших манипуляций с игрушками. Лишь в конце дошкольного возраста у воспитанников специальных детских садов можно наблюдать отдельные элементы сюжетно – ролевой игры, которые длительный срок формируются воспитателем на занятиях (Н.Д. Соколова, О.П. Гаврилушкина и др.). Такие дети под руководством и с помощью взрослого играют в магазин, выполняя роль продавца, кассира, покупателя, или обыгрывают ситуацию хождения в гости, становясь хозяевами или гостями, сервируют стол, рассаживают гостей, угощают их чаем и печеньем и т.п. Однако по собственной инициативе они таких игр не организуют.

Для проблемных дошкольников характерны игровые действия, не наполненные каким – либо содержанием, отражающим реальную жизнь. Так, ребенок многократно катает пустую игрушечную машинку из одного угла комнаты в другой, издавая при этом звуки, которые должны обозначать шум мотора. Его движение и звуковое сопровождение стереотипно и не реализуют какого – либо замысла. В отдельных случаях дети объединяются по 2 – 3 человека. Если оказывается, что умственно отсталый ребенок играет с нормально развивающимися детьми, то он всегда выполняет подсобные роли, и это даже в тех случаях, когда его товарищи младше на год и более.

Изобразительная у таких детей формируется замедленно и своеобразно. Их рисунки имеют многие характерные черты, делающие их диагностичными. Лишенные специального обучения в детском саду или семье, они долго остаются на уровне простых каракуль и лишь к концу дошкольного детства переходят к предметным и в какой – то мере сюжетным рисункам, выполняя их весьма несовершенно. В этих рисунках находят свое отражение недефференцированность зрительного восприятия, низкий уровень мышления и памяти и, конечно, несовершенство двигательной сферы. Дети рисуют людей – головоногов, птиц, имеющих по четыре лапки, «прозрачные» дома и т.п., выполняя все это нечеткими линиями. Однако дети относятся к результатам своей деятельности эмоционально, высоко их оценивают и с удовольствием демонстрируют окружающим.

Совсем иная картина наблюдается в тех случаях, когда дошкольников специально обучают рисованию. У большинства имеют место значительные успехи, ярко свидетельствующие о наличии положительных потенциальных возможностей и о важности раннего коррекционного воздействия.

В связи с низким уровнем развития тонкой моторикой большое значение имеет использование конструктивной деятельности в качестве общеразвивающего и коррекционного средства. По мнению ученых, наиболее эффективным является развитие сюжетного конструирования, когда процесс конструирования подчинен игровой цели. В такой ситуации одновременно развивается не только моторика, но и высшее, опосредованные формы психической деятельности: произвольная память, элементарное планирование, пространственное мышление.

К концу дошкольного возраста у умственно отсталых детей не формируется психологической готовности к школьному обучению, которая представляет собой систему мотивационно – волевых, познавательных и социальных предпосылок, необходимых для перехода ребенка к следующей ведущей деятельности – учебной.

Поскольку психическое недоразвитие при стойкой интеллектуальной недостаточности носит системный характер, к концу дошкольного возраста дети данной категории оказываются совершенно неготовыми к получению образования, если они были лишены специальной системы помощи. Эта помощь может быть своевременно обеспечена как в

условиях домашнего, специальных образовательных учреждений VIII вида, так и в рамках включенного (интегрированного) образования – в зависимости от конкретных, имеющихся в данном регионе кадровых, социально – психологических и методических условий.

Психологическую деятельность ребенка с нарушением интеллекта можно в известной мере эффективно откорректировать. Мозг ребенка пластичен, что является основой развития. Отечественные психологи утверждают необходимость коррекции дефекта в раннем возрасте, при опоре на сохраненные возможности ребенка, при особом внимании к становлению его высших психических функций. Воспитание, обучение и трудовая подготовка для проблемных детей даже более значимы, чем для нормально развивающихся.

Для повышения мотивации труда существенное значение имеет его общественная оценка. Положительно влияет и характер, способы выполнения и эффективность действий. Организованное в стране обучение предполагает опираться на практико-ориентированный подход, в процесс трудового воспитания организовывать коррекцию недостатков психофизического развития детей с нарушением интеллектуального развития. Рекомендуется сообщать этим детям определенного круга знаний, выработка у них практических умений, воспитание положительных черт личности, что открывает перспективу самостоятельной трудовой жизни и интеграции в общество.

3.4. Особенности обучения и воспитания дошкольников с нарушением интеллекта

Сегодня основной тенденцией в мировой системе образования является курс на интеграцию обучения и воспитания детей с различными видами дизонтогенеза с нормальными детьми, что способствует чуткому отношению подрастающих членов общества к людям с проблемами, к инвалидам. Но материальное и кадровое оснащение отечественных образовательных учреждений, недостаточность финансирования образования в целом, препятствуют возможности осуществлять интенсивный курс на интеграцию. Разумнее делать это неторопливо и поэтапно.

Современная система отечественного специального дошкольного и общего образования (дети с интеллектуальной недостаточностью обучаются и воспитываются в учреждениях VIII типа) накопила опыт апробации программ и технологий специального образования. Но ее справедливо критикуют за то, что дети в этих образовательных учреждениях находятся в достаточно замкнутом пространстве, недостаточна их связь с жизнью, с социумом. Поэтому гораздо целесообразнее в настоящих условиях, не позволяющих интенсивно развиваться процессам интеграции, обучать детей с нарушениями интеллекта в специальных группах дошкольных учреждений общеобразовательного вида, чтобы дети с нарушением интеллекта общались с нормально развитыми детьми, что будет способствовать успешности их социальной адаптации. Таким образом, на данном этапе эффективнее, с нашей точки зрения, функционирует модель частичной интеграции.

Организация коррекционно - развивающей и воспитательной работы с дошкольниками со стойкой интеллектуальной недостаточностью. Содержание обучения в специализированном дошкольном учреждении или в специальной группе определяется программой воспитания и обучения детей дошкольного возраста со стойкой интеллектуальной недостаточностью. В основу программы положены сложившиеся представления о структуре дефекта ребенка со стойкой интеллектуальной недостаточностью, где ведущим является нарушение интеллектуальной деятельности.

Задачи специализированного дошкольного обучения в основном совпадают с задачами дошкольного воспитания и обучения нормально развивающихся детей. В соответствии с этим все основные разделы программы специализированных дошкольных учреждений соответствуют тем, которые имеются в программе дошкольных учреждений общеобразовательного типа.

Однако содержание каждого раздела программы для проблемных детей является специфическим. При отборе содержания обучения учитываются замедленный темп развития, отклонения в физическом и психическом развитии воспитанников. Содержание работы ориентировано не только на общеобразовательные, развивающие и воспитывающие, но и коррекционные задачи. При отборе содержания для проведения занятий как фронтальных, так и индивидуальных, педагоги и воспитатели должны, опираясь на программу специализированного детского сада, учитывать уровень развития и возможности детей.

Планируя занятия с подгруппой, в которую входят дети с менее выраженной интеллектуальной недостаточностью, педагог должен сделать содержание занятий более насыщенным, чем с детьми второй подгруппы, в которой находятся дети с более выраженной стойкой интеллектуальной недостаточностью. Особенно внимательным следует быть при отборе содержания индивидуальных занятий.

Хотя известна типичная структура нарушений ребенка, страдающего олигофренией в степени дебильности, в каждом индивидуальном случае она несколько видоизменяется в зависимости от индивидуальных особенностей детей. Коррекционно – развивающее обучение строится на диагностической и прогностической основе. Весь образовательный процесс направлен на развитие ребенка с учетом его индивидуальности.

Поскольку дети со стойкой интеллектуальной недостаточностью развиваются в замедленном темпе, каждый ребенок обязательно должен пройти последовательно сначала программу первого года обучения, затем второго и т.д., независимо от того, в каком возрасте он поступил в специализированное дошкольное учреждение или был зачислен в особую группу. При этом темп прохождения программы должен изменяться: если дети поступают в учреждение на шестом году жизни, то за один год нужно пройти программу первого и второго годов обучения.

Организация воспитательной работы в специализированном дошкольном учреждении. Вся воспитательная работа в специализированном дошкольном учреждении проводится в повседневной жизни и на организованных занятиях.

При организации коррекционно-воспитательной работы с детьми со стойкой интеллектуальной недостаточностью важное значение имеет создание эмоционального климата, при котором каждый ребенок постоянно чувствует заботу о себе, внимание, ласку со стороны всех взрослых, в первую очередь воспитателей и учителя-дефектолога.

Педагоги группы – воспитатели, психолог, логопед и дефектолог – должны работать в тесном контакте, стремиться к тому, чтобы был выработан единый подход к воспитанию каждого ребенка и единый стиль работы в целом. Чтобы обеспечить такое единство в работе необходимо уделять этому серьезное внимание.

Совместное изучение содержания программы обучения и воспитания в специализированном дошкольном учреждении. Совместное составление перспективного плана работы и индивидуальных программы развития ребенка на основе диагностических карт.

Дефектолог не только сам осуществляет коррекционную работу, но помогает это желать воспитателям, которые обязательно должны знать содержание тех видов работы, которые проводят дефектолог, психолог и логопед. Члены педколлектива совместно составляют перспективный план работы по всем видам занятий, а также по воспитательной работе с детьми, вырабатывают и реализуют программы индивидуального образования ребенка. Правильное планирование обеспечивает необходимую повторяемость и закрепление материала в разных видах деятельности детей и в различных ситуациях.

Совместное изучение детей. Психолог, логопед и дефектолог вместе с воспитателями проводят индивидуальное обследование детей и наблюдают за динамикой их развития, за динамикой уровня воспитанности детей. Воспитатели изучают детей на занятиях и в повседневной жизни – в процессе проведения режимных моментов, на прогулке, во время

свободной деятельности. Результаты изучения необходимо обсуждать и анализировать всем педагогическим коллективом группы на психолого – педагогических консилиумах:

Предлагается следующая тематика психолого – педагогических консилиумов.

Октябрь - «Адаптация детей к режиму образовательного учреждения».

Декабрь - «Обучение и воспитание детей с учетом индивидуальных особенностей».

Февраль – «Соблюдение единых гуманистических требований к ребенку в семье и дошкольном образовательном учреждении».

Апрель - «Динамика развития ребенка как показатель эффективности коррекционно – развивающей работы в детском образовательном учреждении».

Совместная подготовка ко всем детским праздникам и развлечениям и участие в их проведении. Детские утренники, праздничные и тематические, являются итогом всей коррекционно-воспитательной работы с детьми. Чтобы все возможности детей были раскрыты, реализованы, над их подготовкой должен работать весь педагогический коллектив группы совместно с методистом и музыкальным руководителем.

Организация работы с родителями. Психолог, логопед, дефектолог и воспитатели проводят работу по формированию психолого – педагогической культуры родителей, о чем будет написано ниже. В коррекционно–развивающей работе особая роль отводится совместной подготовке и проведению праздников и развлечений, где принимают участие нормальные и проблемные дети, все субъекты образовательного процесса (работники учреждения, дети и родители).

Детские утренники являются своеобразным итогом всей коррекционно-воспитательной работы. Поэтому, хотя сценарий и разрабатывается методистом и музыкальным руководителем, психолог, дефектолог и воспитатели принимают активное участие в отборе содержания и в подготовке каждого праздника. Сценарий обсуждается педагогическим коллективом, так как в нем должны быть учтены и общий уровень развития группы и индивидуальные возможности каждого ребенка (моторные, эмоционально-волевые, речевые, интеллектуальные). Желательно, чтобы стихи для каждого ребенка подбирал дефектолог, так как именно он знает интеллектуальные и речевые возможности детей лучше других. В то же время подвижные игры, наиболее доступные детям данной группы, может предложить воспитатель или инструктор по физическому воспитанию.

Участие воспитателей и родителей в проведении праздника необходимо, прежде всего, для создания эмоционального климата и для реализации всех возможностей детей.

Особую роль в коррекционно-воспитательной работе с детьми играют развлечения, организованные педагогическим коллективом группы. Известно, что дети со стойкой интеллектуальной недостаточностью инертны. Коррекция их эмоционального развития – одна из центральных задач дошкольного воспитания. У воспитанников специальных дошкольных учреждений, особенно у воспитанников детских домов, – дефицит впечатлений, смены обстановки. В этих условиях нужны специальные меры для создания эмоционального климата, для того, чтобы обогатить и разнообразить впечатления детей. Именно этому и служит организация развлечений.

Формы организации развлечений могут быть различными – проведение дней рождения детей, праздников сказки, кукольного театра, праздники осени, зимы, весны. В их организации, планировании и проведении также участвует весь педагогический коллектив группы.

Преподавателями факультета дошкольного воспитания МаГУ предлагается использовать знания по этнопедагогике, т.к. этическое и эстетическое воспитание, организация мероприятий типа «проводов русской зимы», « Рождественских колядок», « Праздника первого снопа» и т.п. не только доставляет детям много радости, но и закрепляет знания о временах года, природе, об окружающем мире, традициях своего народа. На этом праздниках дети могут вспомнить стихи и песни, которые выучили за это время, провести

игры, имитирующие народные забавы. Участие кукольных персонажей, взрослых – ряженных создадут атмосферу праздника и веселья, создающих психотерапевтический эффект для коррекции эмоционально – личностного развития ребенка.

Цель коррекционно–развивающей и воспитательной работы в дошкольном образовательном учреждении будет достигнута, если родители станут активными участниками образовательного процесса. От того, как они будут воспитывать своего ребенка, зависит многое в коррекционной работе с ним. Поэтому работа с родителями должна вестись целенаправленно и квалифицированно.

В первую очередь необходимо изучить состав родителей, состав семьи, образование и род деятельности, взаимоотношения в семье, отношение разных членов семьи к ребенку, уровень их педагогической грамотности. В изучении состава родителей должны принимать участие дефектолог и воспитатели. Все полученные данные (результаты бесед, анкетирование) должны быть обсуждены совместно.

Работа с родителями должна вестись в двух направлениях. Первое – пропаганда педагогических знаний, формирование психолого–педагогической культуры. Это осуществляется в процессе работы с коллективом родителей в целом. Второе – индивидуальная работа с родителями по организации правильного воспитания ребенка в каждой семье.

Пропаганда педагогических знаний проводится в разных формах – на общих и групповых родительских собраниях родителям рассказывают (читают лекции, доклады, проводят беседы) о возрастных особенностях детей и особенностях нарушения, знакомят с задачами коррекционно-воспитательной работы, определяют уровень требований, которые семья и детский сад совместно должны предъявлять к ребенку.

Активизация работы родителей будет реальной, если использовать активные формы формирования психолого–педагогической культуры. Целесообразно пропагандировать психолого–педагогические знания в виде конференций, дискуссий за круглым столом, семинаров, тренингов родительских умений. Также организуются собрания, где работники дошкольного учреждения рассказывают родителям о ребенке, делая акцент на положительных его возможностях, дают рекомендации по проведению режима дня дома, по оформлению игрового уголка, по общению, играм. Все рекомендации должны быть хорошо продуманы и должны соответствовать современной теории и практике работы с детьми с нарушением интеллекта.

Важной формой работы с родителями является ознакомление их с продуктами детской деятельности – рисунками, лепными поделками, аппликацией, ручными поделками. Для этого необходимо организовывать выставки детских работ с их последующим анализом и обсуждением. При этом не следует стремиться показать только положительные результаты. Важно показать действительные возможности ребенка и динамику в процессе обучения. Так, родителям можно показать непредметные каракули детей и рассказать, что дети учатся держать карандаш и делать заметные штрихи на бумаге, а после некоторого времени выставить первые предметные рисунки и объяснить, что, несмотря на их несовершенство, они являются показателем значительного продвижения детей.

В практике работы детского сада можно использовать и посещение родителями занятий учителя-дефектолога и воспитателя.

Одной из наиболее действенных форм педагогической пропаганды являются детские праздники. Посещение детских праздников не только знакомит родителей с результатами коррекционно-воспитательной работы, но и дает им сильные положительные эмоции, способствует созданию атмосферы доверия и уважения к детскому учреждению.

В каждой группе оформляется уголок для родителей, который может использоваться как для педагогической пропаганды, так и для индивидуальной работы с родителями.

Индивидуальная работа предполагает полное единство требований, которые учитель - дефектолог и воспитатели предъявляют к родителям каждого ребенка. Индивидуальная работа требует тщательной продуманности действий. Если в семье благополучный психологический климат, консультации помогут родителям строить воспитательную работу с детьми с учетом особенностей развития, индивидуальности ребенка. Если семьи проблемные (один ребенок воспитывается в неполной семье, где у ребенка есть только мать или отец, опекун, то даются особые рекомендации по ограничению сверхопеки или предупреждению безнадзорности, по привлечению к воспитанию детей других родственников, руководителей кружков и секций, которые могут стать объектом для подражания, будут способствовать правильной полоролевой идентификации ребенка. Зачастую приходится объяснять родителям, как осуществлять в семье единство требований к ребенку с учетом специфики его развития. Педагоги группы могут давать родителям задания на субботние и воскресные дни, советы о том, как провести выходной день с ребенком, какие игрушки ему покупать, как организовать игровой уголок в семье. Однако все эти задания и советы даются с учетом возможностей родителей и ребенка.

Если семья неблагополучная, с ребенком обращаются жестко или тем более жестоко, ребенок предоставлен сам себе, часто находится без должного надзора и родительской заботы, то педколлектив проводит работу совместно с органами социальной защиты, правоохранительными органами по нормализации микроклимата семьи. В отдельных случаях родители лишаются родительских прав, и ребенок помещается в интернат или детский дом.

ГЛАВА 4. ДЕТИ С ЗПР, ИХ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ

4.1. Понятие «задержка психического развития»

Проблема коррекции задержки психического развития актуализировалась у нас и за рубежом в середине двадцатого столетия в связи с усложнением образовательных программ в эпоху бурного развития научно технического прогресса, когда резко возросло количество детей, испытывающих трудности в обучении. Началось интенсивное изучение проблемных детей с разной степенью отставания в развитии медиками и психолого – педагогической наукой. Обнаружилось, что существует объемная категория учеников, не имеющих стойкой интеллектуальной недостаточности, но и не способных к полноценному усвоению программ, хронически неуспевающих, которым необходимо оказывать поддержку в процессе обучения. Позднее выяснилось, что школьные проблемы связаны с отставанием в развитии, возникающем еще в раннем детстве. Это отставание в некоторых случаях к 11 годам устраняется, а в некоторых случаях сохраняется, служит причиной не только учебной неуспешности, но и девиантного (отклоняющегося) поведения, при чем подростки с ЗПР составляют самую многочисленную группу детей, совершающих правонарушения и преступления в несовершеннолетнем возрасте. Обнаружено, что невротизация и психопатизация личности как явления вторичного дефекта обусловлены эмоционально когнитивной незрелостью личности, неспособной рационально управлять своим состоянием и поведением. Психологические травмы, полученные детьми в связи с неудачами в школе, частыми наказаниями за плохие отметки в семье, провоцируют уход детей в неформальные группы и асоциальное поведение подростков. Поэтому данная категория детей требует к себе особое внимание педагогов, психологов, широкой общественности. Ученые доказали, что сензитивным периодом для коррекции ЗПР является ранний и дошкольный периоды развития ребенка.

Задержка психического развития относится к наиболее распространенным видам дизонтогении. Задержка психического развития – слабо выраженное отклонение в психическом развитии, обусловленное дисфункцией и легким повреждением центральной нервной системы без необратимых последствий замедленного темпа развития, проявляющееся в несоответствии развития познавательной деятельности нормативному

уровню детей того же возраста, что затрудняет в дальнейшем школьную и социальную адаптацию ребенка.

В дошкольном возрасте ЗПР чаще всего порождает проблемы в поведении детей, но яркое проявление задержки психического развития наблюдается в младшем школьном возрасте, когда возникают учебные трудности: медленно формируется учебно – познавательная деятельность, преобладает интерес к игровой деятельности, ребенок с трудом регулирует свое поведение, не справляется с заданиями и иногда отвлекает от учебной деятельности других детей. Не получив «психологической ниши» в школе, ребенок ищет эмоционального комфорта в бездействии или в неформальных уличных компаниях, что приводит к социальной дезадаптации личности. Но именно дошкольный период наиболее сензитивен для коррекции задержки психического развития, что позволяет сглаживать отклонения в развитии и в некоторых случаях добиваться нормального развития личности примерно к одиннадцати годам.

Теоретические основы разработки данной проблемы заложены Л.С. Выготским, охарактеризовавшим положение о сложной структуре дефекта, о ведущем факторе, обуславливающем тип отклонения в развитии. Благодаря исследованиям Л.С. Выготского, П.П. Блонского, А. Р. Лурии и их последователей, изучивших механизмы замедления в развитии, лежащие в основе высших психических функций, доказано, что отставание в развитии детей с ЗПР обусловлено не органическими причинами - тотальным недоразвитием коры головного мозга, а функциональными расстройствами центральной нервной системы, которые чаще всего носят обратимый характер, т.е. могут частично или в целом быть устранены при своевременной диагностике и грамотной коррекционной работе. основоположница детской психиатрии Г.Е. Сухарева рекомендовала разобраться в проблеме отставания детей в развитии, на основе четкой диагностики выявлять разные категории детей, развивающихся по типу ретардации, изучать факторы, являющиеся причиной отставания в развитии и на основе комплексного глубокого анализа данного явления осуществлять эффективную медико – психолого – педагогическую помощь детям.

В качестве основного специфического признака ЗПР рассматривается инфантилизм – целостная структура физических и психических признаков незрелости, особенно ярко выраженной незрелости эмоционально – волевой сферы, что влияет на проявление «детскости» поведения, т.е. ребенок ведет себя как представитель более младшего возраста. Этот признак особого типа задержки психофизического развития выявили в XIX веке французские психиатры Лоран и Лассер. До сих пор психологи ссылаются на этот специфический признак детей с ЗПР.

В 50 - 60 годах двадцатого века ученица Л.С. Выготского М.С. Певзнер, специализирующаяся на проблеме умственной отсталости, организовала с помощью коллектива ученых под ее руководством масштабное изучение причины резкого увеличения неуспеваемости детей в разных регионах страны. Комплексное медико–психолого – педагогическое обследование неуспевающих учащихся позволило выделить особую категорию детей с задержкой психического развития (около 50 % детей с проблемами обучения) в общеобразовательных школах, детей, которым не рекомендовано обучаться во вспомогательных школах и интернатах. Опираясь на нейропсихологические исследования, освещенные в работах А. Р. Лурия, М.С. Певзнер обнаружила корреляционную связь (зависимость) специфических особенностей развития эмоционально – волевой сферы детей с ЗПР, так называемый инфантилизм, с закономерностями созревания лобных структур головного мозга, темп которых несколько замедлен. Это замедление может носить временный характер, если нет дополнительных осложнений другими недостатками развития. Е.Н. Васильева разработала свою методику диагностики развития эмпатии у детей 5 – 6 лет на основе исследований эмоционального отношения к сверстникам.

Научные основы оказания психологической помощи детям с ЗПР рассмотрела О.В. Лебедева. Л.С. Маркова обосновала построение коррекционной среды в ДОУ

компенсирующего вида на основе современного системного подхода к организации коррекционно – развивающей работы с детьми с замедленным развитием.

Сравнительный анализ нормально развивающихся детей, детей со стойким интеллектуальным недоразвитием и задержкой психического развития провели ученые Т.В. Егорова, А.Я. Иванова, В.И. Лубовский, Т. В. Розанова, У. В. Ульenkova и др.. Они связывали ЗПР с недоразвитием познавательной и операциональных сфер личности ребенка и выделили в качестве главного критерия отличий развития данной группы детей от детей с другими видами дизонтогенеза степень обучаемости, скорость формирования знаний, умений и навыков. Связь замедления формирования регуляции произвольных форм деятельности с особенностями познавательной сферы детей этого вида дизонтогенеза обнаружили Е.М. Мастюкова, Л. И. Переслени.

Современные теоретические основы проектирования коррекционно – развивающего образования детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии, в том числе и с ЗПР, разработали А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова, Е.А. Стребелева и другие. Большой вклад в разработку программ и методик работы с детьми с ЗПР внесли Н.Ю. Борякова, Е.В. Дмитриева, Е.А. Екжанова, А.А. Катаева, Л.Е. Шевченко и другие.

Преподаватель МаГУ Т.Г. Неретина обосновала актуальность системного подхода к организации коррекционной работы со старшими дошкольниками в условиях дошкольного образовательного учреждения. В своих работах она дала рекомендации по коррекции ЗПР средствами изотерапии.

В современной зарубежной литературе тоже интенсивно исследуется данная проблема. Теоретические основы заложены исследованиями А. Штрауса, Л. Летинена, опубликовавших работу «Психопатология и обучение ребенка с повреждением мозга» в США в 1947 году. Западные ученые отставание в развитии и трудности в обучении связывают с негрубыми парциальными органическими повреждениями головного мозга, т.е с легкой мозговой дисфункцией. Данную категорию детей называют « дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью синдромом СДВГ. Наряду с трудностями в обучении у них выявлены эмоциональная неуравновешенность, двигательная расторможенность.

С. Кирк, обратили внимание на тот факт, что трудности в обучении не всегда обусловлены органическими повреждениями мозга, даже минимальными. Они могут быть обусловлены социально педагогическими условиями воспитания детей. С. Кирк предложил термин « дети со специфическими трудностями в обучении», под понятием «специфические» он подразумевал отличие от стойкой интеллектуальной недостаточности, нарушения анализаторных систем (зрения, слуха, двигательной системы). Таким образом, трудности в обучении некоторые западные ученые связывают с социальной дезадаптацией, педагогической запущенностью, социальной депривацией, с нарушениями поведения.

На основе обобщения различных теорий, в русле отечественных традиций, Л. В. Кузнецова четко охарактеризовала категорию детей с задержкой психического развития:

- к ним не относятся дети со стойкой интеллектуальной недостаточностью и тяжелым речевым недоразвитием, недостатками функционирования отдельных анализаторных систем (слуха, зрения, двигательной системы);

- дети испытывают трудности социальной, школьной адаптации вследствие биосоциальных причин (остаточных явлений легких повреждений центральной нервной системы или ее функциональной незрелости, соматической ослабленности, церебральных состояний, незрелости эмоционально – волевой сферы по типу психофизического инфантилизма, педагогической запущенности на ранних этапах онтогенеза);

- проблемы этих детей могут быть обусловлены недостатками регуляционного компонента психической деятельности, незрелостью мотивационной сферы, познавательной пассивностью, сниженным самоконтролем;

- специфической оказывается развитие операциональной сферы: присутствуют нарушение моторики, чаще всего мелкой, нарушение работоспособности обуславливает замедление развития познавательных процессов, знаний, умений и навыков.

Л.В. Кузнецова делает вывод: при своевременном оказании системы коррекционно – педагогической, а в некоторых случаях и медицинской помощи возможно частичное, а иногда и полное преодоление данного отклонения в развитии.

4.2. Этиология задержки психического развития

Как показывают исследования ученых, причины задержки психического развития бывают биологические, социальные и педагогические, которые при разных комбинациях обуславливают разнообразие вариаций ЗПР. Эти причины в свое время были изучены и описаны учеными М.С.Певзнер и Т.А. Власовой:

Биологические причины:

- особенности созревания и развития структурно – функциональных мозговых систем, их недостаточность, незрелость или дисгармоническое развитие, порождающие симптомы ЗПР;

- генетическая (наследственная) предрасположенность к более позднему развитию высших психических функций, созреванию регуляторных структур ствола, обуславливающих тормозные механизмы коры головного мозга, осуществляющие контроль и регуляцию «подкорковых отделов» (следствием является задержка эмоционально – волевой сферы) или лобных систем мозга (следствием является медленное созревание когнитивных, т.е. познавательных функций, планирования, саморегуляции деятельности, самоконтроля действий и поведения), что встречается у ближайших родственников, близнецов, особенно при многоплодии вследствие обменно – трофических расстройств;

- повреждение плода во время и родов, травмы головного мозга в раннем возрасте, влияющие на развитие мозга в дошкольном возрасте заболевания; - повреждения мозга при родовых травмах или травмах головы в раннем детстве; асфиксии новорожденных или ее угрозе; патологические роды с наложением щипцов, кесаревым сечением, низкая или чрезмерная масса новорожденного (более 4 кг);

- неблагоприятное течение беременности, поздний возраст матери, когда снижена функция деторождения, излишняя масса тела, патологическое протекание предыдущих беременностей, нежелательная беременность, преждевременные роды являются факторами риска;

- ослабленность организма ребенка различными заболеваниями, особенно хроническими соматическими заболеваниями, снижающими работоспособность и психический тонус ребенка;

- психические, неврологические или психосоматические заболевания матери или наличие этих заболеваний у других членов семьи; психосоматические заболевания ребенка, влияющие на более выраженную степень ЗПР вплоть до «пограничного» состояния, особенно затрудняющего адаптацию ребенка к познавательной деятельности, к общению со сверстниками, обуславливая при этом отклонения в поведении.

Социальные причины:

- недостаточность внимания в связи с неблагоприятными социальными условиями проживания детей, недостаточность питания, недолеченность многих заболеваний и т.п..

Психологические причины:

- индивидуальные, особенно акцентированные особенности характера, черты личности ребенка;

- снижение мотивации к познавательной деятельности, признаки когнитивной, эмоциональной, социальной дезадаптации к дошкольному образовательному учреждению;

- психологические защитные реакции, препятствующие проявлению спонтанности, личностному росту;

- психологические защитные реакции на воздействия неблагоприятной среды, формирующие модель девиантного (отклоняющегося) поведения, не согласующегося с нормативно – социальными требованиями.

Педагогические причины:

- неблагоприятный психологический климат в семье, проживание в асоциальных семьях, где процветает алкоголизм, наркомания, родители задают модель асоциального поведения);

- гиперопека или предоставленность ребенка самому себе, используются методы обучения и воспитания, не учитывающие особенности развития, индивидуальные характеристики детей. А.О. Дробинская отметила: « При воспитании с повышенной опекой, когда ребенка лишают возможности проявить самостоятельность, инициативу, принять ответственность за свои поступки, происходит формирование установки на бездеятельность и постоянную помощь, не развивается способность к волевому усилию. Недостаточная стимуляция познавательной активности, отсутствие интересной и значимой для ребенка информации при педагогической запущенности могут снизить потенциальные возможности дальнейшего обучения, т. к. не стимулируют созревание и развитие тех структур мозга, которые будут обеспечивать учебно – познавательную деятельность»;

- выявленные в процессе педагогического анамнеза факторы, которые в процессе образования в дошкольном учреждении неблагоприятно влияют на ребенка, это негативных условия обучения и воспитания.

Как отмечено выше, задержка психического развития имеет множество вариаций. В зависимости от факторов, ее вызывающих, ученые разрабатывали классификации ЗПР.

4.3. Классификация детей с ЗПР

4.3.1. Классификацию ЗПР М.С. Певзнер

Взяв за основу в качестве главного специфического признака незрелость эмоционально – волевой сферы, психофизический инфантилизм и сопутствующие признаки М.С. Певзнер в шестидесятые годы опубликовала следующую классификацию ЗПР:

1) психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально – волевой сферы и сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм);

2) психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально – волевой сферы и сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм);

3) психофизический инфантилизм, осложненный недоразвитием познавательной деятельности и нейродинамическими нарушениями;

4) психофизический инфантилизм, осложненный недоразвитием познавательной деятельности и недоразвитием речевой функции.

М.С. Певзнер считала ЗПР «временной задержкой психического развития», которая при грамотной коррекции может быть полностью устранена.

Но исследования М.И. Буянова, М.Г. Рейденбаума, М.Н. Фишман и др. доказали, что признаки интеллектуальной недостаточности могут быть настолько выражены, если они обусловлены повреждениями корковой деятельности головного мозга. Проявление ЗПР нередко сопровождается психоподобными нарушениями. Замедление развития ребенка может быть в ряде случаев сглажено, но полностью не устранено, т.е. ЗПР не всегда носит временный характер. Поэтому классификация Дробинской А.О., во многом схожая с классификацией М.С. Певзнер, многое дополняет в понимании вариации задержки психического развития.

1) Психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально – волевой сферы и сохранном интеллекте (неосложненный гармонический инфантилизм).

Если инфантилизм является гармоническим, не осложнен другими патогенными факторами и наблюдается только эмоционально – волевая незрелость, то дети физически и психически развиваются медленнее. Они напоминают нормально развитых детей более младшего возраста. Такие дети по физическому облику выделяются субтильностью, хрупкостью, меньшим ростом, у них позже прорезаются зубы. Они любознательны, очень подвижны и активны. Несформированность тормозных функций головного мозга обуславливает часто неадекватность реагирования на эмоциональные раздражители, немотивированность поведения, импульсивность ребенка. Эмоционально – волевая незрелость порождает несамостоятельность, повышенную внушаемость, мотивацию к получению удовольствия, не критичность к результатам своих действий, поведения.

Нейрофизиологические исследования Н.Н. Зислина и его помощников позволили обнаружить несформированность корковой ритмики альфа – диапазона, генерализированную медленную активность, свидетельствующую о дисфункции подкорковых структур головного мозга. При своевременной коррекции выявлена позитивная динамика электрокорковых показателей, которые со временем становятся такими же, как у нормально развивающихся детей.

При благоприятных условиях (экология, питание, теплый психологический климат в семье, правильные условия обучения и воспитания) эти дети по развитию интеллекта и всех сфер личности догоняют своих сверстников.

2) Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности (осложненный недоразвитием интеллекта).

Эмоционально – волевая незрелость может сочетаться с недоразвитием сложных форм мышления. В период, когда у ребенка должно быть сформировано наглядно образное мышление, сохраняется наглядно деятельностьное мышление. Ребенок быстро пресыщается в процессе активной деятельности, т. к. у него присутствует повышенная истощаемость, нарушена концентрация внимания, недостаточно развиты мнемические процессы (память). Ребенок с трудом усваивает обнаружение причинно – следственных связей между явлениями, недостаточно развита аналитико – синтетическая деятельность при усвоении информации.

Ребенок может быть на занятиях пассивным, уходить в себя, встать и куда – либо уйти или активно работает, отвечает невпопад, всех перебивает, отвлекается и создает шум вокруг себя, мешая другим детям.

Преобладает мотивация к получению удовольствия любой ценой, сочетающаяся с нежеланием ограничивать свои импульсы, совершать волевые усилия. Или ребенок становится настолько неуверенным в себе, что у него слабо развивается активность, очень низким является уровень притязаний, что тормозит развитие личности. Ребенок отказывается от продуктивной деятельности. В обоих случаях слабо формируются нравственные установки, регулирующие поведение детей.

3) Психофизический инфантилизм, осложненный недоразвитием познавательной деятельности и нейродинамическими нарушениями.

Сочетание инфантильных особенностей с недоразвитием интеллекта, нейродинамическими нарушениями также приводит к формированию дисгармонического инфантилизма. Если ребенок растет в семье как «кумир семьи», ему во всем потакают, родители требуют такого же отношения к ребенку в дошкольном учреждении, препятствуя формированию навыков самоконтроля за психическими состояниями и действиями, поведением ребенка, то у ребенка формируется завышенная самооценка, не критическое отношение к своим действиям, эгоцентризм, негативное отношение к сверстникам и воспитателям, негативная установка к различным видам полезной деятельности.

Уже к 5, 6 годам на фоне дисгармонического инфантилизма как вторичный дефект может формироваться невротическое или психопатическое развитие личности, о чем подробнее будет изложено при описании профилактики и коррекции детских неврозов.

При неблагоприятных социальных и педагогических условиях, если ребенок в семье растет «отверженным», в детском коллективе является «изгоем» или «непринятым», то у ребенка формируется заниженная самооценка, неуверенность в себе, робость, боязливость, невротические проявления развития личности, замкнутость, необщительность, пассивность. Ребенок отказывается от интеллектуальной или трудовой деятельности, с трудом включается в коллективные игры. Он нуждается в стимуляции, поддержке, внушении веры в успех, в психолого – педагогической коррекции, иногда в лечении у невролога или психоневролога.

4) Психофизический инфантилизм, осложненный недоразвитием познавательной деятельности и недоразвитием речевой функции.

Недостатки речевого развития у детей с ЗПР выявляются сравнительной характеристикой появления первых слов и фраз, расширения словаря и овладения грамматическим строем языка у нормально развивающихся детей. Согласно методике диагностирования развития речи В. Штрасмайера, ребенок начинает спонтанно улыбаться от приятных раздражителей уже в месяц, реагировать на родной голос улыбкой в 2 месяца, гулить в 6 месяцев, лепетать в 7 месяцев, реагировать на слова жестами в 10 месяцев. Он в 16 месяцев имеет в активном словаре запас из двух слов, в 23 месяца употребляет предложения из двух слов, на 3 году жизни называет свое имя, позднее фамилию. На 4 году жизни ребенок говорит без принуждения и участвует в разговоре, употребляет предложения из нескольких слов, местоимения «я», «мне», «мое», на пятом году жизни рассказывает простые детские стишки. Нередко отмечаются недостатки звукопроизношения и звукоразличения. В старшем дошкольном возрасте бытовая речь может не отличаться от бытовой речи сверстников, однако при пересказе прочитанного обнаруживается бедность активного словаря, особенно понятийного словаря, затруднено слоогообразование и грамматический строй речи, ребенок затрудняется строить развернутые высказывания. Все это в младшем школьном возрасте сказывается на овладениях навыками чтения и письма. Недостатки речевого развития, по мнению А.О. Дробинской, могут быть вторичными из – за недоразвития интеллекта и первичными, затормаживающими развитие познавательной деятельности. Если недостатки речевого развития выражены особенно сильно, то можно предположить недоразвитие познавательной деятельности и недоразвитие речевой функции.

4.3.2. Классификацию ЗПР В.В. Ковалева

Заслуга автора следующей патогенетической классификации В.В. Ковалева заключается в том, что он выявил варианты ЗПР дизонтогенетического и энцефалопатического характера. Первый вариант связан с преобладанием признаков незрелости лобных (функции лобной области лобной области коры головного мозга связаны с формированием программ поведения, контроля и регулирования деятельности, с организацией мыслительной деятельности) и лобно – диэнцефальных (диэнцефальный отдел мозгового ствола связан с функциями регуляторных отделов мозгового ствола) отделов головного мозга, второй – с выраженным комплексом повреждения подкорковых систем, обуславливающих незрелость эмоционально – волевой сферы личности. Также автором выделены смешанные расстройства структурно – функциональной организации мозга, иногда связанные с недоразвитием анализаторных систем и социокультурными условиями воспитания ребенка.

1) дизонтогенетическая форма ЗПР, обусловленная задержанным или искаженным развитием;

2) энцефалопатическая форма ЗПР, связанная с органическим повреждением мозговых систем на ранних стадиях онтогенеза;

3) незрелость познавательной сферы, связанная с повреждением анализаторных систем (слуха, зрения, опорно – двигательного аппарата);

4) незрелость познавательной сферы, связанная с негативным влиянием «социокультурной среды»

Таким образом, обнаружено, что ЗПР может быть сочетаться с другими видами дизонтогенеза (отклонения в развитии): с тяжелыми дефектами анализаторных систем, с недоразвитием речи, с проявлениями невропатии, психопатии, детского аутизма, педагогической запущенностью в условиях изоляции или проживания в так называемых неблагополучных семьях.

4.3.3. Классификацию ЗПР К.С. Лебединской

В настоящее время наиболее известна этиопатогенетическая классификация К.С. Лебединской, разработанная в восьмидесятые годы, учитывающая не только характерные признаки вариаций ЗПР, но и причинную обусловленность.

1) ЗПР конституционального происхождения. Наблюдаются негрубые отклонения в развитии личности, что связано с наследственным замедлением темпа развития высших отделов коры головного мозга, что сказывается на незрелости эмоционально – волевой сферы, трудностями в развитии познавательной деятельности. У этих детей медленнее и труднее формируются знания, операциональные умения и навыки, умения извлекать уроки из жизненного опыта. Такой вид ЗПР, охарактеризованный Лебединской, напоминает описание гармонического инфантилизма Певзнер.

2) ЗПР соматогенного происхождения. Этот тип задержки психического развития обусловлен соматическими (телесными) заболеваниями, вследствие чего нарушается питание клеток головного мозга, влияющее на истощаемость нервной системы, что и является причиной замедления темпа созревания и развития структурно функциональных мозговых систем. Физически ослабленные дети испытывают трудности при вовлечении в различные виды деятельности, отличаются обидчивостью, повышенной тревожностью.

Ослабленность ребенка, нарушения функционирования вегетососудистой системы бывают врожденными в силу вышеуказанных причин (такие дети рождаются с малым весом, плохо прибавляют в весе, плохо спят) или приобретенными в раннем возрасте (неустойчивость вегетососудистого тонуса способствует проявлениям аллергии, метеочувствительности (ухудшения состояния, капризности, вялости, беспричинному повышению температуры), снижения аппетита или избирательности в еде, нарушениям пищеварения, беспокойного сна, ночного энуреза. Ребенок с трудом приспосабливается к переменам обстановки, к появлению новых лиц, излишне привязан к матери и с трудом адаптируется к дошкольному учреждению. У него могут часто наблюдаться ОРЗ, он восстанавливает исходное состояние не через неделю, как здоровый ребенок, а через месяц, поэтому вследствие ослабленности иммунной системы заболевает, не оправившись от первого случая заболевания. Ребенок склонен к различным хроническим заболеваниям. Ослабленный ребенок пуглив, излишне тревожен, капризен или агрессивен, что связано с невротизацией развития личности ребенка.

Такие дети, даже если интеллект полностью сохранен, пресыщаются от интеллектуальной деятельности, нормативных физических нагрузок в силу истощаемости нервной системы, утомляемости. Им нужно больше времени для восстановления сил, поэтому они нуждаются в общеукрепляющем лечении, специальном щадящем режиме дня и занятий с целью компенсации истощаемости нервной системы, осуществить профилактику появления «вторичных « дефектов». Если соматические заболевания сочетаются с остаточными явлениями органического поражения мозга, то развитие ребенка еще более осложняется.

Хроническое переутомление может повлечь развитие астенического синдрома – состояния нервно – психической слабости, истощаемости, пресыщаемости от любых видов длительной деятельности. Могут от сильных раздражителей (яркого света, громких звуков, ссор родителей, резкости тона воспитателя, при просмотре театральных спектаклей появиться головные боли, обильное мочеиспускание, боли в животе, диспепсия и т. д. Развитие астенического синдрома способствует развитию невротических расстройств: энуреза, тиков, заикания, повышенной раздражительности, плаксивости или немотивированной агрессии. Эти симптомы развиваются при неблагоприятных условиях семейного воспитания или неправильной организации режима пребывания ребенка в дошкольном учреждении, неграмотно выбранных методов педагогического воздействия на ребенка, отсутствия своевременной медицинской помощи и психолого – педагогической коррекции.

Дети с ЗПР соматогенного происхождения чаще воспитываются дома при повышенной опеке родителей, что препятствует развитию инициативы, самостоятельности. Они, как правило, ограничены в общении со сверстниками, что осложняет социализацию ребенка, препятствует формированию коллективизма, гармонизации развития личности, обуславливающей физическое, психическое и духовное здоровье, ощущение счастливого проживания каждого отрезка жизни.

3) ЗПР психогенного происхождения возникает при сочетании факторов наследственности, неблагоприятных социальных и педагогических факторов. Недостатки мозговых систем сочетаются с вышеописанными симптомами невротического развития личности. При неблагоприятных условиях жизни и воспитания в семье и детском саду, интернате и т.п. у ребенка не формируется мотивация к познавательной деятельности, не развиваются когнитивные способности. При отсутствии притяжения (любви) происходит интеллектуальная и эмоциональная депривация. Ребенок становится пассивным, отчужденным или излишне агрессивным, часто неуправляемым при вспышках раздражения, гнева. При отсутствии принятия (положительного статуса в коллективе, выражения уважения к ребенку), в условиях безнадзорности, гипоопеки развиваются асоциальные привычки и склонности: бродяжничества, тяга к асоциальным уличным компаниям, неприятие нормативного поведения, ложь, воровство и т. д.

Если ребенку не прививаются навыки контроля за своими действиями или требования со стороны взрослых излишне строги, при сочетании с отсутствием притяжения или принятия формируются патологические черты характера: возбудимость, конфликтность, драчливость, эгоцентризм, нежелание подчиняться требованиям взрослых, соблюдать нормы поведения. Закрепляются привычки совершать хулиганские действия, что повлечет впоследствии эмоционально–личностные расстройства, искаженное формирование личности.

При этом виде ЗПР часто при тщательном медицинском обследовании выявляются мозговые нарушения различной степени тяжести, что обуславливает особую трудность формирования познавательной деятельности. Дети требуют медикаментозного и т.п. лечения у специалистов. Они более всех нуждаются в щадящем режиме дня и деятельности, в индивидуальном подходе к воспитанию и в индивидуальной помощи воспитателя или родителей в процессе различных видов деятельности. Постоянные упражнения, активная стимуляция умственной деятельности, коррекция и развития когнитивных процессов, коррекция эмоциональных состояний, профилактика невротического или психопатического развития личности поможет существенно компенсировать недостатки развития, окажет позитивное влияние на функциональное состояние головного мозга, психики ребенка. Следует учитывать, что по сравнению с вышеописанными видами ЗПР добиться положительного результата в процессе медико – психолого – педагогической коррекционной работы в данном случае гораздо труднее, но надо проявлять такт и терпение и грамотно проводить эту работу.

4) ЗПР церебрально – органического происхождения развивается в результате органической недостаточности развития мозга, специфического недоразвития личностной сферы в целом. Здесь наблюдается стойкое нарушение эмоционально – волевой сферы и познавательной деятельности.

Общим для данной формы ЗПР является наличие легкой дисфункции головного мозга – синдром, отражающий наличие легких нарушений развития центральной нервной системы, возникших в основном в перинатальном периоде. Употребляются другие термины «минимальное повреждение мозга», «легкая детская энцефалопатия», «гиперкинетический хронический мозговой синдром».

4.4. Физиологические и психологические особенности детей с ЗПР

Для того, чтобы грамотно осуществлять психолого – педагогическую коррекционную работу с детьми, имеющими задержку психического развития, надо знать не только этиологию и различные формы ЗПР, но и анатомио – физиологические и психологические особенности развития детей с этим видом дизонтогении, разграничивая ЗПР от других видов отклонения в развитии.

Задержка психического развития, как отметила О.В. Дробинская, является преимущественно психолого – педагогической проблемой, но необходима и комплексная диагностика, обусловленная системным, целостным подходом к ребенку, соблюдение онтогенетического принципа диагностики.

При этом фиксируются не только признаки ЗПР с помощью количественного анализа, но выявляются причины, формы проявления ЗПР, особенности личности, которые надо учитывать при организации коррекционной работы с ребенком. О.В. Дробинская отмечает, что на сегодняшний день не разработана единая комплексная диагностика анализа детей с ЗПР именно дошкольного возраста. Поэтому требуется квалифицированная диагностика детей различными специалистами.

Необходимо клиническое, включающее педиатрическое, неврологическое, психиатрическое обследование, чтобы выявить признаки органической недостаточности мозга, причины, влияющие на психосоматическую ослабленность ребенка. При этом используются современные методы диагностирования уровня зрелости нервной системы, описанные в материалах, посвященных диагностике умственной отсталости.

Особенности физического развития детей с ЗПР. Как отмечалось выше при гармоничном инфантилизме и других формах ЗПР, нередко дети и внешне отличаются от своих ровесников отставанием в физическом развитии.

Нормальный рост после трех лет вычисляется по формуле: $100\text{см} - 8(4 - \text{п})$, где 100 см – примерный рост 4-летнего ребенка, а п. – возраст малыша, т.е. составляет приблизительно 92см. Рост после 4 лет вычисляется: $100\text{см} + 6(\text{п} - 4)$. В 5 лет примерный рост -106 см, в 6 лет – 112см.

Нормальный вес (масса тела) вычисляется по формуле 10,5 кг (примерный вес годовалого ребенка) + 2п (п. – возраст малыша). В 3 года ребенок весит примерно 16, 5 кг, в 4 – 18, 5 кг, в 5 – 20,5 кг, в 6 – 22,5 кг.

Перед школой завершается формирование скелета, в скелете дошкольника преобладает хрящевая ткань, вот почему следует не сковывать двигательную активность малыша, чтобы не было плоскостопия, нарушения осанки. Нельзя давать большую физическую нагрузку в виде длительной ходьбы и ношения тяжестей. Но занятия физической культурой с формированием силы, быстроты выносливости, гибкости и координации движений чрезвычайно полезны для детей с ЗПР, ибо развитие и коррекция движений позволит сформировать полноценную крупную и мелкую моторику, что будет способствовать стимуляции участков головного мозга, связанных с движением. Это позитивно отразится на интенсификации интеллектуального развития детей с ЗПР.

Нейрофизиологические особенности детей с ЗПР. Н.Н. Малофеев, ссылаясь на достижения современной нейропсихологии, кратко характеризует эти особенности. Он пишет, что получены убедительные свидетельства несовпадения биологического и хронологического возраста в силу нормального нарушения глубинных структур мозга, задержки развития функции левого полушария, особенности межполушарных взаимодействий, незрелости лобных отделов левого полушария мозга.

Особенности крупной и мелкой моторики. У детей с ЗПР часто выражена моторная незрелость: движения порывистые, недостаточная координация движений.

У детей с ЗПР более выражено недоразвитие мелкой моторики, что проявляется в мануальных движениях (движениях пальцев и кистей рук), что необходимо для формирования навыков лепки, рисования, аппликации, ручного труда, для навыков письма и т.д. Еще В.А. Сухомлинский говорил о том, что с деятельностью кончиков пальцев связано развитие интеллекта.

Особенности развития познавательной сферы являются наиболее существенным показателем проявления задержки психического развития.

Внимание. У детей с ЗПР отмечаются следующие особенности внимания, четко охарактеризованные учеными Л.И. Переслени, Г.И. Жаренковой, Л.В. Кузнецовой:

- неустойчивость внимания, обусловленная незрелостью нервной системы, требуется перерыв – отдых для восстановления сил;

- нарушение концентрации вследствие быстрой утомляемости, поэтому нужен щадящий режим занятий, вместе с тем нужна наглядность, привлекательные детали, возбуждающие интерес к занятиям, тренировочные упражнения на концентрацию внимания, включение физкультминуток, упражнений на мышечную релаксацию на расслабление, снятие напряжения,

- снижение распределения внимания, что требует дозированной визуальной и другой информации, нельзя заставлять ребенка делать несколько дел сразу;

- снижение переключаемости внимания, т.к. ребенок медленно адаптируется к смене ситуаций, поэтому нужно уметь организовать переход от одного вида деятельности на другой, индивидуально подходить к организации работы гипо- и гиперстеников, астеников;

- повышенная отвлекаемость вследствие быстрой пресыщаемости познавательной деятельностью, требующей волевых усилий; чтобы бороться с отвлекаемостью необходимо отсутствие ярких раздражителей и помех в виде шума, яркого света и т.п.

Недостатки внимания специфичны для детей с различными формами ЗПР. Тем не менее недостаточность произвольного внимания не позволяет детям уяснить цели учебной задачи или игрового задания, инструкций по их выполнению, что обуславливает неуспешность, недостаточную результативность деятельности.

Ощущения и восприятие. Дети с ЗПР получают фрагментарные искаженные знания об окружающем мире из-за недостаточной дифференциации ощущений, поэтому они путают сходные предметы, признаки, явления, слабо вычлняют элементы из объекта, затрудняются в выстраивании целостного образа, образы – представления менее точны, их меньше по объему, чем у нормально развивающихся детей. Целостные образы предметов, картины окружающего времени, ориентировка в пространстве и времени формируется медленно. Вследствие недостаточного развития сенсорной сферы процесс переработки поступающей из внешнего мира информации замедлен, фрагментарен, часто искажен.

У детей с ЗПР отсутствует целенаправленность, планомерность, различение существенных и несущественных признаков и явлений при наблюдении за объектом или самостоятельной исследовательской деятельности. Действия хаотичны и импульсивны. Это тормозит развитие памяти и мышления – когнитивных (познавательных функций) более высокого порядка.

Память. Развитие произвольной памяти в раннем возрасте в связи с недостаточной познавательной активностью. Продуктивность запоминания зависит от характера материала и выполнения деятельности. Наглядный материал запоминается лучше, чем вербальный, что связано с недоразвитием функций левого полушария головного мозга у детей с ЗПР, обнаруженной в процессе современных нейродиагностики (О.В. Дробинская, М.Н. Фишман) и др..

Развитие механической памяти в младшем и среднем дошкольном возрасте зависит от выраженности психоорганического синдрома, от развития мотивационной сферы ребенка: может быть более низкая результативность запоминания; медленное нарастание продуктивности запоминания (требуется больше упражнений на разучивание чего – либо); сниженный объем запоминания; повышенная тормозимость при отвлечении в процессе запоминания; более низкий (на 2 – 3 года) уровень продуктивности памяти.

Развитие произвольной памяти в старшем дошкольном возрасте обнаруживает ту же закономерность, что и развитие произвольной памяти : лучше запоминается невербальный материал. Расхождение между уровнем развития вербальной и невербальной памятью выше, чем у нормально развивающихся детей.

Особенно плохо дети запоминают понятия, сюжеты материала, где присутствует причинно – следственная связь, поэтому особенно трудно усваивается формирование математических понятий.

При специально организованной развивающей и коррекционной деятельности мнестическая деятельность детей заметно улучшается.

Мышление выходит за границы эмпирического познания, связано с уровнем развития второй сигнальной системы, опосредственным познанием мира. Мыслительную деятельность дошкольников исследовали У. В. Ульяновская и Т. Д. Пускаева. Ярче выражены недостатки у детей с ЗПР с резким замедлением интеллектуального развития, повреждением корковых отделов головного мозга.

Развитие наглядно – действенного мышления в раннем возрасте не отличается от сверстников, если нет выраженного недоразвития интеллекта.

Как отмечалось выше, примерно у 60 % детей с ЗПР в младшем и среднем дошкольном возрасте (у 30 % здесь нет отклонений) позднее, чем у нормально развивающихся сверстников формируется наглядно – образное мышление, преобладают мыслительные операции, характерные для периода развития детей с наглядно – действенным мышлением (сенсомоторная фаза развития интеллекта, по Ж.Пиаже).

Прежде всего, ученые отмечают, что у детей с ЗПР снижена мотивация к интеллектуальной деятельности, поэтому нужны дополнительные стимулы.

В старшем дошкольном возрасте темп формирования словесно – логического мышления заметно падает. У 15 % он соответствует норме. У 70 % отстает. Дети могут хорошо владеть приемами элементарных форм классификации: распределять фигурки на основе признаков (величины, цвета, геометрических форм. При этом возможны ошибки, связанные с недостаточным вниманием, или дифференциацией сходных предметов (дети могут спутать овал с кругом, розовый и оранжевый оттенки). Недостаточно дети умеют выполнять задания на обобщение, более сложную классификацию предметов по родовой принадлежности. Дети могут показывать объект, но не могут вспомнить его название. Ученые выявили, что примерно у 20 % детей с ЗПР уровень словесно – логического мышления очень низкий, только начинает развиваться, что требует особой коррекционно – развивающей работы с детьми.

К началу обучения в школе без коррекционной помощи многие дети не овладевают такими компонентами мыслительной деятельности, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстрагирование, что обуславливает трудности адаптации этих детей к учебному процессу.

Е.В.Мальцева выявила три группы нарушений развития речи.

Первую группу составляет изолированный фонетический дефект: нарушения звукопроизношения сонорных звуков «м», «н», «л», «р», шипящих «ш», «ж», «ч», «щ», свистящих «с», «з»). Причиной этого является недостаточность речевой моторики: дети с трудом удерживают артикуляционную позу, мышцы языка напряжены, у 45 % детей с ЗПР выявлены дефекты строения зубного ряда. Она выявила этот дефект у «7 % детей с ЗПР с проблемами речевого развития.

Ко второй группе относится комбинированный дефект: нарушения звукопроизношения и звукоразличения, что связано с недоразвитием фонематического слуха. Эти факты наблюдались у 52, 6 % таких детей.

Третью группу составляют дети с системным недоразвитием речи (22,7 %). Наряду с проблемами звукоразличения и звукопроизношения у детей с ЗПР отмечается бедность активного словаря, трудности слогаобразования и овладения грамматическим строем речи.

Е.С. Слепович отмечает, что у нормально развивающихся детей процесс словотворчества заканчивается к старшему дошкольному возрасту. У детей с ЗПР этот процесс затягивается до младшего дошкольного возраста. При этом неологизмы у таких детей имеют ряд особенностей: они неожиданно соединяют морфемы (К. И. Чуковский приводит примеры детских неологизмов, точно подмечая возраст «от двух до пяти») «колоток» вместо «молоток», «копалка» вместо «лопатка» и т.д.; своеобразно используются уменьшительно – ласкательные суффиксы «моренька» (от слова «море»), «соленька» (от слова «соль»).

В активном словаре преобладают существительные и глаголы, мало используются прилагательные, причастия и другие части речи. Дети затрудняются в использовании синонимов и антонимов.

При ЗПР церебрально – органического генеза, как отметила Л.В. Кузнецова, наблюдается нарушение речевой деятельности как системы.

Особенности развития личности. На развитие личности в онтогенезе влияют сочетания биологического и социокультурного аспектов развития, образуя единый ряд социально-биологического развития личности. О причинах возникновения и проявления ЗПР говорилось выше.

В дошкольном возрасте выявляются недостатки развития не только познавательной, но и других сфер личности, личности ребенка в целом.

Уже на основе особенностей темперамента у детей с ЗПР возникают предпосылки для нарушения эмоционально – волевой сферы личности. А.И. Баркан предлагает определять особенности темперамента ребенка на основе педагогического наблюдения, опроса воспитателей и родителей. (С.179 – 184).

Л.В. Кузнецова отмечает, что у детей с ЗПР трудно сглаживать недостатки темперамента, т.к. для них характерными являются:

- повышенная моторная активность,
- низкая выносливость, высокая отвлекаемость, нарушения настроения, т. е. разбалансированность процессов возбуждения и торможения, слабости нервных процессов, инертности развития эмоционально – волевой сферы личности, регулятивов поведения, жит причиной в качестве вторичного дефекта развития дезадаптивного поведения, неврозов или психопатии.

Как отмечает И.А.Коробейников процесс адаптации и социализации детей с ЗПР затруднен в силу интеллектуальной недостаточности или незрелости эмоционально – волевой сферы. Следует заниматься профилактикой тревожности, детских страхов.

У ребенка с ЗПР недостаточно развиты рефлексия – самоанализ внутреннего состояния и эмпатия – способность понимать мир другого человека. Поэтому детей на специальных

коррекционно – развивающих занятиях обучают навыкам рефлексивного и эмпатического общения, саморегуляции поведения, особенно в нестандартных или конфликтных ситуациях. Специальные исследования ученых выявили, что уровень эмпатии детей с неярко выраженной формой интеллектуальной недостаточности ближе к нормальным детям, чем к умственно отсталым. При этом эмоции страдания дети с ЗПР опознают лучше, чем нормально развитые дети. Эмоциональные состояния других людей дошкольники воспринимают по мимике и другим формам невербального общения. Хуже развит навык рефлексии и саморегуляции состояния и поведения. Эти особенности необходимо учитывать в коррекционной работе.

Особенности общения. Дети с ЗПР имеют тягу общения с младшими детьми. Многие избегают общаться со сверстниками. В силу внушаемости дети подвержены влиянию сильного лидера или ребенка более старшего возраста. Поэтому над быть внимательными к кругу неформального общения этих детей.

Они умело общаются на невербальном уровне с помощью мимики и жестов. Надо прилагать усилия к формированию навыков вежливого вербального общения.

Л.В. Кузнецова, ссылаясь на исследования под ее руководством Н.Ю. Купряковой, отмечает следующее. Если межличностные контакты с окружающими взрослыми или детьми не складываются, ребенок в коллективе имеет отрицательный статус (до 70% детей с ЗПР по результатам социометрии ученых становятся в детском коллективе «изгоями» или «непринятыми»), то он ведет себя заторможено, робко или у него формируется агрессивно – защитный тип поведения. В неблагоприятной психологической ситуации задержка психического развития прогрессирует, ребенок ведет себя как находящийся на низкой стадии развития, т.к. самостоятельно не способен находить выход из затруднительной ситуации и нуждается в помощи психолога или воспитателя.

Л.В. Кузнецова предлагает обращать на поведение ребенка с ЗПР в конфликтной ситуации и выбор защитного механизма:

- агрессии по отношению к младшим и более слабым детям, игрушкам, животным;
- бегства от ситуации (ухода в себя, в болезнь, чтобы не посещать детский сад: у ребенка утром появляется рвота, головные боли, боли в животе и т.д.);
- регрессии, когда ребенок не хочет взрослеть, проявлять самостоятельность, инициативу, ибо искаженные формы их проявления приносят ему неприятности;
- отрицания трудностей и неадекватной оценки реальности, когда ребенок лжет, фантазирует, представляет себя сильным, вытесняя из сознания психотравмирующую ситуацию.

Неумение выстроить конструктивные контакты с окружающими, неадекватность самооценки у детей с ЗПР может способствовать развитию негативных личностных отношений и асоциальных тенденций в подростковом возрасте.

Мотивационно потребностная сфера детей с ЗПР. Л.В. Кузнецова, Р.Д. Тригер отмечают необходимость теплых поддерживающих отношений «ребенок – взрослый» для стимуляции развития мотивационной сферы дошкольников и младших школьников, при этом указывая на дисгармоничность реального уровня развития и потенциальных возможностей этих детей. Дети позитивно относятся к необходимости познавательной деятельности, соблюдению правил поведения, но эти знания не являются побудительными мотивами их деятельности. Они нуждаются в дополнительных стимулах, влияющих на развитие их мотивационной сферы.

Особенности образа «Я» при ЗПР. Н.Л. Белопольская, на исследования которой ссылается Л.В. Кузнецова, отмечает нарушение половозрастной идентификации детей с ЗПР (неосознанному отождествлению себя с соответствующей половозрастной группой). Дети не хотят «расти», становятся взрослыми, их устраивает положение «быть младенцами», получать постоянно помощь взрослых, не прилагать усилия к преодолению трудностей.

Автопортреты – самоописания старших школьников выглядят скудно, замедляется формирование «Я – концепции» личности, ее самосознания, тем более трудно формировать позитивную и адекватную интегрированную «Я – концепцию», которая является мощным стимулом саморазвития личности.

Особенности деятельности дошкольников. Л.В.Кузнецова отмечает, что «на протяжении дошкольного возраста» отмечается задержка в смене форм общения со взрослым и форм целостной деятельности, обеспечивающей наиболее оптимальное присвоение человеческого опыта на том или ином этапе возрастного развития».

Даже в старшем дошкольном возрасте дети тяготеют к предметно – действенным операциям, Задерживается смена ведущих видов деятельности. Е.С. Слепович указывает, что дети с ЗПР с трудом осваивают навыки сюжетно – ролевой игры, не могут самостоятельно выбрать тему, распределить роли, следовать игровым правилам, что затрудняет безболезненный переход от игровой к познавательной деятельности, усугубляя остроту протекания кризиса 7 лет.

Игровая деятельность необыкновенно привлекательна и эффективно влияние различных форм игры на протекание коррекционного процесса, интенсифицирующего развитие личности дошкольника.

С целью организации эффективной коррекции развития ребенка по типу ретардации важно грамотно провести дифференциальную диагностику задержки психического развития от сходных с ней состояний.

В этой области накоплены знания, благодаря психологическим, нейрофизиологическим, педагогическим и др. Исследованиям отечественных ученых Т.В. Егоровой, А.Я. Ивановой, А.О. Дробинской, С.Д. Забрамной, В.И. Лубовскому, Е.М. Мастюковой, С.Г. Шевченко, М.Н. Фишман и др., исследованиям зарубежных ученых О. KIRK и др..

Очень важно отличить осложненные формы ЗПР, особенно церебрально – органического генеза, от умственной отсталости.

Е.А. Стребелева обращает внимание на основной признак разграничения умственной отсталости и ЗПР: при ЗПР характерны парциальность, мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности ребенка. При умственной отсталости выявляется тотальность и иерархичность нарушений деятельности ребенка, обусловленное «диффузным, разлитым поражением коры головного мозга». Это выявляется при нейрофизиологическом и нейропсихологическом исследовании функционирования структур головного мозга.

Она также отмечает, что для детей с ЗПР не характерна диспластичность облика, которая наблюдается у умственно отсталых детей. Нет грубых проявлений неврологического статуса у детей с ЗПР, таких, как у умственно отсталых детей, хотя неврологи выявляют легкую неврологическую симптоматику.

С помощью психологической диагностики – использования тестов для проверки общего интеллектуального развития различают умственную отсталость и ЗПР с помощью вычисления коэффициента интеллекта, который показывает соотношение умственного и хронологического возраста личности.

Известны тесты А. Бине, матричные задачи Равенна для определения коэффициента интеллекта. Умственная отсталость представлена разными уровнями:

IQ – 50 – 70 условных единиц – легкая степень умственной отсталости – дебильность;

IQ 20 – 50 условных единиц – умеренная степень умственной отсталости (имбецильность);

IQ – 20 и менее - глубокая умственная отсталость (идиотия);

IQ - 70- 90 условных единиц – выраженная задержка психического развития.

В пособии «Диагностика и коррекция психического развития» (С.70 – 104) описана методика определения психологической готовности к школьному обучению детей с ЗПР.

существуют различные методики, направленные на выявление ЗПР разной степени выраженности, которые ориентированы на сопоставлении качественно – количественных показателей развития ребенка по разным параметрам исследования.

Л.В. Кузнецова предлагает использовать в качестве метода педагогической диагностики анкету для выявления детей группы риска (от 5 до 10 лет).

В нашем пособии приведена диагностика оценки уровня развития с помощью тестовых листов развития В. Штрасмайера, т.к. эта диагностика позволяет выявить различные уровни отставания в развитии (отставание на 30 % характерно для детей с умственной отсталостью, на 15 % - для детей с ЗПР) на различных этапах дошкольного периода (от 1 месяца до 5 лет).

Констатировать различные виды умственной отсталости или задержки психического развития могут только районные или муниципальные ПМПК (психолого–медико–педагогические консилиумы) на основании компетентной и комплексной диагностики развития ребенка различными специалистами в соответствии с Письмом МО РФ от 27.03.2000 г.

Ю.А. Разенкова приводит данные, что осуществление коррекции развития детей с ЗПР с функциональными и органическими поражениями ЦНС на первом году жизни в Доме ребенка позволило у 28 % воспитанников нормализовать ход и темп психического развития, максимально приблизив их к норме. Для 32% детей с тяжелым прогнозом развития стали доступны «индивидуальные образовательные маршруты», снизившие трудность обучения детей в школе.

Полученные наукой данные дают основание сделать вывод, максимально раннее начало психолого – педагогической коррекции, включение семьи в этот процесс – вот перспектива развития системы государственной помощи.

При обследовании детей важно учитывать уровень «зоны ближайшего развития» (по Л.С. Выготскому). Дети с ЗПР при незначительной помощи взрослого лучше справляются с заданиями, если взрослый создал хороший психологический климат и правильно использует методы помощи таким детям. У детей с ЗПР уровни обученности, развития, и воспитанности на «актуальном уровне развития» при осложненных формах ЗПР могут быть слабо отличаться от уровней развития умственно отсталых детей. Но дети с ЗПР быстрее овладевают навыками действий, нормативного поведения, чем умственно отсталые дети, т. к. у них высок потенциал обучаемости, развиваемости и воспитуемости. Современной наукой начата разработка прогностических методик изучения потенциала развития детей в « зоне ближайшего развития». Так А.Я Иванова разработала методику «Обучающий эксперимент» для определения обучаемости ребенка, которая приведена в пособии Л.В. Кузнецовой. На первом (ориентировочном) этапе предлагается ребенку выполнять задания самостоятельно для определения актуального развития. На втором этапе (восприимчивость к помощи) происходит обучение с использованием стимулирующих развитие познавательной деятельности методов. Дети с ЗПР здесь показывают динамику продуктивности, которой у умственно отсталых детей не наблюдается, т. к. для них нужны не только особые методы, но другое содержание обучения. На третьем этапе (переноса) ребенок самостоятельно выполняет действия, которому его только что обучали. Демонстрируют полный перенос (правильно выполняют действия и объясняют его) нормально развитые дети. Демонстрируют неполный перенос (правильно выполняют действия, но неточно вербально объясняют его) дети с неярко выраженной ЗПР). Осуществляют полный перенос в наглядно – действенной форме, но не объясняют действия вербально дети с более выраженной ЗПР. Умственно отсталые дети демонстрируют только отдельные фрагменты действий или демонстрируют отсутствие переноса совсем, неспособность никак отразить в речи эти действия.

Е.А. Стребелева отмечает, что игровая форма организации деятельности ребенка с ЗПР повышает продуктивность деятельности, у умственно отсталых детей такого повышения не наблюдается, ребенок часто уходит от выполнения задания, если оно ему не по силам.

При этом она указывает на более эмоциональный характер игровой деятельности, более характерный для детей с ЗПР, чем для детей с умственной отсталостью, для которых характерна недоразвитие эмоциональной сферы.

У детей с ЗПР менее отстает развитие процессов регуляции произвольных форм деятельности. В обоих случаях недостаточное развитие волевой сферы, механизмов регуляции состояний и деятельности обуславливает трудности в обучении и воспитании.

Е.А. Стребелева отмечает, что дошкольники с ЗПР лучше овладевают изобразительной деятельностью. Западные ученые М.Воллах и Н. Коган отмечают, что для детей с недостаточно высоким интеллектом нередко характерен высокий уровень художественно – творческих, креативных способностей. Умственно отсталые дети, по мнению Е.А. Стребелевой, даже при специальном обучении ИЗО изображают схематичные фигурки предметов. Но современные западные исследования доказывают, что многие эксперименты доказывают, что можно развивать специальные способности олигофренов до высокого уровня. Так специальные Олимпийские игры доказывают высокий уровень развития психомоторных способностей.

Дети с ЗПР охотно играют в игры, но бедность воображения не позволяет им полно освоить и обогатить содержание игры, они не умеют представить игру в умственном плане. Они осваивают самостоятельно сюжетные игры, но только при помощи со стороны в процессе специального обучения овладевают навыками сюжетно – ролевой игры. Умственно отсталые дети остаются на уровне предметно – игровых действий.

С.Д. Забрамная, Е.А. Стребелева, Т.А. Стрекалова и др. отмечают для детей с ЗПР скачкообразность, т.е. динамику всех форм мыслительной деятельности: наглядно – действенного, наглядно – образного и словесно – логического в процессе коррекционно – развивающего обучения, в то время, как у умственно отсталых детей такой динамики не наблюдается.

Так же важно отличать ЗПР от раннего детского аутизма и моторной алалии. Эти отличия такие же, как отличия умственной отсталости от данных видов дизонтогний, они описаны нами в лекциях об умственно отсталых детях.

4.5. Основные направления работы с детьми с ЗПР

Для преодоления недостатков развития ребенка с ЗПР требуется комплексная медико – психолого – педагогическая коррекция.

С.Г. Шевченко отмечает, что в концепции коррекционного обучения и воспитания должны взаимодействовать лечебно – профилактическое, диагностико – консультативное, учебно – воспитательное и социально – трудовое направления. Подробно особенности системы коррекционно – развивающего образования изложены в типовых программах для учреждений УП типа, в учебно – методических пособиях специалистов, отмеченных в списке литературы в конце данной главы и нами литературы. Сегодня интенсивно развивается рынок литературы по проблемам дошкольного воспитания и развития и коррекции и развития.

Организация работы с детьми с ЗПР. При некоторых типах и степенях задержки психического развития целесообразно специализированное обучение. Но мы полагаем, что при интегрированной системе образования дошкольников с задержкой психического развития, неотягощенной нарушением мозговых структур, будут более продуктивны результаты коррекционной работы.

Комплекс лечебно – оздоровительных мероприятий по выявлению отклонений в здоровье и ослабления проявлений мозговой недостаточности описан в лекциях об умственно отсталых детях. Следует здесь подчеркнуть, что современная медицина способна свести к минимуму и во многих случаях устранить проявление мозговой недостаточности, обуславливающей задержку психического развития.

При этом особое внимание следует уделить организации щадящего режима дня, занятий с детьми с ЗПР. Следует чередовать психические нагрузки, отдых с адекватным двигательным режимом. Важно следить воспитателям за наступлением утомления ребенка:

- в психофизическом состоянии: частота заболеваемости, бледность или покраснение кожи как проявление вегетососудистых реакций, вялость или повышенная раздражительность, плаксивость, агрессивность и т.п.

- в моторике - нарушение координации, вялость или повышенная активность движений с признаками повышенного возбуждения;

- в когнитивной сфере – ухудшение концентрации внимания, снижение активности в интеллектуальной деятельности.

В процессе обучения следует обратить не на содержательную сторону, а на процессуальную сторону организации познавательной деятельности, т.к. ребенок с ЗПР с не очень яркой степенью выраженности способен усвоить программу обучения и воспитания детей, разработанную для нормально развивающихся детей. Нужны специальные методы коррекционно -развивающего обучения.

Л.С. Маркова предлагает оригинальный подход к выстраиванию коррекционной образовательной среды как целостной системы специального обучения и воспитания детей с ЗПР. С целью создания условий для эффективной коррекционно – развивающей работы предполагается работа по повышению профессиональной компетентности педагогов в работе с проблемными детьми, мероприятия по гуманизации образовательной среды, совершенствованию содержания и технологий коррекционно – развивающего обучения и воспитания, апробация новых форм работы с родителями.

Отечественными учеными разработаны программы коррекционно – развивающего обучения для дошкольных учреждений (коррекционных) У11 типа.

Л.С. Маркова, С.Г. Шевченко и др. охарактеризовали содержание коррекционно – развивающей работы с дошкольниками, в основе которой лежит игровая деятельность как ведущий вид деятельности для данного возраста (Д.Б. Эльконин). Несформированность навыков игровой деятельности существенно влияет на замедление развития когнитивной и др. сфер личности ребенка. Е.С. Слепович обращает внимание на то, что для нормально развивающегося ребенка и ребенка с замедлением развития игровая деятельность является основной, игровая деятельность является основной формой коррекции, обеспечивая устранение последствий различных психологических травм, развитие всех сфер личности. Во второй книге описаны технологии коррекционной работы с дошкольниками, в основе которых лежит игровая деятельность.

Развитие моторики и когнитивно – эмоциональных сфер личности в процессе физкультурной деятельности. Как отмечалось выше, особое внимание следует уделить развитию когнитивно – эмоциональной сфер и мелкой моторики. В процессе занятий физкультурной деятельностью активные движения стимулируют созревание нервной системы, стимулируют деятельность участков головного мозга, связанных с движениями, что позитивно влияет на когнитивное развитие ребенка. В свою очередь взаимосвязь физического и когнитивного развития дошкольника средствами физкультурной деятельности способствует совершенствованию движений ребенка, что дает уверенность в своих силах, позволяет позитивно влиять на эмоциональный тонус ребенка, развитие воли, навыков планирования и самоконтроля.

Грамотная организация двигательной активности с учетом различных форм ЗПР позволит совершенствовать костно – мышечную систему ребенка, положительно влиять на развитие органов дыхания, сердечно – сосудистую систему, работу органов пищеварения, мочеобразования, работу системы крови, на укрепление иммунной и вегетососудистой, центральной нервной системы ребенка. С помощью развития общих навыков двигательной активности (бег, прыжки, метание, лазанье и др.) улучшаются ловкость, выносливость,

снимается мышечная напряженность или слабость мышечного тонуса. Обучать плаванию и катанию на лыжах и коньках, играм с мячом надо так, чтобы наряду с физическим развитием совершенствовались дифференциация ощущений, восприятие, мышление и воображение ребенка, эмоциональная зрелость, волевая регуляция и при этом осуществлялось мануальное развитие (пальцев и кистей рук).

Включение специальных упражнений на глубокое дыхание, формирование навыков самомассажа, психогимнастические упражнения, занятия телесно – ориентированной терапией способствуют устранению гиподинамии и гиперстении, скованности движений или различных лишних движений. Необходимы специальные упражнения на совершенствование функционирования вестибулярного аппарата, что активизирует пространственное восприятие дошкольников, освоение окружающего пространства без совершения действий подверженности риску жизни и здоровья подрастающими дошкольниками.

В программу включен специально разработанный интегрированный курс «Ознакомление с окружающим миром и развитие речи», который помогает ребенку более полно и адекватно изучать окружающий мир, опыт взаимодействия с окружающим миром, социумом, при этом развиваются интеллектуальные, коммуникативные способности, обогащается речь ребенка, что благоприятно влияет на его мировосприятие.

Е.А. Екжанова, Л.С. Маркова, С.Г. Щевченко, Т.Г. Неретина, У.В. Ульенкова и др. разработали интересные программы с использованием приемов развития изобразительной деятельности детей с ЗПР. Рисование, работа с пластилином, различными материалами способствует не только развитию мелкой моторики, дифференциации ощущений, развитию восприятия, но способствуют формированию мотивации к познанию мира, который так красочен, динамичен, богат и интересен. Изобразительная деятельность, конструирование развивают мыслительную деятельность ребенка, его воображение, способствуют снятию психоэмоционального напряжения. Не случайно в психокоррекционной работе особое внимание уделяется методам арттерапии (терапии с использованием искусства). В свою очередь включение элементов психогимнастики, музыкальной терапии, рисуночной терапии, танцевальной терапии, драматизации в организацию занятий ИЗО, музыки, ритмики и т.п. способствует совершенствованию программ и технологий работы с детьми с ЗПР.

Введены специальные пропедевтические отделы по подготовке к обучению чтению, письму, родному языку математике, позволяя ребенку овладеть рациональными способами решения учебных задач, приемами мыслительной деятельности, увеличивается удельный вес тренировочной работы по развитию мелкой моторики, восприятия, всех видов мышления дошкольника и формирования специальных для изучения предмета навыков. Все этапы подготовки детей к школе при коррекционно – развивающем обучении развернуты. Интересны в этом плане двухгодичная программа Т.Л. Захаровой, Е.В. Ключенковой др.

Наряду с этим полезно использовать авторские программы формирования саморегуляции как компонента способности к обучению Е.Б. Аксеновой, развития коммуникативных способностей для успешной социализации старших дошкольников Е.Е. Дмитриевой, коррекции нравственного развития и поведения Г.И. Ефремовой.

Особое внимание уделяется коррекционно – развивающему методу обучения:

- из-за недостаточного развития словесно – логического мышления у старших школьников следует в работе с детьми больше использовать наглядность, чем словесным инструкциям;

- продолжительность и интенсивность психической нагрузки на ребенка учитывает особенности развития ребенка;

- в практику работы включаются специальные коррекционно – развивающие занятия на развитие познавательной сферы с учетом особенностей когнитивного развития, описанного выше;

- для создания благоприятного психологического климата и обеспечения повышенного индивидуального внимания обеспечивается малая наполняемость группы, предусматривается время для индивидуальных занятий, проводится профилактика утомляемости и отвлекаемости;

- педагог формирует комфортные, партнерские взаимоотношения, центрированные на ребенке, учит ребенка кооперативному взаимодействию в детском коллективе, что чрезвычайно важно для адаптации и социализации ребенка.

Мы полагаем, что рекомендации Л. Бродвея, Б.А. Хил по мультисенсорному развитию детей с различными особенностями восприятия помогут повысить качество коррекционно – развивающего обучения дошкольников.

Нейропсихологами доказано, что у разных детей способы сенсорного познания мира разные: визуалы - зрители тяготеют к зрительной информации, аудиалы – слушатели – к информации, воспринимаемой на слух, кинестетики или осязатели - деятели предпочитают осваивать мир с помощью движения.

Ученые предлагают комплекс упражнений для мультисенсорного развития, начиная с младенческого возраста. Расширяется поле освоения информации, качество развития восприятия. Подробно с этими упражнениями можно ознакомиться, изучив данные пособия. Мы же предполагаем, что у детей с ЗПР, особенно раннее развитие которых осуществлялось в неблагоприятных психолого – педагогических условиях эти каналы обработки информации еще более сужены, чем у нормально развивающихся детей, т. к. сцены драк и несоблюдение санитарно - гигиенических норм в помещении препятствуют развитию визуального восприятия (ребенок многое не хочет видеть), ссоры и недоброжелательное вербальное общение способствует сужению визуальной информации, т. к. ребенок многое не хочет слышать, ограниченность пространства, недостаточные возможности для развития двигательной активности снижают порог развития моторики. Именно данные причины служат у некоторых детей пусковым механизмом снижения мотивации к познавательной деятельности в сочетании с опытом неудач в различных видах деятельности и общения с окружающими. Поэтому эффективны монтессори

– игры на развитие сенсорной сферы, упражнения В. Штрайсмайера, Семеновича и др. Следует уделить внимание использованию всех каналов получения информации: визуальному, аудиальному, двигательному

– осязательному в процессе различных занятий. Как известно, дети лучше всего учатся друг у друга, поэтому при организации групповых форм работы полезно формировать группы из зрителей, слушателей и деятелей, чтобы при выполнении различных заданий, во – первых, дети получали более полную и адекватную картину при изучении предметов, явлений и процессов, во – вторых, дети осваивали с помощью друг друга различные приемы получения информации об окружающем мире, в – третьих, мультисенсорное стимулирование работы различных участков головного мозга послужит предпосылкой для развития разных форм мышления, существенно интенсифицирует развитие познавательной, интеллектуальной сферы личности.

Особо значима роль психолога в дошкольном учреждении, которая заключается не только в организации коррекционно – развивающих занятий. Н.В. Бабкина разработала систему психолого – педагогического сопровождения детей с ЗПР в общеобразовательной школе, которая может быть успешно адаптирована к ДОУ. Диагностическое направление включает первичную экспресс- диагностику и комплексную диагностику проблемных детей, в частности детей с ЗПР. С.Г. Шевченко, А.Д. Вильшанский особое внимание уделяют взаимодействию психолога с другими специалистами: дефектологом, логопедом, воспитателями, мерработниками и т.д. Коллегиальное обсуждение развития детей с ЗПР на психолого – педагогических консилиумах позволяет выработать единые гуманистические подходы к обучению и воспитанию детей, основываясь на знании их индивидуальных особенностей.

Коррекционно – развивающая работа содержит комплекс мероприятий по развитию когнитивной, эмоционально – волевой сфер личности, формированию произвольной регуляции деятельности и поведения.

Нами разработана и успешно апробируется программа организации специальных коррекционно – развивающих занятий для детей с ЗПР на основе тренинговых занятий с использованием технологии директивной игротерапии, на которых в форме игры развиваются не только когнитивные способности, но регулируется эмоционально – волевая сфера личности, дети овладевают навыками рефлексии, эмпатии, самовоспитания. Специальные упражнения на снятие физиологических и психологических страхов и аффектов, на снятие агрессии и коррекцию застенчивости, беседы на этические темы и ролевые игры, коррегирующие поведение детей, сочетаются с организацией занятий по развитию внимания, ощущений и восприятия, произвольной сферы, памяти, мышления и воображения. Уделяется внимание развитию не только отдельных психических процессов, но развитию личности как целостной системы, гармонизации развития личности, включению в коррекционный процесс 5 механизмов само- : самопознания и развития опыта ребенка, самоорганизации, саморегуляции состояний , самоконтроля поведения, самовоспитания воли, характера. Эти занятия сочетаются с индивидуальной работой с ребенком по реализации индивидуальных программ развития дошкольников, разработанных на диагностической и прогностической основе.

При этом успешно используются авторские методики диагностики формирования мыслительной деятельности, формирования общей способности к учению детей 6 – 7 лет У.В. Ульянковой, О.В. Лебедева.

Консультативно – просветительское и профилактическое направление заключается в оказании помощи воспитателям и родителям, чтобы педагоги и родители овладели навыками гуманного воспитания ребенка с проблемами в развитии, умело оказывали помощь и поддержку ребенку в кризисные периоды развития и трудных жизненных ситуациях, помогали ребенку решать его проблемы, формируя позитивную « Я – концепцию» и самооценку.

Особое внимание следует уделить индивидуальному подходу к ребенку в процессе адаптации и на протяжении всего дошкольного образования. Предлагается анкета Л.И. Уманского для составления индивидуальных программ развития на диагностической основе. Наряду с комплексными данными медико–психологического обследования и рекомендациями медиков и психологов, в некоторых случаях логопедов и дефектологов, данными комплексной психодиагностики предлагается педагогическая диагностика изучения индивидуальных особенностей дошкольников.

Программа для изучения индивидуально – типологических особенностей дошкольника.

Проявляет усидчивость на занятиях или только когда заинтересован?

Может ли продолжительно заниматься игрой?

Стремится ли довести работу до конца.

Инициативен ли в играх, нуждается ли в подталкивании со стороны взрослых, других детей?

Общителен ли, легко сходится с детьми или малообщителен, трудно сходится?

Стремится ли поделиться мыслями, переживаниями, впечатлениями? Охотно ли делится или когда спрашивают?

Отзывчив ли ? Оказывает ли помощь?

Какое настроение свойственно (бодрое, веселое, спокойное, эмоциональное, пониженное)?

Что более свойственно: постоянное или изменчивое настроение?

Как относится к неудачам, обидам?

Раздражителен ли: помехи, возражения вызывают досаду или же реагирует спокойно?

Насколько впечатлителен?

После неудачи быстро успокаивается или переживает?

Может ли заниматься, играть, одновременно слушая других, разговаривая?

Умеет ли распределять внимание?

Часто ли бывает рассеянным?

Как быстро переключается внимание с одного занятия на другое?

Каков обычный темп движений (быстрый, средний, медленный, порывистый, плавный)?

Смел или труслив?

Быстро ли переключается на новую ситуацию в игре, в физкультурных упражнениях?

Характеристика внешних форм речи: говорит быстро, медленно, плавно, отрывисто, с мимикой?

Как долго может молчать, быть недеятельным?

Как переносит необходимость ждать?

Как быстро привыкает к незнакомой обстановке?

Как чаще засыпает, пробуждается?

Спокойно ли спит?

Как быстро переходит от состояния покоя к активной деятельности и наоборот?

Как реагирует на медицинскую процедуру?

Как часто жалуется на недуг?

Каковы особенности поведения при травмах? Как ведет себя в стрессовой ситуации и во время конфликтов?

Особенно в плане эффективности коррекционной работы с детьми с ЗПР, воспитывающихся в системе специального или интегрированного образования, является составление карт и программ индивидуального развития ребенка.

Здесь будут полезны рекомендации А.И.Баркана по индивидуальному подходу в воспитании детей с различным темпераментом.

Надо учитывать все плюсы и минусы и развивать позитивные особенности характера, связанные с темпераментом: жизнелюбие, оптимизм, деловитость, общительность у сангвиников, спокойствие, сдержанность, миролюбие у флегматиков, энергичность, настойчивость холериков, чувствительность, тонкость восприятия окружающего мира и окружающих людей меланхолика.

Следует не подавлять, а управлять темпераментом, сглаживая недостатки, не навязывая ребенку черты другого темперамента.

У сангвиника следует вырабатывать устойчивость интересов, учить терпению в деятельности и в общении, учить доводить начатое до конца, искоренять небрежность и непостоянство в общении с друзьями, поощрять с помощью различных стимулов нравственность в поступках.

Флегматика нельзя торопить, чтобы не затормозить его развитие. Его надо обучить рациональному использованию времени, напоминая о том, что желательно к этому времени (будильник перед глазами) надо выполнить какое – либо дело. Ускорять действия надо с помощью игры наперегонки со взрослым или игрушкой, другим ребенком. Следует развивать общительность флегматика, обучая приемам выражения эмоциональных реакций. Надо умело стимулировать и поощрять сообразительность, воображение, быстроту и точность выполняемых заданий. Надо постоянно мягко тормозить ребенка, не оставляя без внимания, чтобы не прогрессировали вялость и инертность.

Холерика надо постоянно организовывать, направляя его энергию в полезные дела, воспитывать настойчивость, сдержанность, учить бороться с аффектами, гневом, раздражительностью, учить бесконфликтному общению с детьми не путем наказаний, но с помощью четких настойчивых требований вместо уговоров, проигрывая ситуации «как не надо себя вести», «как правильно поступать в тех или иных, особенно конфликтных ситуациях». Необходимо подбирать игры, укрепляющие процессы торможения, не позволять смотреть телевизор или играть в шумные игры перед сном и т.д. Холерика надо учить вежливости, не уговаривать, а требовать такта в общении, извинения за проступки.

Меланхолика полезно мягко поддерживать, внушать веру в успех, подбадривать, отвлекая от негативных переживаний. Необходимо учить преодолевать застенчивость, робость повышать самооценку, замечая и отмечая малейшие успехи. Маленькому ребенку надо помогать, подсказывать. Подрастающему ребенку надо уменьшить дозу помощи, подбадривать, поощряя инициативу и самостоятельность, чаще повторяя «Ты чудесный ребенок». Необходимо с учетом способностей найти такую сферу деятельности, где ребенок чувствует себя уверенно, переживает радость успеха. Нельзя запугивать меланхолика, публично ругать и наказывать, вовлекать его без подготовки в шумные коллективные игры. Если правильно воспитывать меланхолика, он вырастет добрым, трудолюбивым, отзывчивым, что оценят окружающие.

А.И. Баркан дает конкретные рекомендации по изучению и обеспечению успешной адаптации ребенка к дошкольному образовательному учреждению.

Признаками «трудной» адаптации к дошкольному учреждению являются:

Отрицательные эмоции проявляются от нерезко выраженных признаков неудовольствия типа хныканья при уходе родителей до депрессии, когда ребенок ведет себя, будто окаменелый, погружен в себя, отказывается есть, не участвует в играх и беседе с воспитателем и сверстниками.

Страх – спутник негативного состояния. Малыш боится новых лиц, условий, боится, что мама не придет за ним. Страх – источник стресса, пускового механизма невротизации личности.

Гнев неожиданно вспыхивает. Безучастность может сменяться шумными рыданиями с призывом мамы, с проявлениями агрессии, конфликтности. Гнев и агрессия способны разгораться по малейшему и внешне непонятному поводу.

Положительные эмоции в первые дни отсутствуют. Но улыбка и смех ребенка – первые ласточки, возвещающие о завершении адаптационного процесса.

Социальные контакты – это благо для успешной адаптации. Ребенок может быть замкнутым, нелюдимым, держаться в стороне от ребят. Он может схватить воспитательницу и потребовать, чтобы она отвела его домой. Как только ребенок наладит первые контакты с детьми, включится в режим деятельности, в игру, начнутся позитивные сдвиги в решении трудностей адаптационного периода.

Познавательная деятельность – спутник положительных эмоций для нормально развивающихся детей, но не для детей с ЗПР. Поэтому надо уметь использовать игры, игрушки для постепенного развития мотивации к познавательной деятельности и для развития и коррекции когнитивной сферы личности.

Трудовые навыки - навыки самообслуживания могут стать как бы утраченными у ребенка, находящегося в стрессовом состоянии. Насмешки детей усиливают негативное состояние и адаптацию ребенка к условиям проживания и конструктивной деятельности в коллективе.

Особенности речи. У детей с ЗПР могут прогрессировать в период стресса дефекты речевого развития, о которых говорилось подробно выше. Активное речевое общение начинается только тогда, когда процесс адаптации осуществляется в позитивном русле.

Сон вначале отсутствует совсем. Ребенок вскакивает, заторможен или гиперактивен в период засыпания. Он может начать плакать или отказываться спать. Потом при засыпании сон будет поверхностным, сон может прерываться пробуждением. Только при условии полной адаптации к режиму детского сада наступает полноценный сон.

Аппетит часто отсутствует, ребенок может объявить голодовку. Иногда у ребенка наблюдается повышенный аппетит, отсутствие чувства сытости. На фоне стресса ребенок худеет или поправляется, потом все входит в нормальное русло.

Кратковременное повышение температуры без видимых причин медики называют «адаптационными свечами», которые свидетельствуют о тяжести протекания адаптационного периода. Разлука с мамой на длительный период, страх, стресс, срыв адаптации может привести к невротизации развития ребенка, интенсифицировать процессы соматических, психосоматических или психогенных заболеваний.

Вот почему так необходимы мероприятия по организации благополучной адаптации ребенка к дошкольному образовательному учреждению. Необходима консультация с участковым педиатром, какой тип адаптации возможен у ребенка. Какое время надо выбрать для поступления в детский сад. Для детей с ЗПР нежелательно начинать посещение детского сада в период возрастного кризиса – в 3 года. Желательно посещать детское образовательное учреждение раньше или позже.

При явных признаках ЗПР по решению медико – психолого – педагогической комиссии ребенок может быть направлен в дошкольное образовательное учреждение У11 типа. Но право выбора специальной, домашней или интегрированной формы образования остается за родителями.

Перед поступлением в детский сад родителям надо рекомендовать провести все коррегирующие мероприятия, которые назначил врач.

Желательно заранее познакомить ребенка с детским садом, где он будет находиться. Можно разрешить присутствие мамы в период адаптации находится рядом с ребенком в моменты прогулок, чтобы мама помогла наладить контакты малыша с воспитателем и другими детьми. Хорошо, если ребенок идет в детский сад с другом.

Рекомендуется родителям спланировать отпуск на момент адаптации ребенка к дошкольному учреждению, чтобы до первых признаков позитивного включения в жизнь детского коллектива ребенок посещал учреждение неполный день.

Воспитателю надо с улыбкой и радостью встречать ребенка, хвалить, какой он молодец, что дорос до сада.

Необходим благоприятный психологический, бесконфликтный климат в семье и в дошкольном учреждении, индивидуальный подход к ребенку, психолого – педагогическая помощь в период адаптации.

Рекомендуется в выходные дни дома создавать такой же режим дня, как в дошкольном учреждении и закреплять полученные в детском саду навыки дома.

Не реагировать на выходки ребенка, не наказывать его за срывы. При выраженных невротических реакциях рекомендуется ребенку несколько дней побыть дома и выполнить рекомендации психолога и детского врача по укреплению нервной системы ребенка.

Организация работы с родителями. В рамках взаимодействия семьи и дошкольного образовательного учреждения хорошие результаты дает работа с родителями по повышению педагогической культуры воспитания детей с ЗПР в семье. Л.С. Маркова рекомендует не только популяризировать медицинские и психолого – педагогические знания в процессе просветительской работы, но организовывать практико – ориентированные занятия, индивидуально давать советы, проводить консультации именно по воспитанию в семье конкретного ребенка с его особенностями и проблемами, обучая родителей гуманному, чуткому, партнерскому взаимодействию с ребенком.

В.В. Столин рекомендует проводить сеансы семейной психотерапии, т.к. модели реагирования и поведения ребенка закладываются в семье под воздействием взрослых и коррекционную работу следует организовывать не только с детьми, но и семьей.

Следует организовать семинары, тренинговые занятия для родителей, обучая их «искусству любить ребенка с проблемами развития», обучению и воспитанию ребенка с ЗПР дома в соответствии с общей программой коррекционно – развивающей работы с ребенком. Объединение усилий педагогов и родителей помогут повысить настроение, самооценку ребенка, его мировосприятие, контактность во взаимоотношениях с окружающими.

Совместная подготовка к праздникам, организация конкурсов, культпоходов в театры, экскурсий совместно с родителями позволяет качественно улучшить воспитательный процесс в ДОУ и в семье.

Таким образом, разработка научно–теоретических основ, методологической базы, методики диагностики и коррекционно – развивающей работы с детьми с ЗПР позволит своевременно и эффективно оказать поддержку в развитии ребенка, что позитивно отразится на успешности подготовки к школе и к жизни.

ГЛАВА 5. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

5.1. Определение дефицитарного развития

Дефицитарное развитие относится к группе поврежденного развития. При дефицитарном развитии, связанном с тяжелым нарушением сенсорных, анализаторных систем (зрения, слуха, опорно – двигательных систем), аппарата речи возникают отклонения в развитии. На основе первичных органических дефектов формируются вторичные, препятствующие социализации детей.

Зрение, слух, моторика играют ведущую роль в ориентировке человека в окружающем мире, поэтому проблема компенсации нарушений анализаторов особо актуальна.

В решение данной проблемы внес вклад И.П. Павлов, открывший рефлекторный принцип взаимосвязи физиологических процессов живого организма и внешней среды, а также взаимосвязь внутренних функциональных систем.

Опираясь на этот принцип, развивались воззрения ученых о компенсации дефектов развития, обосновывалось доказательство того, что при дефицитарном развитии формируются замещающие механизмы как надстройка над поврежденными функциями.

М.И. Земцева также отметила роль принципа анализа и синтеза нервной деятельности в процессе компенсации нарушенных функций. Аналитико – синтетическая деятельность осуществляется уже на первом уровне воздействия внешних раздражителей на периферические воспринимающие информацию из внешнего мира рецепторы, при трансформации энергии внешнего мира в нервные процессы. Аfferентные нервные проводники, промежуточные механизмы центральной нервной системы передают эту информацию в различные участки коры головного мозга. Кортиковые анализаторы представляют собой сложный механизм аналитико – синтетической переработки информации и выработки ответной реакции человека на эту информацию из внешнего мира.

Теория Ухтомского помогает понять, как происходит непрерывное установление новых связей, отражающих информацию из внешнего мира и торможение этих связей под воздействием новых раздражителей или при утрате физиологического значения ранее образованных связей. Согласно принципу динамической системности нервной деятельности в организме нет изолированных функционирующих органов и систем. Все осуществляется на основе взаимосвязи и взаимодействия. Организм представляет собой единое целое.

Учеными накоплен достаточный опыт по изучению нарушения анализаторных систем и механизмов компенсации. Но в настоящее время в условиях развития рынка выявились недостатки по осуществлению педагогической работы, по реабилитации детей с

дефицитарным развитием, по подготовке слепых, глухих, молодых людей с нарушениями опорно – двигательного аппарата к жизни и труду, для обеспечения их занятости в сферах интеллектуального труда.

Слабо в практике специального образования, по мнению Л.И. Солнцевой, используется опыт включения детей с дефицитарным развитием в игровую, предметно – практическую, трудовую деятельность, что тормозит эффективное формирование компенсаторных процессов. Таким образом, актуализируется проблема совершенствования обучения и воспитания детей с дефицитарным развитием в системе непрерывного, начиная с дошкольного, образования, чтобы эффективно готовить их к жизни и труду. Одновременно следует готовить общество к восприятию людей с дефицитарным развитием как равных людей. Общество должно в достаточной мере заботиться о людях с проблемами развития, чтобы помочь им адаптироваться к социуму.

5.2. Понятия глухоты и тугоухости как формы дефицитарного развития личности

Проблемами оказания коррекционной помощи глухим и тугоухим детям занимается сурдопсихология и сурдопедагогика.

Система коррекционной помощи детям с нарушением слуха постоянно совершенствуется. Эта проблема привлекает внимание мировой общественности. Организована Всемирная Федерация глухих. В резолюции Конгресса данной Федерации(1988) говорится: « Глухие относятся к детям с особым языком общения, своей субкультурой, обычаями и пр. Нарушение прав на свой язык следует расценивать как нарушение прав человека».

К категории детей с нарушениями слуха относятся дети, имеющие стойкое, необратимое нарушение слуха (слух восстановить нельзя), двустороннее (на оба уха) нарушение слуховой функции, при котором общение с окружающими затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота). По состоянию выраженности дефекта различают глухих и тугоухих.

Глухота – полное отсутствие слуха или форма его понижения, при которой разговорная речь воспринимается лишь частично, с помощью слуховых аппаратов.

Тугоухость – снижение слуха на оба уха, при котором возникают затруднения в восприятии речи, однако при усилении голоса это восприятие становится возможным.

Существуют различные взгляды на определение причин нарушений слуха. Наиболее часто выделяют 3 группы причин и факторов, которые вызывают патологию слуха (Д. И. Тарасов и др.).

К первой группе причин относятся наследственные факторы. Данные причины приводят к нарушениям в структуре слухового анализатора и развитию наследственной тугоухости.

На долю наследственных факторов детской глухоты приходится от 30 до 50% всех случаев. Наследственная глухота или тугоухость могут сочетаться с другими аномалиями органов и систем организма (заболевания органов зрения, патология костно – мышечной системы, нервной, эндокринной и т. д.).

Генетики, которые занимаются вопросами наследования глухоты, отмечают, что в геноме человека может быть до 50 различных генов, влияющих на остроту слуха. Вероятность рождения глухого или слабослышащего ребенка резко возрастает, если один из родителей страдает наследственной формой глухоты. Если наследственная форма глухоты обнаруживается у обоих родителей, то вероятность рождения ребенка с полноценным слухом превышает 50%.

Ко второй группе причин относят факторы эндогенного и экзогенного воздействия на орган слуха плода (без наследственного отягощения), ведущие к появлению врожденной тугоухости.

Большое значение имеют болезни матери в период беременности. К подобным заболеваниям относят краснуху, грипп, паротит. Оказывает влияние также прием во время беременности определенных лекарств, резус-несовместимость плода и будущей матери.

На появление патологии развития слуха у ребенка влияет прием беременной женщиной алкоголя, наркотиков, а также работа на предприятиях с повышенной запыленностью и другими профессиональными вредностями (особенно в первые месяцы беременности).

Факторы третьей группы воздействуют на орган слуха здорового ребенка на различных стадиях его развития и приводят к возникновению приобретенной тугоухости.

Наиболее часто причиной появления приобретенной тугоухости являются последствия перенесенного острого среднего отита. Степень снижения слуха при заболеваниях среднего уха различная. Но чаще всего встречаются легкая и средняя степень снижения слуха. Возникают они вследствие перехода воспалительного процесса на внутреннее ухо. Одной из причин возникновения тугоухости является воспаление ствола слухового нерва. Роль инфекционных заболеваний в этиологии нарушений слуха велика. Наиболее опасны такие заболевания, как эпидемический менингит, туберкулезный менингит, скарлатина и др.

Поражается слух под воздействием антибиотиков (канамицин, стрептомицин, неомицин и др.). Около 50% случаев приобретенной тугоухости у детей наблюдаются после приема таких антибиотиков (Д. И. Тарасов). Возникает риск при лечении этими препаратами – развиваются глухота, недоношенность, общая соматическая ослабленность ребенка.

К причинам, приводящим к нарушениям слуха, относят родовые травмы, наложение щипцов на головку плода при родоразрешении, оперативные вмешательства на среднем ухе (осложнение после операции), разрыв цепи слуховых косточек при травмах, аденоидные вегетации и др.

Порой бывает сложно выявить первопричину возникновения слухового дефекта. Возможно сочетание сразу нескольких причин, приводящих к снижению слуха. В то же время, одна и та же причина может вызвать разные формы тугоухости или глухоты. По различным источникам, от 4 до 6% населения нашей планеты страдают теми или иными расстройствами слуха. Однако подавляющее большинство людей с дефектами слуха относятся к категории слабослышащих.

5.3. Классификации глухих и слабослышащих детей

Педагогическая классификация детей с нарушениями слуха Р. М. Боскис. Эта классификация построена на психологическом изучении взаимодействия слуха и речи. Теоретической основой классификации являются положения, определяющие своеобразие развития ребенка с нарушениями слухового анализатора.

Нарушение слухового анализатора у ребенка необходимо рассматривать в его принципиальном отличии от подобного недостатка у взрослых. У взрослых людей к моменту нарушения слуха речь сформирована, а дефект слухового анализатора оценивают с точки зрения возможности общения на основе слуха. Утрата слуха в детстве влияет на ход психического ребенка и приводит к возникновению целого ряда вторичных дефектов. Нарушается речевое развитие ребенка. Если же глухота возникает рано, это приводит к полному отсутствию речи. Немота препятствует нормальному формированию словесного мышления, что ведет к нарушению познания.

Для правильного понимания развития ребенка с недостатком слуха важно учитывать возможность самостоятельного овладения речью. Нарушение слуха, с одной стороны, препятствует нормальному развитию речи, с другой стороны, нормальное функционирование слухового анализатора находится в зависимости от уровня речевого

развития. Чем выше уровень речевого развития ребенка, тем больше возможностей использовать остаточный слух. Человек, владеющий языком, имеющий достаточный словарный запас, способен лучше воспринимать обращенную речь, т. к. улавливает знакомые слова и фразы по смыслу, в контексте фразы. Дети, у которых речь развита лучше, производят впечатление слышащих. Чем более развит у ребенка слух, тем больше возможностей для самостоятельного развития речи на основе подражания речи окружающих.

Р. М. Боскис рассматривает недостаточность слуха у ребенка с точки зрения развития речи при данном нарушении слуха. Чем лучше речь у ребенка, тем больше возможностей использовать свой слух. При глухоте обнаруживается потеря слуха выше 80 дБ. В том случае, если при аудиометрии обнаружено снижение слуха меньше 80 дБ, говорят о тугоухости.

Педагогическая классификация детей с недостатками слуха, разработанная Р.М. Боскис, построена на критериях, учитывающих 4 фактора:

- степень снижения слуха;
- время возникновения поражения слуха;
- наличие дополнительных отклонений в развитии;
- условия развития ребенка после поражения слуха.

Классификация нарушений слуха по времени возникновения дефекта:

- врожденные нарушения слуха связаны с наследственными аномалиями органа слуха;
- приобретенные нарушения возникают после инфекционных заболеваний как следствие осложнений, связаны с последствиями заболеваний носоглотки,
- приобретенные нарушения обусловлены черепно - мозговыми травмами ребенка в раннем возрасте.

Р.М. Боскис по степени выраженности дефекта предложила детей делить на следующие группы:

- 1) глухие без речи (ранооглохшие);
- 2) глухие, сохранившие речь (позднооглохшие);
- 3) слабослышащие дети, обладающие развитой речью с небольшими ее недостатками;
- 4) слабослышащие дети с глубоким речевым недоразвитием.

На основе этой классификации создается сеть образовательных учреждений для детей с недостатками развития слуха.

Одной из распространенных классификаций глухих детей является классификация, разработанная Л.В. Нейманом.

Для выяснения степени поражения слуховой функции, Л. В. Нейманом проводились исследования слуха глухих и слабослышащих детей методом тональной аудиометрии и с помощью речи.

Классификация глухих и слабослышащих детей по степени поражений слуховой функции Л.В. Неймана.

Л. В. Нейман выделяет 4 группы глухих в зависимости от объема воспринимаемых частот:

1-я группа – глухие дети, воспринимающие самые низкие частоты (125-150 Гц). Эти дети не различают каких-либо звуков речи и реагируют либо на очень громкий голос у самого уха, либо на интенсивные звуки на близком расстоянии (крик и т. д.).

2-я группа – глухие дети, воспринимающие частоты 150-500 Гц. Дети этой группы реагируют на громкий голос у уха, различают гласные «о», «у», способны воспринять другие очень громкие звуки на небольшом расстоянии.

3-я группа – дети, воспринимающие звуки в диапазоне низких и средних частот, от 125 до 1000 Гц.

4-я группа – дети, воспринимающие частоты от 125 до 2000 Гц.

Дети, относящиеся к 3-й и 4-й группе, различают менее интенсивные и разнообразные по частоте звуки на близком расстоянии (звуки музыкальных инструментов, бытовые звуки – звонок в дверь, звонок телефона и т. д.).

Дети 4-й группы различают почти все гласные, отдельные фразы и слова, звучащие возле уха и на небольшом расстоянии.

Все глухие дети имеют большие или меньшие остатки слуха. Остаточный слух в процессе специальной работы по развитию слухового восприятия играет важную роль в формировании устной речи.

Тугоухость выражается тоже в различной степени. Л. В. Нейман выделяет 3 группы слабослышащих детей по степени понижения слуха в области речевого диапазона частот (от 500 до 4000 Гц).

В зависимости от потери слуха выделяют 3 степени тугоухости:

1-я степень – снижение слуха в речевом диапазоне не превышает 50 дБ; восприятие частот в пределах 125-8000 Гц. Речевое общение вполне доступно. Возможно разборчивое восприятие речи разговорной громкости на расстоянии более 1 м.

2-я степень – снижен слух в речевом диапазоне до 70 дБ. Речевое общение затруднено. Разговорная речь воспринимается на расстоянии менее 1 м.

3-я степень – снижен слух в речевом диапазоне до 70 дБ. Речь разговорной громкости становится неразборчива даже у самого уха. Общение осуществляется с помощью громкого голоса на близком от уха расстоянии.

Самостоятельно овладеть речью с трудом могут дети, обладающие снижением слуха на 15-20 дБ. Л. В. Нейман предлагает принять эту степень потери слуха в качестве условной границы между нормальным слухом и тугоухостью. По классификации Л. В. Неймана, условная граница между тугоухостью и глухотой находится на уровне 85 дБ.

В медицине в настоящее время при оценке состояния слуха детей используется Международная классификация нарушений слуха:

Средняя потеря слуха определяется в области частот 500, 1000, 2000 Гц.

1-я степень тугоухости – снижение слуха не превышает 40 дБ.

2-я степень тугоухости – снижение слуха от 40 до 55 дБ.

3-я степень тугоухости – снижение слуха от 55 до 70 дБ.

4-я степень тугоухости – снижение слуха от 70 до 90 дБ.

Снижение слуха более чем на 90 дБ определяется как глухота.

Существует также классификация глухих детей со сложным дефектом, т.е. аномалии слухового анализатора сочетаются с различными видами дизонтогенезов.

Глухие и слабослышащие дети с нарушением зрения.

У более чем 50 % обследованных детей выявлено нарушение зрения. У данной группы детей это является единственной причиной школьной неуспеваемости. Поэтому каждый ребенок с патологией слуха должен находиться под динамическим наблюдением врача – офтальмолога. Нарушение зрения в виде миопии встречается у 25 % слабослышащих и у 35% глухих. Нарушения зрения приводят к повышенной утомляемости глаз и всего организма в целом, а также к постоянным головным болям.

Глухие и слабослышащие дети с нарушениями мышечной системы. К этой группе детей относят глухих детей с детским церебральным параличом. Данные нарушения препятствуют успешной учебе в школе, снижают возможность социальной реабилитации и адаптации, даже когда у ребенка нет умственной отсталости.

Синдромальные формы глухоты. В настоящее время описано около 500 синдромальных форм глухоты. Продолжая исследования, ученые выявляют и дополняют к описанным признакам новые синдромы. Ранняя клиническая диагностика, организация адекватного процесса воспитания и обучения способствуют более полной социальной адаптации и реабилитации глухих детей. Частота встречаемости синдромов Маршала, Крузона и др. составляет примерно 1%.

Многие дети, поступившие в школу с диагнозом «задержка психического развития», в результате адекватного педагогического воздействия в условиях санаторной школы впоследствии продолжает получать образование по обычной программе в школах для глухих и слабослышащих детей.

Глухие и слабослышащие дети с умственной отсталостью. У глухих детей может быть различная форма умственной отсталости – как олигофрения, так и деменция. Глухие дети с неосложненной формой олигофрении имеют благоприятный прогноз, они очень часто вполне социально реабилитированы. У глухих детей с прогрессивными заболеваниями (шизофрения, эпилепсия и др.), приводящими к прогрессированию умственной отсталости, прогноз отрицательный как в отношении социальной адаптации, так и в жизни в целом.

5.4. Характеристика особенностей развития детей с нарушением слуха

Исследования глухих и слабослышащих детей отечественной и зарубежной наукой показали, что повреждение анализаторов существенно осложняет развитие детей. Большинство из них отстают в физическом и, при отсутствии специальных занятий, в интеллектуальном развитии. Возникает потребность в организации коррекционных занятий еще в дошкольном возрасте.

В плане физического отставания, по наблюдениям Н.А. Рау, у глухих и слабослышащих детей отмечаются шаткая походка, шарканье ногами, неловкость движений. Расстройства вестибулярного аппарата нередко приводят к снижению устойчивости и потере равновесия.

Глухота или тугоухость являются причиной несформированности речи, что в свою очередь приводит к торможению развития познавательной деятельности и словесно-логического мышления. Поэтому педагоги огромное внимание уделяют особому обучению и воспитанию глухих и слабослышащих дошкольников. Чем раньше начинается коррекционная работа, тем более она эффективна.

Развитие интеллекта у детей с нарушениями слуха. У детей дошкольного возраста наблюдается усиленное развитие всех психических процессов, в частности, мышления, памяти, восприятия и т. д. В силу дефекта дети с нарушениями слуха значительно отстают от своих сверстников, поэтому здесь необходимо целенаправленное систематическое обучение и воспитание в детском саду.

Ребенок, принимая живое участие в повседневной жизни, общаясь со взрослыми и сверстниками, активно развивается. У него формируется речь, складываются представления об окружающем мире. Проводимые в детском саду занятия для глухих и слабослышащих дошкольников помогают им получить знания и умения, соответствующие возрасту, подготовиться к школе, а также развивают интеллектуальную деятельность на основе развития полноценного восприятия (объем, полнота, осмысленность, апперцепция, константность).

Проблемой воспитания ребенка с нарушениями слуха занимались многие исследователи-педагоги. На основании работ Н.А. Рау, Б.Д. Корсунской, А.А. Катаевой, Н.Г. Морозовой, Т.И. Обуховой можно сделать определенные выводы. Таким детям требуется специальное обучение в специализированных детских садах, хотя общие направления развития детей с дефектами слуха и здорового ребенка в целом совпадают. Глухие и слабослышащие дети обладают рядом особенностей. У них наблюдается: недоразвитие в

плане зрительного восприятия, в частности, низкая скорость восприятия и узнавания предметов; замедленное формирование подражания, а также затруднения при выборе по образцу; отсутствие речи и дефицит доречевого общения.

Этот дефицит приводит к задержке развития познавательной деятельности и словесно-логического мышления. Именно поэтому следует уделять повышенное внимание умственному воспитанию детей с нарушениями слуха.

При нарушении слуха уровень развития речи неодинаков и зависит от следующих факторов: степень нарушения слуха; время возникновения дефекта слухового анализатора; педагогические условия, в которых находился ребенок после нарушения функционирования слухового анализатора; индивидуальные особенности самого ребенка. Педагогические условия, в которых находился ребенок с момента нарушения слуха, имеют огромное значение для его психического и речевого развития.

С целью ранней диагностики проводится аудиологический скрининг новорожденных, детей первого года жизни в родильных домах и детских поликлиниках по месту жительства, специальный скрининг по методике с использованием звукореактотеста (ЗРТ), позволяющие констатировать нарушение слуха у детей. В сурдологических кабинетах проводится комплексное медико – психолого – педагогическое обследование детей уже с определением диагноза и выработкой рекомендаций по дальнейшей коррекционной работе.

Также необходимым компонентом диагностической и коррекционной работы является медицинское обследование отоларингологом и лечение органов слуха и носоглотки, чтобы глухота и тугоухость, вызванные заболеваниями этих органов, не прогрессировали.

Е.А. Стребелева наряду со скрининговыми исследованиями и медицинским обследованием описывает процедуру педагогического исследования дефектологом в (сурдопедагогом) в сурдологическом кабинете поведенческих реакций ребенка на звучание игрушек с разным диапазоном частоты звуков, а также обследования речи. Врач - сурдолог и педагог – сурдолог проводят работу с родителями, учат их общаться с ребенком и правильно воспитывать ребенка в семье, нацеливают на организацию коррекционной работы с младенческого и раннего дошкольного возраста. Проводится комплексное психологическое обследование ребенка для определения уровня его общего развития, наличия различных форм отклонений наряду с дефицитным развитием ребенка.

Таким образом, чем раньше будет организовано специальное обучение, коррекционная работа, тем полноценнее будет развитие ребенка.

5.5. Коррекционная помощь детям с нарушениями слуха

Как отмечалось выше, чем раньше были предприняты специальные как медицинские, так и педагогические меры по устранению последствий снижения слуха, тем более успешно будет развиваться ребенок. Создание речевой среды в семье, проведение раннего слухопротезирования, организация специальной работы по развитию слухового восприятия и речи определяет успешное развитие ребенка.

Система коррекционно – развивающей работы осуществляется на основе решения образовательных, развивающих и коррекционных задач. Организация работы с детьми с проблемами слуха разнообразна. В соответствии с выделенными категориями детей в педагогической классификации были созданы различные типы образовательных учреждений. В нашей стране для дошкольников есть разные специализированные образовательные учреждения: детские сады для глухих, детские сады для слабослышащих и поздно оглохших детей.

В некоторых случаях, если глухота осложнена другими проблемами развития, здоровья ребенка, осуществляется обучение по индивидуальной программе на дому. Альтернативная форма обучения на дому с участием дефектолога помогает рано начать коррекционную работу. В сурдологических кабинетах системы здравоохранения по месту жительства, в

стационарах при лоротделениях, в группах кратковременного пребывания специальных дошкольных учреждений, при научных медицинских и педагогических центрах, на базах вузов может оказываться систематическая и квалифицированная помощь детям младенческого и раннего возраста, детям, воспитывающимся в образовательных учреждениях общеобразовательного типа, детям, которые имеют другие отклонения в развитии или по состоянию здоровья не могут посещать дошкольные учреждения, детям с высоким уровнем психофизического развития по желанию родителей. Родителей учат общаться с детьми, правильно их воспитывать, оказывать коррекционную помощь. Так решается проблема индивидуализации образования в условиях комфортного домашнего режима.

В России и за рубежом имеется богатый опыт интегрированного образования.

Н.Д. Шматько дает характеристику моделям интегрированного обучения.

Временная интеграция является подготовкой к более совершенной форме интегрированного обучения. Почти не говорящие дети с проблемами слуха поступают в дошкольные учреждения и для них формируются специальные группы, в которых проводится коррекционная работа с учетом уровня развития слуха и речи.

Следующей ступенькой является комбинированная интеграция. По направлению медико – психолого – педагогической комиссии дети с незначительными ограничениями слуха и речи, позднооглохшие дети или дети из временных групп посещают группу, где воспитываются нормально слышащие дети. С ними проводятся индивидуальные занятия с участием сурдопедагога или дефектолога, помогая овладеть программой общеобразовательного типа. В массовой группе рекомендовано иметь не более двух детей с отклонениями в развитии, в том числе детей с проблемами слуха.

Н.Д. Шматько отмечает, что, как правило, специальные группы работают круглосуточно, а массовые – только днем. Если ребенок с проблемами слуха общается с нормально слышащими детьми и себе подобными, то это положительно влияет на развитие ребенка, расширяя его диапазон общения с различным кругом людей.

Наиболее совершенной является третья ступень полной интеграции. Эта модель популярна за рубежом и к ней мы постепенно переходим в России. Полная интеграция рекомендована глухим и слабослышащим детям с высоким уровнем психофизического развития. Индивидуально проводятся занятия по коррекции нарушенной слуховой и речевой функций под руководством дефектолога в специальном сурдологическом кабинете.

В настоящее время появились смешанные дошкольные группы, где в два раза больше нормально слышащих детей, чем детей с нарушениями слуха, количество детей в группе, естественно, небольшое. В такой группе воспитатели работают совместно с дефектологами. Желательно, чтобы дети с проблемами слуха не имели других отклонений в развитии.

Многие ученые полагают, что интегрированное образование способствует социализации и интенсификации развития детей с отклонениями в развитии. Кроме того, нормально развивающиеся дети оказывают помощь детям с проблемами, проявляя чуткость и заботу, что играет большую роль в их нравственном развитии. Совершенствование системы дошкольного образования детей с отклонениями в развитии предусматривает параллельное развитие специального и интегрированного образования как взаимодополняющих форм коррекционной работы с детьми с особыми образовательными потребностями.

Образовательный процесс как в системе интегрированного, так и специального образования строится с учетом специфики развития этих детей.

Программа обучения и воспитания детей с нарушением слуха включает 9 разделов. Гармонизированное развитие ребенка предполагает физическое, трудовое воспитание, ознакомление с окружающим миром, игровую деятельность, развитие изобразительной

деятельности, работу по развитию речи, формирование элементарных математических представлений, а также обучение чтению.

1. Первостепенное внимание уделяется физическому развитию, оздоровительной работе с детьми.

Двигательная активность организуется таким образом, чтобы сформировать основные движения, стимулировать деятельность вестибулярного аппарата. Коррекция координации движений связана с развитием ориентировки детей в пространстве. Проводится профилактика нарушения осанки и плоскостопия, различных заболеваний.

2. Трудовое воспитание направлено на формирование навыков самообслуживания, хозяйственно – бытовой деятельности и мотивации к трудовой деятельности, формирование культуры труда. Особое внимание уделяется развитию мелкой моторики как предпосылке развития интеллекта.

Развитие мелкой моторики осуществляется в процессе подражания детьми движениям рук преподавателя. Так, к примеру, прежде чем манипулировать с предметами, ребенок имитирует процессы умывания, стирки, забивания гвоздей и т. д. Впоследствии движения усложняются. С ребенком разучивают знаки тактильной азбуки. Умение подражать формируется у детей при помощи определенных игр: зеркало, мозаика, выкладывание узоров из палочек по образцу и др..

3. Ознакомление с окружающим миром расширяет представление дошкольников о мире природы, жизни людей, о взаимодействии ребенка со сверстниками и взрослыми. Эта работа важна не только в плане общего развития ребенка, но и в плане коррекции фрагментарности, неполноты представлений об окружающем мире в связи с наличием дефекта. Поэтому используются предметы – заместители, формирующие у детей представления о звуках, чтобы мир предстал перед ребенком во всей полноте и красоте. Кроме того, звуковые сигналы опасности машин, других объектов, представляющих угрозу жизни и здоровью, учат воспринимать с помощью акцентуации внимания на зрительных и других распознавателях источника опасности.

Как правило, формирование представлений об окружающей жизни у детей с нарушениями слуха начинается с первых дней пребывания в детском саду. Двух – трех – летние глухие или слабослышащие дети еще не владеют речью. Ознакомление с окружающими предметами и явлениями происходит в процессе игровой деятельности.

На специальных занятиях дети получают представления и сведения о предметах и явлениях окружающей жизни, строении предметов, об их назначении. Кроме того, даются первоначальные сведения о жизнедеятельности человека и животных. Занятия проводятся с широким использованием наглядных пособий, натуральных предметов. Организовываются экскурсии, просмотры кинофильмов и диафильмов. Параллельно проводятся занятия по развитию речи, где дошкольники закрепляют словарь, полученный при манипуляциях с различными предметами.

Сведения, полученные на первом году обучения, пополняются новыми данными в дальнейшем. Так, к примеру, при изучении темы «Животные и растения» в первый год ребята просто наблюдают за животными на улице, в живом уголке при группе, в зоопарке, просматривая фильмы и телепрограммы. Постепенно дети запоминают названия животных и птиц, названия действий животных и птиц.

На втором году обучения происходит значительное пополнение сведений о животных и растениях. Дошкольники запоминают, где живут различные животные и птицы, а также их детеныши, чем питаются, их значение для человека. Постоянные наблюдения и выяснение привычек животных формируют у ребят мыслительные операции. Дети анализируют, синтезируют, сравнивают и обобщают полученные в процессе занятий знания. То есть идет активное развитие умственной деятельности ребенка.

На третьем и четвертом году в процессе обучения по специальной программе дети способны выделять домашних и диких животных, животных, обитающих в южных странах. Различают основные части тела животных, а также основные составляющие растений. Все ранее полученные сведения обобщаются и систематизируются.

Если дети воспитываются со слышащими детьми, то для них устраиваются актерские или кукольные спектакли, где нормально слышащие дети дают детям в игровой форме сведения о мире, быте, произведениях творчества, рассчитанные на детскую аудиторию. Дети видят не только зрительные образы, но и артикуляцию поющих детей, танцы под музыку способствуют усвоению ритма. Позднее дети с проблемами слуха принимают участие в этих спектаклях и полнее осваивают речь, с помощью ритмических движений и песен осваивают новые представления, расширяя диапазон своих возможностей и способностей.

4. Формирование игровой деятельности связано с использованием наряду с игрушками и игровых атрибутов предметов – заместителей, воображаемых предметов и действий, чтобы компенсировать недостатки восприятия информации из окружающего мира детьми с дефектами слуха.

Игра способствует гармонизированному развитию ребенка, симулирует развитие адаптивных способностей, социализации ребенка.

5. Развитие способностей к изобразительной и конструктивной деятельности, сенсорной сферы осуществляется на занятиях по обучению рисованию, лепке, аппликации, конструированию. Развитие мануальных навыков, зрительного восприятия не осложнено структурой дефекта, поэтому может использоваться как развитие компенсаторных возможностей, в какой – то мере стать началом подготовки к профессиональной деятельности детей, у которых ярко выражены художественно – творческие или конструкторские способности.

Уже на первых занятиях дети с нарушениями слуха выполняют специальные упражнения, направленные на развитие сенсорной сферы. Для этого применяются разнообразные наглядные пособия: яркие игрушки, натуральные предметы. Ребята учатся рассматривать предметы, выявлять свойства тех или иных предметов, сравнивать предметы между собой.

Большое внимание уделяется работе с бумагой. Дети с нарушениями слуха определяют, какой бывает бумага (цветная – белая, глянцевая – бархатная и т. д.), что можно сделать с бумагой (складывать, резать, рвать и т. д.). Занятия с применением бумаги позволяют формировать у ребенка также и геометрические представления.

6. Формирование речи у глухих детей основывается на компенсаторном использовании сохранных анализаторов в условиях специального обучения. Активно привлекаются зрительное и слуховое восприятие, кинестетические ощущения, тактильно вибрационная чувствительность. Сурдопедагог помогает глухому ребенку овладеть движениями речевого аппарата, развить слуховое восприятие (с обязательным использованием звукоусиливающей аппаратуры).

Развитие речи слабослышащих детей проходит на основе остаточного слуха при условии естественного общения.

Позднооглохшие дети имеют сформированную, развитую речь. У них наблюдается разный уровень сохранности речи. Позднооглохшие дети должны приобретать навык зрительного восприятия устной речи позже самого момента овладения речью. Этим они отличаются от остальных детей с нарушением слуха.

Одним из главных условий проведения работы по развитию речи является организация слухо – речевой среды, которая предполагает постоянное речевое общение с ребенком при условии использования слуховых аппаратов.

При работе с ребенком используется слуховой аппарат. При поступлении ребенка в школу работа по развитию речи, памяти и мышления в целом будет продолжена.

В настоящее время инновационной является разработанная Институтом коррекционной педагогики РАО модель интегрированного обучения детей с нарушениями слуха с нормальными детьми. По мнению Н.Д. Шматько, интеграция будет эффективна, если глухой или слабослышащий ребенок с нормальным уровнем психофизического развития, владеющий речью, попадет в речевую среду слышащих детей, что будет стимулировать интеллектуально – творческое и коммуникативное развитие ребенка, что облегчит его адаптацию к социуму.

Р.М. Боскис считает, что овладение навыками дактилологии как своеобразной формой словесной речи уместно в обучении всех детей с проблемами слуха наряду с овладением звуковой речью.

На первом году обучения детям с нарушениями слуха положено знать не менее 230 слов. К семи годам словарь должен увеличиться до 2000-2300 слов.

7. На специальных занятиях для детей с нарушениями слуха, кроме овладения навыками речи дефектолог ставит задачи умственного воспитания, которые также реализуются в процессе всех видов деятельности: формируются полные и яркие представления и понятия об окружающем мире, развиваются познавательные способности, речь, интеллект и различные психические процессы.

Сведения, получаемые дошкольником на занятиях, должны обязательно закрепляться в процессе игр, труда, причем, не только в детском саду, но и дома.

На таких занятиях кроме специальной работы по овладению навыками дактилологии и звуковой речью с детьми с нарушениями слуха обязательно проводятся упражнения на развитие внимания: «Лото», «Найди пару», «Подбери и покажи». Дети учатся внимательно воспринимать слуховой материал с закрытыми глазами на определенном расстоянии от источника звука, стоя спиной к нему. Подобные упражнения требуют максимальной сосредоточенности ребенка.

Расширение интересов детей, широкое использование наглядных пособий, а также строгое соблюдение режима учебной деятельности и отдыха позволяют формировать у детей с нарушениями слуха устойчивое произвольное внимание, что очень важно для интеллектуального развития. Педагог должен стараться сознательно направлять внимание дошкольников на изучаемые предметы и явления. Это, в свою очередь, развивает у детей способность наблюдать.

Огромное значение придается сенсорному воспитанию детей с нарушениями слуха, особенно развитию слухового восприятия. Проводятся упражнения на различение речи и неречевых звуков. В процессе занятий у ребенка складываются определенные представления о мире звуков, что благоприятно сказывается на качестве устной речи.

Сформированность наглядно-образного и наглядно-действенного мышление постепенно приводят к формированию словесно-логического мышления. Дети с нарушениями слуха сильно отстают в этом плане от нормально слышащих сверстников. Именно поэтому формирование мыслительной деятельности детей осуществляется в единстве с развитием речи. Весь программный материал разделен по темам и предполагает ступенчатое (поэтапное) развитие умственных действий.

8. Обучение детей с нарушениями слуха элементарной математике также способствует их интеллектуальному развитию. На первом году обучения ребенок учится по образцу подбирать нужное количество предметов. Еще не зная чисел, не умея считать, он составляет множества из одинаковых предметов, объединяя их по форме, величине, цвету. Постепенно дети учатся соотносить количество предметов с количеством пальцев. Путем сравнения с предыдущим усваивается новое число. Таким образом, ребенок усваивает, что, к примеру, 3 больше, чем 2. Для того чтобы сделать поровну, нужно убрать один мячик или прибавить

один грибочек. В процессе занятий наряду с наглядными пособиями должен широко использоваться раздаточный счетный материал. Практическая деятельность с предметами помогает ребенку лучше усвоить учебный материал.

9. Осуществляется и подготовка к письму на основе полноценного развития устной речи. Необходимым условием для овладения ребенком с нарушением слуха речью является создание в детском учреждении речевой среды. Необходимый для усвоения ребенком речевой материал должен постоянно использоваться взрослыми в сходных ситуациях, и, как следствие, повторяться детьми.

Первоначально слова и фразы даются воспитателями в условиях бытовой деятельности. В дальнейшем те же слова и фразы употребляются на занятиях.

Развитие речи протекает не только в быту, в процессе общения со взрослыми и сверстниками, а также во время практической деятельности. Малыши вводятся в речевую среду путем непосредственного обращения к каждому ребенку индивидуально. Минимальный набор слов представлен в виде печатных табличек и карточек. Речевой материал дети с нарушением речи воспринимают слухом - зрительно. На втором году обучения осуществляется устное дактильное проговаривание ребенком слов и фраз, представленных на табличках, с помощью педагога. Дети в процессе общения начинают активно пользоваться дактильной формой речи.

Ошибки, допускаемые ребенком в словесной речи, обязательно исправляются взрослыми, причем в форме дактильной речи. Это помогает детям с нарушением слуха проанализировать свою речь.

Исследования показали, что наиболее эффективно устная речь у детей с нарушением слуха развивается во время сюжетно-ролевых игр. С этой целью на занятиях по развитию речи проводятся инсценировки известных детям сказок, сюжетно-ролевые игры, где дети действуют и общаются друг с другом в соответствии со своей ролью. Большое внимание здесь уделяется формированию естественного темпа, ритмической структуры слова, интонации. Именно поэтому речь воспитателей и педагогов должна быть естественной, обычного тембра и интонации. Некоторые взрослые начинают общаться с детьми с нарушением слуха, медленно проговаривая каждый слог. В результате и ребенок усваивает подобный стиль общения. Речь становится неестественной и непонятной для окружающих.

Работа по развитию речи на занятиях осуществляется в трех направлениях:

- усвоение и закрепление речевого материала, разбитого по темам;
- формирование различных видов речевой деятельности (устная речь, чтение, письмо, слухозрительное восприятие, дактилирование, слушание);
- специальные языковые наблюдения в целях усвоения значения слов, звукобуквенный анализ слова или отработка грамматических форм слова в структуре целых предложений.

Последнее время в связи с внедрением информационных технологий в практику образования особое внимание уделяется компьютерным играм в детском саду, чтобы дети с нарушением слуха овладели компьютерными технологиями и могли использовать свои знания в профессиональной деятельности. ИНТЕРНЕТ способствует расширению контактов молодого человека с людьми всех стран и континентов, что повышает адаптацию его к жизни, труду, социуму, помогает решать проблемы профессионального самоопределения.

Таким образом, система коррекционной работы с проблемными детьми постоянно совершенствуется, учитывая достижения научно – технического прогресса, различных наук, связанных со специальной психологией и педагогикой, учитывая потребности и возможности ребенка с особыми образовательными потребностями.

ГЛАВА 6. ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ, ИХ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ

6.1. Понятия слепоты и слабовидения как формы дефицитарного развития личности

В 1962 году по данным ВОЗ в мире насчитывалось 10 миллионов слепых людей, 650 тысяч детей. В разных странах на 2500 или 3500 детей приходится по одному слепому. В нашей стране в отличие от большинства стран, где не снижается количество слепых после перенесенных заболеваний типа трахомы, оспы и т.п. наблюдается резкое сокращение детской слепоты. Однако остается много детей, которые страдают нарушением зрения и нуждаются в специализированном обучении и воспитании. При этом только 10% детей являются тотально слепыми, остальные дети имеют остаточное зрение.

Длительное время внимание акцентировалось на работе со слепыми детьми, на охране зрения и использовании сохранных анализаторов и недостаточно велась работа по использованию остаточного зрения в коррекционно – развивающей работе.

Исследования Л.А. Новиковой доказали, что сензитивным периодом для развития зрения является возраст с 7 до 15 лет, развитие зрительного анализатора происходит с первого месяца жизни до 15 лет. В связи с развитием НТР появилась возможность использовать технические средства, способствующие не только использованию, но и развитию остаточного зрения, чтобы дети с нарушенным зрением получали более полную информацию об окружающем мире. Создаются и совершенствуются технические средства, помогающие компенсировать дефект зрения. Так большое значение уделяется оптическим приспособлениям: очкам, линзам, лупе, использованию пюпитров и подставок. Сейчас созданы индивидуальные персональные компьютеры, калькуляторы, приборы для чтения плоского письма – «Оптакон» и т.д.. Однако технических средств для обеспечения детей техническими средствами не хватает, что затрудняет интеграцию слепых в общество зрячих. Наряду с этим совершенствуются технологии работы со слабовидящими детьми. Л.И. Солнцева провела исследования с детьми раннего возраста и обнаружила, что дети стремятся использовать светоощущения для ориентировки в пространстве. За рубежом Н. Барраги, в России Л.П. Григорьевой разработаны методика тренировки ближнего зрения.

Постепенно сформировались разделы специальной психологии и педагогики - тифлопсихология и тифлопедагогика. В развитие тифлопедагогика весомый вклад внесли такие ученые, как Э.С. Аветисов, Е.И. Ковалевский, В.П. Жохов, Л.И. Плаксина, Т.П. Свиридюк, Л.И. Солнцева и др.

В настоящее время понятие слепоты и слабовиденья рассматриваются с точки зрения специальной психологии и педагогики с позиций определения ведущей системы анализаторов.

Исследования ученых в школе для слепых Нижнего Новгорода доказывают, что повреждение зрительного анализатора в пренатальный период связано с общим нарушением деятельности мозга. Возможно, с этим связано, что у 77, 6 % слепых обнаружены: нарушения речи, остаточные явления ДЦП, задержки психического развития, олигофрения в степени дебильности, остаточные явления органических поражений ЦНС, энцефалопатия, неврозоподобные состояния, гидроцефалия и т. д. Поэтому актуализируется проблема коррекции сложных нарушений слепых детей.

6.2. Классификация нарушений зрения по степени выраженности и характеру дефекта

Разделяют следующие категории детей:

1) К слепым детям относятся дети с полным отсутствием зрения и с остаточным зрением, острота которого не превышает 0, 05 на лучше видящем глазу.

Различают абсолютную (тотальную) слепоту и практическую слепоту по степени сохранности остаточного зрения. Абсолютная слепота связана с крайним нарушением зрительных анализаторов, когда отсутствуют полностью зрительные ощущения.

Практическая слепота предполагает наличие остаточного зрения, когда с помощью светоощущения человек отличает свет от тьмы, а форменное виденье позволяет фиксировать контуры, силуэт, цвет предметов или явлений на близком расстоянии.

Остаточное зрение характеризуется неравнозначностью взаимодействия различных зрительных функций и несоответствием их параметров, неустойчивостью зрительных возможностей и снижением скорости и качества переработки информации, снижением визуальной работоспособности.

Цветовая слепота (дальтонизм) – нарушение цветоразличения, когда человек с хорошим зрением не различает все или несколько цветов.

2) К слабовидящим детям относятся дети со зрением (05 – 2) на лучше видящем глазу с оптической коррекцией. К слабовидящим относят детей с более высокой остротой зрения, но у которых прогрессирует глазное заболевание.

3) Дети с косоглазием – заболеванием, характеризующимся нарушением бинокулярного зрения в результате отклонения одного из глаз от совместной точки фиксации.

4) Дети с амблиопией – пониженным зрением без видимых причин, выражающемся в снижении остроты центрального зрения, или вследствие врожденного недоразвития зрительной системы под влиянием патогенных причин, влияющих на внутриутробное развития плода. Амблиопия может развиваться при косоглазии.

5) Дети с нистагмом – своеобразной формой судорог глазных мышц, проявляющихся в произвольных движениях глаз;

Таким образом, нарушение функции остроты зрения снижает способности восприятия (скорости, точности и полноты).

Кроме того, нарушение функций остроты зрения иногда связано с нарушением преломляющей силы оптической системы глаза (рефракции).

6) Дети с близорукостью (миопией) – нарушением преломляющей способности глаза, когда лучи света преломляются впереди сетчатки, и предметы воспринимаются поэтому расплывчато, неясно (корректируется оптическими системами); в развитии близорукости задействованы почти все механизмы зрения: анатомический, оптический, физиологический и глазодвигательный.

7) Дети с дальнозоркостью (гиперметропией) - нарушением преломляющей способности глаза, когда лучи света преломляются позади сетчатки, и предметы воспринимаются поэтому расплывчато, неясно (корректируется оптическими системами).

Настоящую близорукость надо отличать от ложной, кажущейся близорукости. У ребенка происходит постепенное развитие преломляющей силы, обусловленное возрастом ребенка, особенностями ресничного тела, размером глаз и ресничной мышцы. При ложной, кажущейся близорукости ребенок может ясно видеть на расстоянии 4 – 6 см, т. е. на расстоянии более близком, чем то, которое требуется дальнозоркому и взрослому нормальному человеку. Такое видение ребенка объясняется большой силой аккомодации (процесс приспособления глаза к ясному видению предмета на различном расстоянии путем изменения преломляющей силы хрусталика и постепенной фокусировки изображения на сетчатке), которая может превышать 20 диоптрий. С возрастом у ребенка (к 1,5 годам жизни) переднезадний диаметр глаза увеличивается до 92 %, а к 3 годам он достигает 94% диаметра глаза взрослого человека. К этому сроку уменьшается детская дальнозоркость. Одновременно увеличивается размер глаза и происходит дальнейшее развитие ресничной мышцы и других мышц, а также формируется структура центрального звена зрительного анализатора.

Кажущаяся близорукость сохраняется в течение всего дошкольного периода. Следует взрослым учитывать данный фактор. В дошкольном периоде развитие глаз может происходить нормально, но ребенок при рассматривании рисунков или их выполнении

может склоняться так близко к рисунку, что у него можно предполагать настоящую близорукость. Однако это кажущаяся близорукость, и она не требует коррекции очками. Даже у ряда детей семилетнего возраста расстояние до точки ясного видения может не превышать 6 - 7 см.

Ложная близорукость чаще развивается у ослабленных детей после трехлетнего возраста и связана с увеличением переднезаднего диаметра глаза. Близорукость влияет на поведение и даже характер детей. В этих случаях они становятся рассеянными, горбятся при рассмотрении рисунков, часто жалуются на головные боли и боли в глазах, усталость, расплывчивость предметов. На все это необходимо обращать пристальное внимание.

Для исправления близорукости применяют очки с двояковогнутыми линзами и другие коррекционные средства. Среди детей в настоящее время резко возросло число близоруких. По мнению В.С. Беляева, начало близорукости связано с двумя моментами: общей гиподинамией и перегрузкой цилиарной мышцы вследствие увеличения продолжительности работы, когда объект находится вблизи. Общая гиподинамия, т.е. малоподвижный образ жизни детей (отсутствие подвижных игр), может не только усиливать аккомодации, но и приводить к изменениям обмена, тканевым отклонениям от нормы. При тяжелой форме близорукости наблюдается тенденция к усиленному растяжению склеры с резким осевым удлинением глаза спереди назад. Наряду с глубоким нарушением зрения может поэтому наступить тяжелое повреждение оболочки глаза и ее рецепторного слоя – сетчатки, вплоть до отслоения.

Различия по степени нарушения остроты зрения могут обуславливать возникновение близорукости различной степени: слабой (до 3,0 дптр), средней (3,0 – 6,0 дптр), сильной (6 и более дптр). Скорость снижения остроты зрения обуславливает наличие различных видов близорукости: стабильной (до 0,5 дптр в год), медленно прогрессирующей (0,5 – 1,0 дптр в год), быстро прогрессирующей (более 1,0 дптр в год).

Дальнозоркость тоже бывает разной – детской и обычной. У новорожденных роговица и хрусталик более выпуклые, чем у взрослого, а расстояние между границами основных преломляющих сред также меньше, чем у взрослых. Переднезадний диаметр глаза меньше примерно на 25% у новорожденного по сравнению с диаметром глаза взрослых. Строение глаза у ребенка и служит причиной детской дальнозоркости, которая со временем преодолевается. Если этого не происходит, то для исправления дальнозоркости требуется усилить преломление при помощи очков с двояковыпуклыми линзами.

Нарушение глазодвигательной функции, характеризующееся отклонением одного из глаз от общей точки фиксации, приводит к возникновению косоглазия.

Условно его разделяют на содружественное и паралитическое.

Паралитическое косоглазие характеризуется ограничением (парез) или отсутствием (паралич) подвижности глаза, который косит в стороны парализованной мышцы. Этот вид косоглазия возникает вследствие травм, опухолей, инфекции, интоксикаций, кровоизлияний.

Содружественное косоглазие характеризуется постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от совместной точки фиксации и нарушением функции бинокулярного зрения.

В зависимости от того, куда отклонен глаз, наблюдается внутреннее, или сходящееся, и наружное, или расходящееся косоглазие, а также косоглазие кверху и книзу.

К появлению содружественного косоглазия могут привести различные этиологические факторы: заболевания центральной нервной системы; нарушение рефракции; аномалия глазодвигательного аппарата.

У детей косоглазие чаще всего проявляется на 2 -3 году жизни, иногда становится заметным после какой – либо тяжелой болезни или испуга.

Часто косоглазие может являться причиной снижения работоспособности косящего глаза, вследствие чего глаз перестает участвовать в атаке зрительного восприятия и характер

зрения из бинокулярного (одновременного зрения двумя глазами, при котором рассматриваемый предмет воспринимается как единое целое) становится монокулярным (восприятие осуществляется одним глазом) или альтернирующим (восприятие осуществляется попеременно то одним, то другим глазом).

Наличие косоглазия, в свою очередь, обуславливает ограничения в восприятии внешнего мира, снижение скорости, правильности оценки пространственных отношений.

При наличии нарушений глазодвигательных функций в виде нистагма, характеризующегося самопроизвольными колебательными движениями глазных яблок (дрожанием глаз), даже при достаточно высокой остроте зрения имеет место нечеткость восприятия. Различают физиологический и патологический нистагмы.

Одной из форм физиологического нистагма является так называемый оптокинетический нистагм, возникающий при рассматривании быстро движущихся перед глазами объектов. Оптокинетический нистагм обычно наблюдается у детей 4 – 5 месяцев, что соответствует началу развития функций любых долей головного мозга.

У детей с нарушением зрения часто отмечается патологический нистагм. Причину можно видеть в патологии, часто встречающейся в период внутриутробного развития, во время родов и в послеродовой период, что предполагает организацию лечебно – восстановительной и коррекционной работы с детьми.

У некоторых детей нередко встречается так называемая амблиопия, развивающаяся вследствие бездействия зрения при отсутствии видимых анатомических изменений органа зрения, в частности, при содружественном косоглазии. Но амблиопия бывает у детей, которые смотрят прямо. При амблиопии затрудняется процесс рассматривания мелких предметов, нарушается фиксация взора, восприятия формы и величины предметов. Формы амблиопии и степень снижения зрения могут быть различными. Поэтому при наличии амблиопии на один или оба глаза следует принимать во внимание понижение центрального и периферического зрения, состояние зрительной фиксации, поле взора и др.

Различают следующие виды амблиопии: дисбинокулярная, обскурационная, рефракционная, истерическая.

Дисбинокулярная амблиопия возникает вследствие расстройства бинокулярного зрения. Понижение зрения развивается вследствие косоглазия.

Рефракционная амблиопия возникает вследствие аномалий рефракций, которые в данный момент не поддаются коррекции. При ношении правильно подобранных очков постепенно острота зрения может повыситься, вплоть до нормальной. Причиной возникновения этого вида амблиопии является постоянное и длительное проецирование на сетчатку глаза неясного изображения предметов внешнего мира при высокой дальности зрения и астигматизме.

Обскурационная амблиопия развивается в результате помутнения оптических сред глаза (катаракты, помутнений роговицы), преимущественно врожденных или рано приобретенных. Диагноз ставится, если низкое зрение сохраняется, несмотря на устранение помутнений и отсутствие анатомических изменений в заднем отделе глаза (после экстракции катаракты).

Истерическая амблиопия возникает внезапно, чаще всего после какого – либо аффекта. Функциональные расстройства на почве истерии могут принимать характер ослабления или потери зрения. Эта форма амблиопии встречается довольно редко.

При нарушении различительной способности к цвету дети испытывают затруднения при узнавании разных цветов. Существуют разные типы нарушений цветового зрения:

- полная цветовая слепота: все цвета кажутся серыми (так называемая ахроматия);
- частичное нарушение цветоразличения: неразличение оттенков красных и зеленых цветов, все воспринимается в желтом и голубом цветах; частичное нарушение

цветоразличения сине – фиолетовой части спектра, спектр воспринимается в красном и голубовато – зеленом тонах.

У слепых, имеющих остаточное зрение в пределах 0,1 – 0,04, понижение цветоощущения встречается весьма часто.

Нарушение цветоразличения может быть обусловлено поражением колбочкового аппарата глаза зрительного нерва или центральной нервной системы. Оно может быть врожденным и приобретенным.

Врожденные дефекты цветоразличения обусловлены внутриутробными аномалиями развития органа зрения или патологией генетического характера. Приобретенные формы нарушения цветового восприятия возникают в результате органических заболеваний органа зрения, центральной нервной системы или травматических повреждений. Е.А. Рабкин отмечает, что при врожденных нарушениях отмечается снижение чувствительности главным образом к красному и зеленому цветам, а при приобретенных нарушениях – к трем основным цветам: красному, зеленому, синему. Цветоразличительная функция при приобретенных формах нарушений может стабилизироваться или полностью нормализоваться.

Нарушение функции поля зрения затрудняет целостность, одновременность, динамичность восприятия, что приводит к возникновению трудностей в пространственной ориентировке.

6.3. Особенности развития слепых и слабовидящих детей

Особенности развития обусловлены системным характером нарушения зрения и вторичным отклонением в развитии слепых и слабовидящих детей. Психическое развитие слепых и слабовидящих детей по темпам и качественным характеристикам отличается от развития зрячих детей. При этом аспект социализации ребенка играет огромную роль, т.к. процесс компенсации вторичных дефектов на фоне первичного - слепоты – зависит от организации, содержания и методов коррекционной работы с детьми.

Развитие сенсомоторной сферы. По весу и росту дети развиваются в соответствии со своей конституцией развития. Но после 6 месяцев слепые дети начинают значительно отставать от зрячих сверстников, т.к развитие движений по подражанию окружающим затруднено в связи с дефектом, хотя период младенчества также является сензитивным у слепых детей для развития моторики, как и у зрячих сверстников. Слепые дети начинают вставать около 7 месяцев и ходить в возрасте 1 – 2 лет, если создать атмосферу безопасности и ориентировки в пространстве с помощью звуковых сигналов и специальных средств – опор для вставания и передвижения, которые помогают ребенку нащупывать их с помощью рук и которые предохраняют ребенка от ушибов и падений. Слепому ребенка также необходимо научить падать с минимальными последствиями падений. Дети ползают и пытаются схватить звучащую, музыкальную игрушку. Родителям и воспитателям необходимо научить ребенка самостоятельно добираться до интересующего предмета, а не приносить то, что требует ребенок. Ползающие дети лучше развиваются, поэтому взрослые постоянно стимулируют активизацию всех движений. Избавление от гиподинамии, развитие моторики стимулирует общее развитие ребенка. Если ребенок будет вести малоподвижный образ жизни, он будет часто болеть и отставать в развитии. Для детей специально организуются стимулирующие движения занятия, используется метод подсказок и тактильной помощи, т.е. взрослые, например, помогают ребенку сгибать ножки, держать равновесие тела, чтобы сесть. Если ребенок умеет ползать, ходить, лазать, ориентироваться в пространстве, то и сенсорное развитие будет осуществляться более продуктивно.

Развитие ощущений и восприятия. Чем раньше и активнее ребенок будет действовать с предметами, тем выше будут его адаптивные способности. При этом надо учитывать, что у слепых и слабовидящих происходит перестройка взаимодействия внутри- и межанализаторных связей, доминирование других анализаторных систем. Так, у слепых

складывается тактильно – кинестетически – слуховое ядро сенсорной организации. В оптико – вестибулярной установке происходит замена зрительного компонента двигательным. Недостаточность зрительной анализаторной системы компенсируется другой анализаторной системой. Так в процессе тренировки значительно развивается слух, наблюдается повышенная тактильная чувствительность. Развивается способность кожи реагировать на температуру, на световые и цветовые раздражители (феномен кожного «зрения»). У слабовидящих основным видом ощущений в деятельности остается зрение.

Зрительные ощущения тесно связаны с деятельностью коры головного мозга. Согласно научным исследованиям зрительные ощущения развиваются у ребенка уже на первом месяце жизни. Зрительное восприятие постоянно совершенствуется. Двигательная координация движений в процессе деятельности осуществляется под контролем зрения. При его отсутствии настолько совершенным становится двигательный анализатор, что деятельность может протекать без зрительного контроля.

Развитие внимания. Нарушение зрительных функций приводит к тому, что визуальное восприятие выразительных движений затруднено, полностью или частично исчезает потребность ребенка в подражании. Для слепого человека в момент напряженного внимания характерно выражение лица, напоминающее маску.

Для развития ребенка полезна активизация внимания с помощью стимуляции звуковых раздражителей и тактильных. Можно добиться в процессе организации деятельности развития внимания, как и у нормально развивающихся зрячих детей.

Развитие памяти, мышления и речи. Дефект зрения препятствует развитию восприятия, которое является фрагментарным, неполным, нерасчлененным, т.е. не дискретным и неадекватным отражаемому объекту, т. к. зрение в развитии восприятия играет огромную роль, а отсутствие зрения затрудняет процесс развития восприятия. Все это снижает аналитико – синтетическую деятельность ребенка, т.е. препятствует развитию мышления. Как известно, развитие мышления находится в тесной корреляционной связи с развитием восприятия.

У слепых и слабовидящих детей медленнее формируется образная память, наглядно – действенное и наглядно – образное мышление. Образы памяти при отсутствии подкрепления угасают. Если компенсировать в процессе специального обучения в раннем и дошкольном возрасте недостатки зрения за счет осязания и слуха, речевого развития, то можно обеспечить нормальное развитие памяти и мышления ребенка, если у него не было дефектов, ведущих к недоразвитию интеллектуальной сферы в момент рождения. Общение играет особо важную роль в процессе развития слепого и слабовидящего ребенка, т. к. оторванный от внешнего визуально воспринимаемого мира ребенок нуждается в постоянной сенсорной стимуляции. Если с ребенком правильно организовать речевое общение, то такой ребенок к году будет знать 1-20 слов, к двум годам догонит своих сверстников, ибо речь становится главным инструментом коммуникации и здесь срабатывает эффект сверхкомпенсации. Речевое развитие и является обходным путем культурного развития незрячего ребенка, о котором писал Л.С. Выготский.

Особенности развития личности. Следует учитывать, что в связи с нарушением зрения ребенок получает много физических и психологических травм в процессе приспособления к окружающему миру, поэтому дети нередко отличаются повышенной ранимостью и повышенным уровнем тревожности. Некоторые дети отличаются эмоциональной неуравновешенностью. Поэтому с целью повышения их адаптационных способностей следует особое внимание уделять физическому и психическому закаливанию. Недостаток сенсорного стимулирования в связи с ограниченностью поступающей информации снижает активность этих детей. Исследования А.М. Виленской свидетельствуют о недостаточном развитии коммуникативной сферы личности слепого даже при сохранном интеллекте. Так, дети неохотно вступают в диалог, задают мало вопросов, что связано с необходимостью развития контактов со зрячими людьми. Ребенок нуждается в общении, прослушивании

радиопередач, грамзаписей, музыкальных и других программ, чтобы развивалась его активность. Необходимо постоянно активизировать ребенка, вовлекая его в различные виды деятельности. Это благоприятно сказывается на развитии эмоционально – волевой сферы. Упражнения в преодолении препятствий, трудностей воспитывают волю. Чем выше уровень саморегуляции и самоорганизации, тем сильнее с этими процессами корректирует эмоциональная уравновешенность ребенка.

Сосредоточенность на внутренних переживаниях можно обратить в нужное русло, развивая способности и одаренность ребенка. Недаром известны слепые музыканты, певцы и даже скульпторы, которые добивались выдающихся успехов в художественно – творческой деятельности.

Особенности деятельности. Развитие навыков самостоятельности, мотивации к деятельности способствует обогащению чувственного и эмоционального опыта ребенка. Важно, чтобы срабатывал эффект сверхкомпенсации, чтобы недостаток развития стимулировал мотивацию к достижению успехов в тех видах деятельности, где ребенок особенно может себя проявить в силу индивидуальных склонностей и способностей. Своевременное формирование трудовых навыков и мотивации к труду служит залогом успешного психофизического развития ребенка, предпосылки для личностного и профессионального самоопределения.

Таким образом, следует так организовать коррекционно – развивающую работу, чтобы развить сильные стороны личности и компенсировать нарушенные функции ребенка.

6.4. Организация коррекционной помощи детям с нарушениями зрения

Дошкольные учреждения для детей с нарушением зрения являются специализированными учреждениями для обучения и воспитания детей слепых, слабовидящих, с косоглазием и амблиопией. Дети, страдающие близорукостью или дальнозоркостью, несложными нарушениями зрения, обучаются вместе со зрячими детьми. В специализированных дошкольных учреждениях осуществляется лечение детей, профилактические мероприятия по предупреждению прогрессирования падения зрения. Офтальмологами проводится большая работа по восстановлению и развитию нарушенных функций зрения.

Вся воспитательная работа направлена на гармоничное развитие ребенка и на социальную адаптацию личности, ее реабилитацию.

Для детей с проблемами зрения разработаны специальные программы обучения и воспитания, которые разработаны на общедидактических и тифлопедагогических принципах и обеспечивают гармонизированное развитие личности ребенка.

Е.А. Стребелева обратила внимание на необходимость соблюдения следующих принципов коррекционно – развивающей работы с этими детьми:

- учет общих, специфических и индивидуальных особенностей детей с нарушением зрения;
- дифференцированный подход к детям с учетом типа нарушения зрения, что позволяет сочетать использование средств оптической и тифлотехнической коррекции со специальными формами и методами коллективной, групповой (дети делятся на подгруппы) работы с применением специальных средств коррекции;
- модификация учебных планов и программ, увеличение сроков обучения, перераспределение учебного материала на основе преимущественности дошкольного и школьного образования, обеспечение образовательных стандартов;
- создание офтальмогигиенических условий в учебных классах, лечебных кабинетах и организация режима дня и занятий с учетом здоровья, интересов и способностей ребенка;

- комплексный (клинико – физиологический, психолого – педагогический) подход к организации диагностики и коррекции нарушения зрения и развития детей с особыми образовательными потребностями.

Физическое воспитание и охрана здоровья. Наряду с общей профилактикой заболеваний, охраной здоровья особое внимание уделяется эффективному использованию остаточного зрения. Так, разработана коррекционная эргономика: требования к особой освещенности учебных комнат, использование объектов с четкими контурами, с оптимальными угловыми размерами, с насыщенной цветовой гаммой.

При организации физкультурной деятельности учитывается ограниченность возможностей ребенка, ослабленность или излишняя мышечная напряженность слепых и слабовидящих детей. Если ограничивать и снижать двигательную нагрузку детей, то гиподинамия будет способствовать прогрессу слепоты и слабовиденья, а грамотно организованная физкультурная деятельность с дошкольниками не только значительно укрепит здоровье ребенка, но и поможет развитию сенсомоторной, интеллектуально – творческой сферы ребенка, что будет способствовать развитию уверенности личности и уверенности в освоении пространства ребенком.

Сенсорное развитие детей с нарушениями зрения. Л.М. Милова предложила специальные комплексы игр и упражнений для развития мелкой моторики:

- перекладывание мяча из руки в руку;
- перебрасывание мяча из руки в руку;
- упражнения с кистевым эспандером;
- отжимание от пола на пальцах рук;
- подтягивание на перекладине;
- сжимание пальцев в кулак и разжимание;
- разведение и сведение пальцев рук;
- одновременное и поочередное соприкосновение пальцев обеих рук;
- круговые движения кистями рук в лицевой плоскости, вовнутрь и наружу;
- отведение большого пальца левой и правой руки одновременно и поочередно;
- соединение пальцев обеих рук подушечками и пружинящие движения ладонями.

В ее статье описаны дидактические и сенсорные игры и упражнения для развития тактильной чувствительности, помогающие также осваивать технику чтения и письма.

Так, работа с мелкими предметами способствует сенсорному развитию детей: это выкладывание специальной мозаики с анализом геометрических фигур, использование коробочек, пуговиц, бус и т.п., застёжек, пособий для шнуровки, пластмассовые или металлические конструкторы, плетение косичек и т.п.

Л.М. Милова наряду с этими упражнениями предлагает использовать игры «Где мой дом», когда сортируются предметы по коробочкам подходящего размера, «Ловкие руки», когда в коробочки выкладываются мелкие предметы, игрушки согласно указаниям взрослых, «Строим забор», где нужно в колодки правильно вставить палочки разной длины. Игра «Лабиринт» напоминает продевание резинки в простроченные дорожки ткани. Только вместо резинки по замысловатым простроченным в ткани лабиринтам прогоняются горошинки и т.п. Игра «Волшебный круг», где сегменты круга выполнены из различных материалов, учит находить на ощупь различные по фактуре материалы и правильно называть их.

Е.А. Сребелева рекомендует использовать настольные игры «Футбол», «Баскетбол», «Бильярд», «Колпачки», «Набрось кольцо» и т.п. Мы полагаем, что наряду с настольными полезны и подвижные игры с использованием звуковых сигналов «Прятки», «Догонялки», «Горки» и т.п. с обеспечением безопасности детей. В движении развивается не только

крупная моторика, но и повышается энергетика ребенка. Подвижные игры благотворно влияют на состояние здоровья, утоляют эмоциональный голод детей, позволяют воспитывать жизнерадостность и оптимизм.

Стимуляция цветоразличения и различения конфигураций предметов слабовидящих детей способствует развитию зрительного восприятия.

Воспитание и обучение слепых и слабовидящих детей. Л.И. Солнцева доказывает, что дальнейшая дифференциация обучения слепых и слабовидящих детей по типам школ социально и экономически не оправдана. Она обосновывает право учащихся на интегративный тип, на индивидуализацию обучения и составление для них индивидуальных программ по различным предметам, выбор профилей обучения и направлений в специализации.

Для слепых и слабовидящих детей должны проводиться специальные коррекционные занятия, содержание которых направлено на индивидуальную работу со вторичными отклонениями (пространственная ориентировка, развитие осязания и т.д.) и индивидуальными нарушениями (занятия по коррекции зрительного восприятия, логопедии, лечебной физкультуре, ритмике, навыкам общения и т.п.).

Занятия с использованием различных технологий директивной и недирективной игротерапии, описанные выше, способствуют психологической коррекции личности и эффективны в коррекционно – педагогической и коррекционно – психологической работе.

ГЛАВА 7. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С РДА

7.1. Понятие «ранний детский аутизм»

Ранний детский аутизм – один из самых сложных видов дизонтогении по типу выраженной асинхронии (искаженного развития), проявляющейся в нарушении социального развития (ухода от контактов со взрослыми и детьми), в трудностях выражения эмоций, в отсутствии или недоразвитии речи как способе общения, в необычности реакций на среду (стремление к одиночеству, уход в мир грез), в стереотипности действий и поведения.

Актуальность проблемы заключается в том, что, несмотря на небольшую распространенность такого явления, как аутизм, данный вид отклонений относится к наиболее сложным, затрагивающим базовые структуры личности. При аутизме ярко выражена асинхрония развития.

В. Экслайн описывает ребенка, у которого интеллектуальное развитие опережало сверстников, т.е. в познавательном развитии он являлся акселератом, но в плане коммуникации, социального взаимодействия, навыков самообслуживания и практических действий он резко отставал от сверстников. Когда была достигнута интеграция развития личности в процессе коррекционной работы, признаки аутизма были устранены, ребенок стал развиваться по тренду нормального развития одаренной личности.

К. Гилберт приводит в пример ребенка девяти лет, который по интеллектуальному развитию напоминает ребенка четырех лет, визуальное восприятие у него – на уровне 5 лет, а способность к игровой деятельности, навыки практических действий – на уровне двухлетнего ребенка

Аутизм может сочетаться с различными формами отклонений в развитии: у ребенка может быть нарушение интеллекта, задержка психического развития, глухота, слепота. У некоторых людей с наличием аутизма могут развиваться эпилептические припадки как классического типа с наличием судорог, так может наблюдаться протекание припадка в виде странного состояния, описанного в главе «Поврежденное развитие». При этом надо проводить коррекционную работу с различными видами дизонтогений, учитывать основной дефект и наличие аутизма.

У детей с РДА коэффициент интеллекта резко варьируется. Так, по данным Либлинга, у 15% наблюдается высокий интеллект, есть дети с ЗПР и аутизмом, но у 60 % аутичных детей коэффициент интеллекта ниже 50 баллов, т.е. присутствует в качестве сопутствующего отклонения в развитии при стойком нарушении интеллекта.

Представления ученых о степени распространенности аутизма претерпели изменения. Ранее полагали, что 5 человек из 10 000 страдают аутизмом. Последние исследования западных ученых, проведенные с помощью диагностических критериев специальной диагностики статистического руководства, констатируют, что частота встречаемости РДА исчисляется 10 человек на 10000 детского населения. Т. Питерс доказывает, что общее число людей с аутизмом постоянно растет, и уже достигло 20 человек на 10 000.

Соотношение мальчиков и девочек - 4-5 к 1.

В настоящее время разработаны разные технологии работы с аутичными детьми. Ученые предлагают не ограничиваться одной техникой работы, но использовать разные стратегии обучения, воспитания и развития в зависимости от вариации аутизма и индивидуальности ребенка.

Понимание современных подходов к определению РДА вряд ли возможно без краткого экскурса в историю вопроса об аутизме в детстве.

Такой тип отклонения в развитии детей, как ранний детский аутизм, признается специалистами большинства стран. Но у них при исследовании генеза и прогноза РДА нет единых взглядов и мнений. Подходы к определению РДА менялись на протяжении 50 лет, прошедших со времени его описания Каннером в 1943 году. В.М.Башина выделяет 4 этапа в становлении этой проблемы.

Первый, донозологический период (конец 19 - начало 20 веков) характеризуется упоминаниями о детях со стремлением к уходам и одиночеству.

Второй, так называемый доканнеровский период (20— 40 годы нашего столетия) связан с выявлением у детей признаков шизофрении (Сухарева Г.Е., 1927, Симеон Т.П., 1929 и др.).

Третий, каннеровский период (43-70 гг.) является наиболее знаменательным, т.к. в этот период появились наиболее известные работы по аутизму Каннера (1943), Аспергера (1944), а позднее и других специалистов.

В своей первой работе «Аутистические нарушения аффективного контакта» Каннер охарактеризовал РДА «как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики», которое он отнес к состояниям так называемого "шизофренического" спектра. Каннер полагал, что у девочек и мальчиков РДА выявляется в первые месяцы и первый год жизни. У ребенка отсутствует «комплекс оживления». Он избегает контакта глаз, начинает раньше ходить, чем говорить. Каннер связывает аутизм с первичным дефектом когнитивной (познавательной) сферы, а нарушения коммуникации считал вторичным дефектом. Он полагал, что эти качества приводят к дезадаптации личности. Каннер сближал симптомы РДА и шизофрении. Он исследовал процесс асинхронии развития, когда происходит более раннее созревание сложных психических функций и отстает развитие более примитивных функций в связи с нарушением последовательности развития коры головного мозга и подкорки, что приводит к ускоренному созреванию когнитивных процессов и отставанию развития эмоционально – волевой сферы, сферы межличностного восприятия, т.е. коммуникативной сферы.

Аспергер рассматривал признаки РДА как «крайние психопатические проявления мужского характера», которые начинают проявляться к трём годам и более явственно – к семи годам. Этот вариант является более легким, т.к. не нарушено ядро личности. Ребенок начинает раньше говорить, чем ходить. Функции интеллекта сохранены, а нарушения наблюдаются в эмоциональной сфере и общении и поддаются исправлению.

Четвертый, послеканнеровский период (80 – 90 годы) характеризуется отходом от позиций самого Каннера во взглядах на РДА. РДА стал рассматриваться как неспецифический синдром разного происхождения. Такие ученые, как Креуелеп, Мнухин С.С. и др. выдвинули концепцию

органического происхождения РДА. Другие ученые видели причины РДА в последствиях нарушения симбиоза незрелой личности ребенка с матерью, когда с трудом формировались адаптационные механизмы у ребенка, мешающие ему приспособляться к социуму. (Mahler M., Nissen G, Rutter M. и другие). В эти же годы были выявлены аутистические симптомы в клинике больных при X-ломкой хромосоме, синдроме Ретта, эпилепсии, шизофрении или шизоидной психопатии.

В России первое описание органического аутизма было представлено в 1967 году С.С. Мнухиным с соавторами. Описание РДА дано в 1974 году в работах Г.Н. Пивоваровой, В.М. Башиной; Каганом В.Б. в 1982 году. РДА в круге постприступной шизофрении исследовано в 1975 году М.Ш. Вроно, В.М. Башиной и др. Методы коррекции РДА описаны в работах К.С. Лебединской, В.В. Лебединского, О.С. Никольской, Е.А. Стребелевой и др.

В мае 1988 года в Гамбурге состоялась европейская конференция ассоциации родителей « Аутизм: сегодня и завтра», в которой принимали участие ученые разных специальностей. Т. Питерс отмечает, что в настоящее время положен конец психогенетическим интерпретациям аутизма. Несмотря на то, что в пристальное внимание к проблеме проявляет Организация Здравоохранения, аутизм не относят к категориям психических заболеваний. Даже популярный международный журнал, который раньше назывался «Аутизм и детская шизофрения» переименован в « Аутизм и нарушения развития». Исследования ведутся в направлении исследования аутизма как нарушение в развитии, где приоритетным направлением работы оказывается специальное образование, психолого – педагогическая коррекция развития личности ребенка.

7.2. Этиология и патогенетические механизмы РДА

Некоторые исследователи настаивают на теории биологических основ аутизма, делают предположения о поломке биологических механизмов :у аутичных детей предполагается наличие «хрупкой X – хромосомы» и другие хромосомные нарушения, влияющие на нарушения функций ЦНС. К. Гилберт объясняет этим отворачивание ребенка, непереносимость прямого контакта глаз, нервный смех, потирание руками, кусание кистей, глубокое дыхание и пение. Уровень умственной отсталости колеблется от 30 до 70.

Другие ученые пишут о нарушении сферы аффективности, третьи обращают внимание на первичную слабость инстинктов. Многие отмечают наличие у 1 из 4 людей с аутизмом наличие соматических расстройств.

Такие ученые, как L. Bender, G. Faretra, М.Ш. Вроно, В.М. Башина ссылаются на психогенную природу аутизма, когда расстройство развития порождено наследственностью или влиянием психических травм. На наследственную ослабленность организма, нервной системы могут накладываться сильные быстропротекающие или длительно, менее интенсивно воздействующие травматические обстоятельства. Вышеуказанные ученые связывают аутизм с расстройством психики, с детскими психозами, проявляющимися в нарушении отражения реального мира, неадекватности поведения и деятельности детей. В качестве первичного дефекта некоторые ученые видят поражение определенных участков мозга, влияние инфекций на нервную систему и т.п. Вторичные дефекты могут наблюдаться как бред, нарушения памяти, мышления, нарушения эмоциональной сферы, бесконтрольные поступки. Существуют версии об информационной блокаде, связанной с расстройством восприятия.

Определенная группа ученых связывает РДА с недоразвитием внутренней речи, с центральным нарушением слуховых впечатлений, которое ведет к блокаде потребности в контактах. Есть работы о нарушении активирующих влияний ретикулярной формации на развитие детей с РДА.

В.В.Лебединский и О.Н. Никольская при анализе патогенеза РДА в качестве первичного дефекта рассматривают сенсорную и эмоциональную чувствительность (гиперстезию) и слабость энергетического потенциала. Вторичной причиной они считают уход от внешнего

мира как компенсацию слабости нервной системы, когда интенсивные внешние раздражители окружающей действительности или общения с людьми играют травмирующую роль. Псевдокомпенсаторную роль играют фантазии, ритуалы действий или расторможенность влечений. Изоляция от окружающего мира препятствует полноценному развитию ребенка.

Нейропсихологические исследования свидетельствуют о локализованных нарушениях мозговых структур, что описано в работе К. Гилберта и Т. Питерса.

Дети с дисфункцией ствола головного мозга более сложно перерабатывают информацию разговорного языка с помощью слуха. Они нуждаются в более медленном темпе речи в процессе беседы с ними. Они недостаточно переносят музыку, т.к. музыка может давать им ощущение дискомфорта, о чем могут свидетельствовать негативные детские реакции на звуки музыки.

Многие аутичные дети имеют мышечную гипотонию средней степени, снижение общего мышечного тонуса. Отсюда возникает вялость и неуклюжесть движений, что требует медицинской помощи, занятий лечебной физкультурой, тренировки мышц с помощью специальных тренажеров.

При дисфункции мозжечка плохо развиваются моторные навыки, наблюдается плохая координация движений, нестабильная или нетерпеливая походка. Поэтому нужен комплекс медико – нейропсихологических мероприятий по коррекции моторики.

Существуют концепции, свидетельствующие о влиянии недостаточно эмоциональных контактов детей с матерью в первые месяцы жизни и др. Тем не менее сегодня проявления раннего детского аутизма не связывают с клинической картиной шизофрении, РДА считается нарушением развития.

Ученые выявили многообразие факторов, вызывающих появление РДА, его вариации, обусловленные различной степенью тяжести симптома. Тем не менее, целостная картина объяснения причин РДА в современной науке пока не сложилась.

7.3. Классификация состояний РДА по степени тяжести

Для того чтобы показать разницу современных концептуальных подходов в определении аутизма, следует ознакомиться с современными классификациями РДА.

7.3.1. Отечественная классификация РДА принята в 1987 году

1. Разновидности РДА

1.1. Синдром раннего инфантильного аутизма Каннера / классический вариант / РДА/.

1.2. Аутистическая психопатия Аспергера.

1.3. Эндогенный, постприступный /вследствие приступов шизофрении аутизм/.

1.4. Резидуально-органический вариант аутизма.

1.5. Аутизм при хромосомных абберациях.

1.6. Аутизм при синдроме Ретта. 1.7. Аутизм неясного генеза .

2. Этиология РДА:

2.1. Эндогенно-наследственная /конституциональная, процессуальная/, шизоидная, шизофреническая.

2.2. Экзогенно-органическая.

2.3. В связи с хромосомным абберациями.

2.4. Психогенная.

2.5. Неясная.

3. Патогенез РДА:

3.1. Наследственно-конституциональный дизонтогенез.

3.2. Наследственно-процессуальный дизонтогенез.

3.3. Приобретенный - постнатальный дизонтогенез.

В данной классификации рассмотрены все виды раннего детского аутизма: конституционального, процессуального и органического, связанного с хромосомными aberrациями, психогениями и неуточненного генеза.

На основе исследований РДА европейскими учеными сложилась французская классификация РДА.

7.3.2. Французская классификация аутизма принята в 1987 году

1. Разновидности РДА.

1 Ранний инфантильный аутизм типа Каннера.

1.2. Другие типы инфантильного аутизма.

2. Разновидности психозов у детей.

2.1 Психоз ранний дефицитарный.

2.2. Психозы шизофренического типа, возникающие в детстве.

2.3. Дисгармоничные психотики.

Во французской классификации очень четко выделен РДА Каннера и другие типы аутизма без соответствующего их разграничения по этиологии,. В группу аутизма не входят состояния, связанные с психозом.

7.3.3. Международная классификация болезней 9 пересмотра (1980 г.), принятая в Российской Федерации до настоящего времени)

1. Разновидности РДА:

1.1. Детский аутизм типа Каннера.

2. Разновидности психозов у детей.

2.1. Неуточненные психозы.

2.2. Шизофрения, детский тип,

2.3. Детский психоз без других указаний.

2.4. Шизофреноподобный психоз.

На основе исследований американскими учеными принята

ДСМ-Ш-К (американская классификация болезней, 1987 г.)

1. Разновидности РДА: "первазивные расстройства развития". Ось П.

1.1. Аутистические расстройства.

1.2. Первазивные расстройства развития без дополнительных определений. РДА в этом варианте систематики выносятся из рубрики "психозов", относится к патологии развития и сближается с УМО /умственной отсталостью/. IСВ-10 /ВОЗ, 1991/. Первазивные расстройства развития:

1. Типичный аутизм.

1.1. Аутистические расстройства.

1.2. Инфантильный аутизм.

1.3. Инфантильный психоз.

1.4. Синдром аутизма Каннера.

2. Атипичный аутизм.

2.1. Атипичные детские психозы,

2.2. УМО с аутистическими чертами.

3. Синдром Ретта.

Хотя данная классификация не адаптирована отечественной наукой, но она позволяет выявить, что проявления раннего детского аутизма могут быть связаны с нарушением развития ребенка без грубой психической патологии, так могут служить признаками

психических заболеваний. Интересно в данной классификации выделение типичного раннего детского аутизма, возникающего до 3 лет, и атипичного аутизма, проявляющегося после 3 лет.

Для специалистов, работающих в дошкольных образовательных учреждениях, наибольший интерес представляет классификация, представленная в учебнике Е.А. Стребелевой.

Для детей 1 группы характерны проявления состояния выраженного дискомфорта и отсутствие социальной активности в раннем возрасте. Даже близким невозможно добиться от ребенка ответной улыбки, поймать его взгляд, получить ответную реакцию на зов. Главное для такого ребенка не иметь с миром никаких точек соприкосновения.

Установление и развитие эмоциональных связей с таким ребенком помогает поднять его избирательную активность, выработать определенные устойчивые формы поведения и деятельности, т. е. осуществить переход на более высокую степень отношений с миром.

Дети 2 группы исходно более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой, и сам аутизм их более «активен». Он проявляется не как отрешенность, а как повышенная избирательность в общении с миром. Родители обычно указывают на задержку психического развития таких детей, прежде всего они отмечают повышенную избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в различных аспектах жизнедеятельности, невыполнение которых влечет бурные аффективные реакции. По сравнению с детьми других групп они в наибольшей степени отягощены страхами, обнаруживают массу речевых и двигательных стереотипов. У них возможно неожиданное бурное проявление агрессии и самоагрессии. Однако, несмотря на тяжесть различных проявлений эти дети гораздо более приспособлены к жизни, чем дети первой группы.

Детей 3 группы отличает несколько другой способ защиты от мира – это не отчаянное отвержение от окружающего мира, а сверхзахваченность своими стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме. Родители, как правило, жалуются на отставание в развитии, конфликтность детей, отсутствие учета интересов другого. Годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать или разыгрывать один и тот же сюжет. Часто тематика его интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический, агрессивный характер. Основная проблема такого ребенка в том, что созданная им программа поведения не может быть приспособлена к гибко меняющимся обстоятельствам.

У детей 4 группы аутизм проявляется в наиболее легком варианте. На первый план выступает повышенная ранимость таких детей, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия). Этот ребенок слишком сильно зависит от эмоциональной поддержки взрослых, поэтому главное направление помощи этим детям должно заключаться в развитии у них других способов получения удовольствия, в частности от реализации своих собственных интересов и предпочтений. Для этого главное – обеспечить для ребенка атмосферу безопасности и принятия. Важно создавать четкий спокойный ритм занятий, периодически включая эмоциональные впечатления.

Дети 1 и 2 группы недоступны контакту и нуждаются психиатрической и психологической помощи. Желательно обучение на дому и индивидуальной работы с ребенком.

Дети 3 и 4 группы поддаются коррекции и могут воспитываться в д/с обычного типа. Важно выявить РДА (в возрасте 3 -5 лет) и целенаправленные осуществляемые медикаментозную и психолого- педагогическую помощь. педагогическую коррекцию, что позволит к семи годам

7.4. Особенности развития детей с РДА

В данном параграфе изложены современные представления ученых о психологических особенностях детей с ранним детским аутизмом и знания, позволяющие дифференцировать

ранний детский аутизм от сходных с этим явлением нарушений развития состояний, которые относятся к области психиатрии.

Выраженность аутизма неодинакова, что, несомненно, зависит от генетической предрасположенности и внешних факторов. Но можно выявить общие особенности аутичных детей.

При РДА наблюдается асинхронный вариант психического развития. Ребенок может проявлять угловатость и неуклюжесть движений при элементарном самообслуживании, но в сложных видах деятельности, например, на занятиях ИЗО ребенок может показывать высокий уровень психомоторного развития. Снижение общего жизненного тонуса сказывается на поведении ребенка.

Особенности физического развития. Во внешнем облике, при обычной миловидности, обращает на себя внимание взгляд, обращенный в пустоту, во внутрь себя, взгляд мимо, взгляд, с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения. даже если ребенок смотрит на человека, стоящего рядом, он смотрит на какие – либо участки тела, на шею, брови и т.п., но только не в глаза собеседника, избегая прямого контакта глаз.

Аутичные дети имеют нормальное телосложение, но запаздывание формирования жестов и мимики как средства коммуникации, что отражается на физическом и коммуникативном развитии ребенка. Часто наблюдается угловатость, неритмичность движений, некоторую "закостенелость" или неточность движений с тенденциями к моторным стереотипам в пальцах, кистях рук. Встречается ходьба на цыпочках, однообразный бег, прыжки с опорой не на всю ступню. Ярче всего бросается в глаза стереотипность движений.

При РДА наблюдается асинхронный вариант психического развития. Ребенок может проявлять угловатость и неуклюжесть движений при элементарном самообслуживании, но в сложных видах деятельности, например, на занятиях ИЗО ребенок может показывать высокий уровень психомоторного развития. Снижение общего жизненного тонуса сказывается на поведении ребенка.

Ощущения и восприятие, внимание. Известный специалист в области аутизма Т. Питерс отмечает, что когнитивный процесс обработки информации у аутичных людей несколько иной, отличный от большинства людей, что обуславливает нарушения коммуникации и социального взаимодействия.

Как отмечалось выше, аутичные дети часто имеют умственную отсталость различного уровня. Но Т. Питерс отмечает у «аутистов» так называемые «островки интеллекта». Показатель развития « координация глаз – рука» выше, чем показатель общего развития интеллекта. Поэтому визуальную информацию дети воспринимают лучше, чем другую и используют визуальные ощущения как средство удовольствия. Многие дети любят смотреть на свечу, угольки в камине, любимую игрушку и т.п. Не только некоторые зрительные, но и звуковые впечатления могут завораживать ребенка, к ним он обращается вновь и вновь. Эта избирательность сенсорных впечатлений бросается в глаза. Можно использовать любимые образы или мелодии, чтобы целенаправленно привлечь внимание ребенка.

Английский ученый Б. Гермелин, изучая аутичных детей без нарушения интеллекта, выявил неспособность выделения основных элементов при переработке сенсорной и интеллектуальной информации от второстепенных моментов. Отсюда возникают стереотипы действий и поведения детей. Нормально развивающиеся люди среди различной информации интуитивно выделяют информацию, связанную с социальным взаимодействием. Другим звукам они предпочитают человеческие, другим формам деятельности – общение. Аутисты испытывают трудности в восприятии добавочного значения, связанного с коммуникацией и отсюда появляются первые проблемы нарушения социальной коммуникации.

Аутичные дети воспринимают ход конкретных событий, но не могут добавить к восприятию информацию о душевных переживаниях человека. Неспособность к рефлексии и эмпатии – отличительное свойство аутичных людей.

Дети очень пугливы и ранимы под влиянием сенсорных впечатлений. Реакция ребенка кажется неожиданной. Так дети обычно хорошо реагируют на лицо человека, особенно близкого, проявляя «комплекс оживления». Дети с РДА или пассивно реагируют на лицо, или выражают реакцию протеста, особенно при контакте глаз, также им не нравятся тактильные контакты.

Дети уже на первом году жизни могут необычайно чутко реагировать на слабые раздражители. Они просыпаются при звуке работы холодильника или при едва слышных звуках шагов и т.п. У части детей наблюдается странная реакция на новые зрительные или слуховые впечатления. Так некоторые дети не обращают на них внимания. Другие дети очень сильно реагируют на новизну освещения, образов или звуков, и эта реакция продолжается даже после прекращения воздействия на ребенка зрительных или звуковых стимулов. Легко возникают реакции испуга на незнакомые раздражители.

Некоторые дети проявляют повышенную чувствительность к запахам и вкусовым качествам предметов, они обнюхивают и облизывают предметы.

Дети с РДА необычно реагируют на кинестетические ощущения. Они часто испытывают сенсорный дискомфорт. Компенсируют этот дискомфорт дети с помощью раскачивания, странных ритуалов, длительное время переливая воду или пересыпая песок.

С самого раннего детства выявляется низкий уровень активного внимания. При попытке привлечь внимание взрослые сталкиваются с игнорированием этих попыток или с реакцией протеста. У детей с РДА нарушено произвольное внимание, что негативно сказывается на формировании высших психических функций. Ввиду сниженного жизненного тонуса наблюдается быстрая пресыщаемость различными формами деятельности. Иногда ребенок долго может заниматься тем, к чему проявляет склонности и интересы. Внимание ребенка можно привлечь с помощью вышеуказанных приемов, но очень на непродолжительное время. В случае особо сильного пресыщения ребенок может как бы полностью отключиться или проявить агрессию, сломать недавно любимую игрушку. Это сигнал для взрослого: «Я устал. Я больше не способен заниматься этим. Мне напоминает это что – то травмирующее, неприятное». Понимание данного факта свидетельствует, что ребенок нуждается не в наказании, а в понимании его внутреннего мира и состояния.

Наблюдается нарушение ориентировки во времени или в пространстве. Целостная картина восприятия окружающей действительности нарушается. Внимание сосредоточено на отдельных, наиболее значимых для ребенка деталях, на форме, цвете предметов и т.д. Вот почему рисунки или музыкальные образы детей поражают окружающих своей необычностью.

Память, мышление и воображение. У детей с РДА хорошо развита механическая память. Особенно характерно для этих детей яркость представлений, хранящихся в анналах эмоциональной памяти. Вот почему дети сосредоточены на одних и тех же темах, образах. Дети с нормальным интеллектом легко запоминают хорошо рифмующиеся стихи, требуют от читающих соблюдения всех элементов стихотворного произведения. В ритм стиха дети могут раскачиваться или припевать, сочинять свои стихи. Все, что произвело на них впечатление, они повторяют по многу раз.

У детей с РДА наблюдается своеобразие развития мышления. Наглядно – действенное и наглядно – образное мышление у них формируется под влиянием нарушения аффективной сферы. Они ориентируются на перцептивно яркие признаки предметов, нередко искажающие восприятие и усвоение типичных признаков предмета, необходимых для формирования отвлеченного понятия. Способность к абстрагированию не нарушена, но абстрактные формы познания сочетаются с патологическими формами восприятия. Дети с трудом усваивают причинно - следственные, пространственные, временные связи. Поэтому образы и понятия, явления при обучении детей с РДА своеобразно интерпретируются, что затрудняет процесс их обучения. В стереотипных ситуациях дети легко справляются с обобщениями, классификацией, использованием знаков – символов. Однако, при смене информации, впечатлений, заданий дети

теряются и не справляются с заданиями, т.к. они с трудом переключаются с одного вида деятельности на другой. Они с трудом приспосабливаются к новым условиям.

Аутичные дети могут демонстрировать разные уровни развития интеллекта: от интеллектуальной недостаточности до интеллектуальной одаренности.

Дети с нормальным и высоким уровнем развития интеллекта при грамотной коррекционной работе могут адаптироваться к жизни, социуму, частично или полностью интегрироваться в образовательное пространство.

Б. Гармелин отметил негибкое мышление детей, которое осложняет усвоение сложных правил действия и поведения, что особенно ярко проявляется в речи и в процессах социального взаимодействия. Дети слишком буквально понимают значение предметов или явлений, что затрудняет усвоение абстрактного значения слова и развитие речи. Ива Ван Берклер не случайно назвала этих детей «воспринимающими жизнь буквально». У них из-за негибкости мышления недостаточно развита интуиция, особенно социальная, предполагающая ориентироваться на общение с людьми, а не на предметную деятельность.

Большинство детей с РДА имеют стойкую интеллектуальную недостаточность. Дети с легкой степенью олигофрении хорошо осваивают сан – гигиенические навыки, навыки самообслуживания, они приобретают разнообразные навыки для работы и могут самостоятельно жить в социуме, зарабатывая себе на жизнь.

Дети с умеренной степенью умственной отсталости адаптируются к социуму в ограниченных рамках. Они могут обслуживать себя, овладеть примитивными навыками труда и заниматься работой впоследствии только в специальных бригадах, под присмотром специально обученных для этого людей, т.е. нуждаются в профессионально – социальном сопровождении.

Дети с тяжелой и глубокой умственной отсталостью овладевают навыками самообслуживания, но не смогут в дальнейшем адаптироваться к жизни и нуждаются в помощи окружающих практически во всех областях деятельности.

Разные психологи неоднозначно характеризуют воображение детей с РДА. Некоторые ученые отмечают богатство воображения, другие – патологическое фантазирование. Это обусловлено тем, что различно трактуется этиология раннего детского аутизма, как отмечалось выше. РДА связывается в некоторых теориях с ранним проявлением шизофрении.

Тем не менее, фантазии этих детей отличаются оригинальностью и образностью. Л.В. Кузнецова объясняет патологическое фантазирование, например, на тему мертвецов, повышенной тревожностью, склонностью к страхам, хранящимся в подсознании ребенка. Страхи могут быть причиной агрессии ребенка, тогда фантазии могут носить агрессивный характер. С этими детьми надо проводить работу по коррекции страхов детей.

Но большинство ученых склонны полагать, что аутичные дети трудно усваивают абстракцию, подтекст, язык метафор и их воображение недостаточно развито.

Речь. У детей с РДА наблюдается своеобразие развития речи в силу снижения способностей к полноценной коммуникации с окружающими.

Пассивная речь развивается без особенностей. Ребенок правильно может выполнять команды взрослого, если взрослый сумеет наладить контакт с ребенком.

Первые активные речевые реакции обычно запаздывают. Гуление, лепет либо запаздывают, либо совсем отсутствуют.

Первые слова появляются рано. Дети могут произносить «мама», «папа», но иногда не соотносят слова со взрослыми. С двух лет наблюдается фразовая речь. Наедине с собой дети говорят, обнаруживая богатство речи, но в процессе общения речь бедна и немногословна. Некоторые дети на вопрос отвечают многословно, не соотнося речевую продукцию с ситуацией.

Речь, обычно, не направлена к собеседнику. Отсутствует экспрессия, жестикация, мелодика речи нарушена. Голос то тихий, то громкий. Произношение звуков самое разное: от правильного до неправильного. Наблюдаются отклонения тональности, скорости, ритма, нет

интонационного переноса, постоянны эхолалии, бессвязность, неспособность к диалогу. Длительно сохраняется тенденция к манерному словотворчеству. Экспрессивная речь разлипается с отставанием. В речи часты фразы-штампы, мутизм. Фраза обычно краткая: ассоциации разрыхлены, имеет место смешение мыслей, исчезновение из фраз личных глагольных и местоименных форм. Встречаются нарушения грамматического и синтаксического строя речи. Речь может быть правильной и косноязычной, лепетной.

Развитие речи во многом зависит от уровня развития интеллекта, который у детей с РДА может широко варьироваться, как это отмечалось выше.

Развитие речи также зависит от степени выраженности дефекта. Дети первой группы РДА могут полностью не овладеть разговорным языком. Дети второй группы могут научиться общаться с помощью телеграфной речи или речевых штампов, называя себя в третьем лице. Дети третьей и четвертой групп могут хорошо овладеть речью. В любом случае требуется грамотная коррекционная работа, где речи как способу коммуникации уделяется особое внимание.

Развитие личности и эмоционально – волевой сферы. Ведущим признаком раннего детского аутизма является нарушение эмоционально – волевой сферы личности. Нарушения эмоциональной сферы проявляется в нарушении коммуникации с окружающими уже на первом году жизни.

Отсутствует характерный для ребенка «комплекс оживления» (двигательные реакции, улыбка, гуление и т.п.) при появлении близкого человека. Когда ребенка берут на руки, он становится вялым, расслабленным или излишне скованным и напряженным. Дети избегают контакта глаз, чаще смотрят на нижнюю часть лица. Если улыбка появляется, она связана с состоянием внутреннего комфорта, удовлетворением чисто биологических потребностей.

М. Экслайн отметила, что может появиться излишняя привязанность к матери в младенческом возрасте, которая выражается не в «комплексе оживления», а тяжелом переживании разлуки с нею, в нервозности при отсутствии матери. Р. Манди объясняет это симбиотической связью аутичных детей с матерью или лицом, ее заменяющим.

Проблема аутистов заключается в неспособности понять эмоции: радость, печаль близких людей. Они ограничены в распознавании языка мимики и жестов людей. Но они способны усваивать портретные жесты, поэтому можно использовать метод «обратного зеркала» из психотерапии для обучения ребенка языку мимики и жестов. «Аутисты» кажутся окружающим холодными и бесчувственными. Т. Питерс описал случай с мальчиком, который рассмеялся, увидев рыдающую мать. Он думал, что вода льется из крана, а она может появиться из глаз человека. Аутичные дети не умеют выражать эмоции, хотя сами часто испытывают страх, горечь непонимания, одиночества, неудач.

Для аутичных детей характерна повышенная тревожность как свойство личности.

Дети избегают контакта с людьми, даже близкими, из – за страха. Они могут плакать или агрессивно защищаться: щипаться, кусаться. За это их нельзя наказывать. Следует учитывать в общении эти защитные реакции ребенка. Дети быстро устают даже при приятном общении и пресыщаются контактами. Они склонны фиксировать в памяти негативные впечатления, особенно страхи.

К.С. Лебединская и О.С. Никольская выделяют три группы страхов:

- 1) типичные для детского возраста страхи (потери матери, страхи в ситуациях, вызывающих детские испуги);
- 2) страхи, обусловленные повышенной сенсорной чувствительностью: страх шума, яркого света, страхи незнакомых мест и т.п.;
- 3) страхи, не имеющие реальной почвы, вызванные причудливым восприятием или фантазиями ребенка.

Страхи накладывают на развитие ребенка огромное влияние. В общении с игрушками, людьми, с миром поведение ребенка обусловлено влиянием страха, который следует ослабить и даже полностью устранить как первооснову для дальнейшей работы с ребенком. Именно страхи обуславливают однообразие тематики разговоров, переживаний, что влияет на ригидность мышления. Страхи служат причиной ухода от контактов с окружающими.

Дети первой группы вследствие полного устранения от контакта меньше испытывают страхи. Особенно податливы страхам дети второй группы. Они полностью пронизаны страхами. У детей третьей группы могут наблюдаться локальные страхи. Дети открыто о них говорят при установлении контакта. Их легко можно обнаружить и откорректировать. Дети четвертой группы боязливы, не уверены в себе. Дети особенно зависят от мнения окружающих, от оценки мамы. Поэтому следует развивать уверенность в себе и научить взрослых правильному использованию психологических поглаживаний, метода поощрения для позитивного развития ребенка.

У многих детей отмечаются нарушения инстинктивной жизни, инверсия цикла сна, нарушения аппетита, изменчивость мышечного тонуса до гипотонии или гипертонии. После полутора — двух лет становится отчетливым нарушение последовательности вытеснения примитивных функций, сложными в пределах всех сфер деятельности, в этом выступает диссоциация развития личности.

У некоторых детей нарушен инстинкт самосохранения. Они могут выбегать на проезжую часть, подвергая свою жизнь риску. Некоторые дети склонны к самоагрессии и могут наносить себе повреждения.

Для аутичных детей характерно господство влечений, противоположные желания, аффекты, представления, в поведении отсутствуют единство и внутренняя логика. Поэтому им так трудно справиться со своим состоянием, выразить чувства и мысли.

Дети испытывают трудности в общении. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного внешнего реагирования, так называемая "аффективная блокада". Недостаточна реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

Особенности деятельности и игры. Уже на первом году жизни (во втором полугодии) можно выявить РДА по некоторым признакам деятельности. Одни дети вялы, безынициативны, бездеятельны. Другие проявляют активность, но действия ребенка стереотипны.

Уже в 2- 3 года дети резко отличаются от нормально развивающихся детей. Наблюдается уход ребенка в себя, неспособность к формированию общения с людьми и предметами реального мира, отсутствие подражания, эмоциональных реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразный характер поведения.

Функциональные предметы их не привлекают. Дети плохо привыкают и приспосабливаются к быту. Трудно формируются навыки самообслуживания, трудовые навыки. Но в сфере увлечений дети могут демонстрировать усидчивость и высокий уровень достижений.

Дети с РДА с самого раннего возраста игнорируют игрушки. Играют с рукой или ногой, башмачком и т.д. При этом дети могут больше, чем нормально развивающиеся дети обнаруживать привязанность к игрушке или детали туалета. Дети сидят, как правило, в одиночестве, играют с предметами неигрового вида.

Они игнорируют присутствие окружающих, других людей. Могут прятаться под стол со скатертью и там тихонечко играть в любимые игры.

Шумные и подвижные игры не относятся к разряду любимых. С трудом формируются навыки ролевых игр. Если ребенок играет в ролевую игру, то лихорадочно меняет роли, не заканчивает действия. Дети беседуют сами с собой, т.е. насыщают игру аутодиалогами. Неохотно входят в контакт с окружающими.

Иногда ребенок играет в игры – фантазии, перевоплощаясь в другие существа. Эти игры могут повторяться и продолжаться длительно. В спонтанных играх дети с РДА застревают на сюжетах, их интересующих, и тогда действуют целенаправленно и организованно. Манипулятивные игры продолжают сохраняться в более старшем возрасте.

Таким образом, снижение жизненного тонуса, нарушение системности формирования психических функций обуславливает своеобразие развитие всех сфер личности ребенка.

7.5. Воспитание и обучение детей с РДА. Основные направления коррекционной работы

В данном параграфе изложены методы психолого – педагогического воздействия на детей с ранним детским аутизмом. Изложены позиции по организации обучения и воспитания дошкольников с РДА на основе отечественных традиций и достижений зарубежного опыта. С детства необходимо научить ребенка приспособиться к жизни: к самообслуживанию, гигиене, коммуникации, к рациональной организации труда и отдыха, полезного досуга, к чередованию физических и трудовых упражнений, познавательной и общественно – полезной деятельности. Ребенок, обученный жизни с детства, станет успешным и избавится от проблем.

В практике западного образования раньше аутичные дети обучались вместе с детьми со стойкой интеллектуальной недостаточностью. Эффективности обучения ребенка не было достигнуто.

Во Фландрии даже если всего два ребенка в школе, то они обучаются в отдельном классе. В системе дошкольного образования такие дети обучаются в специальных центрах. Т. Питерс пишет, что в последние десять лет достигнут значительный прогресс и аутичные дети вливаются в систему интегрированного образования, но при условии, если:

- администрация учебного заведения поддерживает идеи интеграции;
- педагогические кадры обладают теоретическими знаниями об аутизме и тоже поддерживают идеи интеграции;
- правильно поставлен диагноз аутизма при диагностике и определен его вид;
- если в наличии существуют кадры (дефектолог, психолог, логопед, педагоги), владеющие технологиями работы с аутичными детьми;
- с учеником перед интеграцией в образовательное учреждение проведена индивидуальная работа и достигнут определенный уровень сформированности социальных навыков;
- если разработаны коррекционные программы работы с аутичными детьми с учетом специфики из аутизма и индивидуального уровня развития и особенностей ребенка.

Тогда работа даст положительный эффект и ребенку не будут нанесены психологические травмы, связанные с неправильным педагогическим подходом к аутичному ребенку.

Как показывает практика отечественного дошкольного образования, дети с РДА 3,4 группы (по классификации Стребелевой) обучаются в дошкольных учреждениях обычного типа, а дети с РДА 1, 2 группы обучаются на дому по специальной программе. Одновременно проводится лечебная коррекция в случае необходимости.

В дошкольных учреждениях дети обучаются по обычной программе, но с ними проводится индивидуальная работа.

Образовательный процесс должен быть адаптирован к нарушению развития аутичных детей и должна быть разработана альтернативная модель обучения.

На западе разработана и успешно используется в практике работы социальная программа ТЕАССН, элементы которой можно использовать в отечественной образовательной практике.

Во – первых, прежде, чем адаптировать ребенка к образовательной среде, необходимо адаптировать окружающую обстановку к проблемному ребенку.

Комната для обучения или коррекционной работы для аутичных детей должна находиться в тихом месте, чтобы ничего не отвлекало и не пугало аутичного ребенка во время занятий.

В классе для аутичных детей должны быть привычные места для занятия

(отдельный для периода адаптации рабочий стол), уголок для отдыха и игры и специальный обеденный стол. Ребенок комфортно чувствует себя, если за спиной стена, перед ним находится открытое пространство. Чтобы внимание ребенка не рассеивалось, с трех сторон ребенка надо ограничить от других непрозрачными панелями. Время занятий должно быть очень коротким, ребенок чаще, чем другие может переходить в зону отдыха и игры.

«Аутистам» нужно обедать и играть вместе, но позже, после того, как они адаптируются к образовательному учреждению. Первое время необходимо создать защитные механизмы для устранения тревоги. Детей лучше кормить отдельно, а не в общей столовой, где дети шумят, выражают яркие эмоции и с точки зрения аутичных детей ведут себя непредсказуемо. Необходимо создать условия для предсказуемости времени и пространства для необычных детей.

На первом этапе адаптации надо помнить, что проблемы негативного поведения – это реакция на дискомфортную среду. Поэтому нельзя наказывать ребенка, но следует лучше продумать создание комфортного пространства для ребенка и организацию его жизнедеятельности.

Необходимо создать щадящий режим дня и занятий с дополнительным временем для сна, отдыха и прогулок. Детский врач Бруно Беттельгейм – директор американской клиники для детей с расстройствами при Чикагском университете - рекомендовал воспитателям не будить детей громкими криками, но дожидаться, когда из полога одеяла высунется рука, чтобы нежно ее погладить чутким прикосновением, а затем положить в руку что – то сладкое. Когда дети начинают вставать, их поджидают любимые игрушки, с которыми дети начнут охотно играть, испытывая радостные эмоции. Устав от суеты, аутичный ребенок может вернуться к кровати или уголку отдыха и поиграть в одиночестве с любимой игрушкой. Дети измучены страхами и одиночеством. Взрослые могут подсаживаться рядом с ребенком, продолжая время безмолвного диалога, произносить ласковым негромким голосом слова, часто повторяя имя ребенка. Затем, когда контакт достигнут, можно приступить к совместной деятельности.

Воспитатель обучает детей простым, а затем более сложным формам деятельности.

При этом рекомендуется особо организовать процесс общения с ребенком индивидуально в зависимости от развития ребенка.

Если у ребенка стойкая интеллектуальная недостаточность, следует ограничить на первых порах вербальное общение. Не следует использовать прямой контакт глаз, тактильные контакты в виде объятий и поглаживаний. Следует помнить, что потирание спины и т.п. – сильное возбуждающее средство для ребенка с нарушением интеллекта. Контакты должны быть легкими и приятными. Следует не предупреждать желаний ребенка, но поощрять его к контакту. Если ребенок подает признаки того, что хочет пить, то надо спросить его об этом или показать на стакан с водой, тихонечко подтолкнуть ребенка к столу, где стоит стакан. Ребенку постоянно требуется помощь, поэтому процесс взаимодействия следует использовать как процесс вербальной и невербальной.

Коммуникации. Если у ребенка интеллект приближен к норме или является высоким, с такими детьми лучше общаться вербально, при этом рекомендуется конкретно, последовательно, многократно излагать порядок всех игровых действий. Словесные комментарии необходимо давать в краткой форме. Перед тем, как ребенка ведут умывать, можно прочитать стишок об умывании. Дети – аутисты с нормальным интеллектом любят напевную стихотворную речь. У них хорошо развит пассивный словарь. Поэтому дети внутренне реагируют на поведение взрослого, хотя внешне не выражают эмоций и на первых порах не участвуют в диалоге.

Аутичные дети плохо ориентируются во времени, но у них хорошее визуальное восприятие. Поэтому Т. Питерс предлагает помогать ребенку в ориентации во времени с помощью зрительной информации. Аутичные дети должны усвоить порядок действий, порядок течения дня. Можно в виде плаката с рисунками (часть конкретных рисунков заменить символами) или отдельных табличек, прикрепленных в уголке, сверху вниз отразить весь режим

дня – режим пребывания в образовательном учреждении. На картинках могут быть надписи и стрелки с циферблатом с указанием времени.

Такие же картинки – подсказки – зрительные опоры можно использовать при обучении выполнения задания. Так, на столы ставятся коробки с заданиями и цифрами 1,2, 3 и т.п. В первой коробке находятся детали от конструктора, их надо выложить слева. Во второй коробке находятся болты, их тоже надо выложить, потом дети достают детали и начинают складывать конструкцию. Законченную работу дети складывают в последнюю коробку.

Аутичного ребенка можно научить одеваться с помощью куклы, когда взрослый вначале показывает действия на кукле, потом надевает этот предмет одежды на ребенка, затем показывает порядок одевания и оказывает все меньшую помощь по мере тренировки ребенка, поощряя ребенка к вербальному и невербальному диалогу в процессе одевания. Этим приемам использования визуальных подсказок надо обучить родителей, которые могут закреплять полученные в образовательном учреждении навыки дома. Рекомендуется в выходные дни не нарушать распорядка дня, чтобы не вносить хаос в упорядочение работы с ребенком.

Мы рекомендуем предметы и игрушки на полках содержать в специальных коробках, на которых нарисованы картинки предметов без излишней конкретизации, но с символическим изображением, чтобы ребенок, играя, разыскивая спрятанные предметы, произносил слово, затем сверял символ на коробке, спрятанный в коробку предмет и повторял слово, соответствующее предмету.

Если ребенок глубоко умственно отсталый, рекомендуется в поле зрения поставить предметы и показывать на них в качестве просьбы: на стакан, если хочется пить, на тарелку – если хочется есть, на горшок, если ребенок хочется в туалет. Будет большим достижением, если ребенок усвоит, что даже такая коммуникация гораздо лучше, чем выражение ярости, плач и пр. от неудовлетворения потребности ребенка. Ни в коем случае нельзя наказывать ребенка за нарушения поведения, энурез и пр., если ребенок не овладел приемами коммуникации или у него есть осложнения глубокой умственной отсталости и аутизма, о чем речь шла выше, в предыдущем параграфе.

Мы предлагаем использовать визуальное подкрепление с помощью картинки и визуальное подкрепление после этого, когда привлекается внимание к говорящему и он использует приемы конгруэнтного общения (четко произносит фразы с яркой демонстрацией приемов невербального общения).

Мы также предлагаем произносить фразы с учетом умственного возраста ребенка, используя их часто, полагаясь на работу механической памяти. Когда возникнет необходимость, ребенок повторит фразу. Когда активный запас слов достигнет следующего возрастного уровня, можно увеличить его и усложнить фразы. Вначале упор делается на овладение предметной информацией, затем – коммуникационной информацией.

Предлагается использовать предметные стимулы для умственно отсталых детей, чтобы закрепить успехи в овладении приемами коммуникации и стимулы в виде разрешения ребенку дольше позаниматься любимым делом, если ребенок с более высоким интеллектом и ярко выраженными способностями к определенному виду деятельности. Мы рекомендуем по мере овладения коммуникацией от предметных стимулов переходить к приемам морального поощрения за успехи в работе, чаще ребенка хвалить в группе, даже если не демонстрируется его работа, чтобы повысить статус ребенка в коллективе.

Т. Питерс предлагает обучение коммуникативным функциям в следующей последовательности:

- просьба, выраженная вербальным способом и заменяющей ее картинкой, невербальным способом;
- требование внимания - слова «Послушайте меня» можно заменить хлопками или колокольчиком;
- отказ – слово «Нет» можно заменить отрицательным жестом;

- комментирование – указывание на предмет или на картинку при произношении слова или наоборот;

- сообщение информации – на вопрос, что ты хочешь делать, ребенок может показать на картинку с изображением конфеты или игрушки;

- запрос информации: вместо слов « когда я поеду домой?» ребенок показывает на машину;

- сообщение о своих эмоциях. « Аутисты» испытывают множество эмоций, но выражают их неадекватно. Необходимо понять язык предкоммуникационных жестов и перевести их в коммуникацию.

Мы полагаем, что излишнее визуальное подкрепление не всегда эффективно. Мы предлагаем использовать прием « Психотерапевтическое зеркало».

Можно незаметно для ребенка повторить жест, чтобы понять его внутреннее состояние, вербализовать его, уточнив, правильно ли взрослый понял ребенка и затем взрослый может научить ребенка адекватному невербальному общению.

После того, как будет установлен контакт взрослого и ребенка на уровне вербального и невербального общения, можно переходить к организации образования и интеграции ребенка в образовательное пространство, интеграции ребенка к социуму.

В отечественной практике больше внимание уделяется вербальному общению в процессе обучения, воспитания и коммуникации.

Вначале детей приучают к совместной коммуникации и деятельности в парах, затем в небольших группах, только потом – к коллективной деятельности.

В процессе обучения и воспитания аутичных детей особо следует использовать индивидуальный подход, специальные стратегии обучения с учетом специфики аутизма ребенка.

Собственно педагогические программы В.М. Башина рекомендует разрабатывать, уделяя внимание усвоению понятий числа, счету, определению временных категорий, углублению ориентировки в форме предметов в пространстве. Дети с трудом переходят от одного вида движений к другому, не подражают, не воспроизводят последовательную цепь действий, в особенности моторных. Внимание следует уделить сочетанию действий с ответами. Им трудно воспроизведение недавно усвоенных знаний, в особенности знаний из долговременной памяти по требованию. У них обнаруживается декодирование слов. Этап от этапа решается задача усложнения деятельности, увеличивается предлагаемый объем навыков и знаний. Наконец, следует обратить внимание на тот факт, что любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же словами. Речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости с обращением внимания на тональность. Только после усвоения одних и тех же программ, предлагаемых разными специалистами, примитивная, однообразная деятельность ребенка начинает разнообразиться, и становится направленной. Именно тогда дети переходят от пассивного к осознанному овладению режимных моментов, навыков. В процессе целостного воспитания у аутичных детей формируется осознание собственного «Я», способность к ограничению себя от других лиц, преодолевается явление кризиса.

На последующих этапах работы решается задача усложнения деятельности с постепенным переходом от индивидуальных к групповым занятиям. Еще позднее - к сложным играм, видам совместной деятельности, к упражнениям в группах по 3-5 и более детей.

Логопедическая работа начиналась с определения речевой патологии, свойственной детям с аутизмом. Соответствующая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. Осуществлялась постановка звуков, их автоматизация, вводились дыхательные, голосовые упражнения. Важной оставалась задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, их сериям, как и работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказа, "проигрывания", драматизации разных тем, воспроизведение стихотворной речи и ряд других задач.

Речь, как наиболее молодая функция центральной нервной системы, страдает в болезни в первую очередь и восстанавливается постепенно, поэтапно, в обратном порядке.

Психологи и воспитатели одновременно проводят большую работу с родителями детей с РДА. Психологи или педагоги объясняют родителям проблемы, состояния ребенка, помогают избавиться от амбиций, когда ребенок служит объектом такого обучения и воспитания в семье, чтобы компенсировать родительские нереализованные возможности, чтобы поддерживать в глазах окружающих статус семьи. Расхождение ожиданий и реальных проблем приводит к отчуждению родителей от детей. Они боятся за будущее ребенка и заражают страхом и без того тревожного ребенка.

Родителей учат понимать и сопереживать ребенку, формам общения и организации совместной деятельности в семье, созданию позитивных ритуалов (семейных праздников, прогулок), помогающим вытеснить ритуалы поведения ребенка как защитный механизм. Мама или папа рассказывают в присутствии ребенка, чем они занимаются, чем порадовал их ребенок, обучают спокойствию с пользователем «Я – высказываний» позитивного характера: «Я люблю, когда...», «Я горжусь тем...», «Я уважаю своего малыша за...».

Родителей обучают общаться с детьми с позиций взрослого. Выше описан педагогический метод коррекции родительско – детских отношений, который уместен и в работе с родителями аутичных детей.

Психологическая коррекция также начинается с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка в условиях его общей и игровой деятельности. Основной задачей являлось вовлечение «аутистов» в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Адекватными оказались игры с жесткой последовательностью событий и действий, их многократное проигрывание. Освоение системы игровых штампов «аутистами», способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия. В процессе занятий создается в последующем у аутистов возможность переноса усвоенного, т.е. творческая регуляция поведения и повышение предметно-практической ориентировки в окружающем.

Психокоррекционная работа с аутичным ребенком и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, нивелировку тревожности, страха, а также на коррекцию и укрепление семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним.

Психологам и педагогам рекомендуется в процессе общения с аутичным ребенком особое внимание уделить в процессе развития операциональной сферы вербальному монологу, постепенно переходящему в диалог, избегая при этом излишней эмоциональной экспрессии. Внимание уделяется освоению вначале простых, затем более сложных форм игры и самой моторной деятельности. Следует конкретно, последовательно, многократно излагать порядок всех игровых действий. Словесные комментарии необходимо давать в краткой понятной форме.

Психологу необходимо разобраться в проблемах ребенка и помочь достичь интеграции личности для ослабления или устранения аутизма. Во 2 книге данного учебного пособия описана технология недирективной игротерапии В. Экслейн, которая умело справляется с проявлениями аутизма у детей. Многие комментарии и приемы работы полезны не только для практики психологической, но и для практики педагогической коррекции.

В нашей практике успешно решались проблемы коррекции аутизма с помощью рисуночной терапии, куклотерапии, сказкотерапии. При этом мы адаптировали сказки, убирая сильнодействующие тревожные моменты. Например, Волку в Красной шапочке не разрезали живот, а вытряхивали живую девочку и бабушку изо рта. Когда использовали драматизацию сказки

«Три поросенка» с помощью куклотерапии, то персонажей делали более смешными, учили детей понимать язык юмористических метафор. Волк не был достаточно агрессивен, а поросята должны были проявлять чудеса хитрости, чтобы обмануть Волка, развивая гибкость мышления и

совместную коммуникацию. Дети барахтались на полу, играли в прятки, при условии срывания маски с куклы под ней обнаруживали смеющуюся рожицу персонажа и должны были повторить веселое выражение лица.

Таким образом, своевременная медико – психолого – педагогическая коррекция с организацией специальных занятий дефектолога, психолога и педагога на развитие вербальной и невербальной коммуникации, абстрагирования мышления и воображения (по программе для одаренных детей соответствующего умственного возраста ребенка) способствовали успешности в преодолении детского аутизма и достижения позитивного мироощущения ребенка.

ГЛАВА 8. ДЕТИ СО СЛОЖНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ, ИХ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ

8.1. Понятие «множественные нарушения развития»

Следует отметить, что в цивилизованных странах снижается процент детей с врожденными аномалиями развития, т.к. современное медико – генетическое консультирование способствовало внедрению в практику здравоохранения современных методов диагностики и профилактики наследственных, врожденных заболеваний. Поэтому следует широко пропагандировать необходимость медико – генетического консультирования будущих родителей, если у родственников есть отклонения в развитии или в семье уже есть ребенок с аномалиями.

Сегодня широко применяются методы дородовой диагностики. Чаще всего прибегают медики к ультразвуковым исследованиям и амниоцентозу. Ультразвуковое исследование позволяет следить за ростом и развитие плода, определяется плод и некоторые пороки развития. Амниоцентоз показан при подозрении на тяжелую патологию плода или при критическом возрасте будущей матери. Полученный с помощью амниоцетоза образец прозрачной жидкости подвергается тщательному изучению. Эта процедура помогает выявить хромосомные болезни, наследственные метаболические (обменные) заболевания и другие дефекты. Существуют иные методы обследования.

Эти методы помогают выявить аномалии плода на разных этапах беременности. Но если по каким – либо причинам родился ребенок со множественными нарушениями в развитии, то необходима помощь в воспитании этого ребенка.

Сложное нарушение – это особый вид дизонтогении. Множественным нарушением мы называем такое, когда у ребенка сочетаются три или более первичные нарушения (дефекты), выраженные в разной степени и приводящие к значительным отклонениям в развитии.

Примером таких нарушений могут быть выраженные нарушения зрения и ДЦП, глухота и ДЦП, слепоглухота, слепота и тугоухость, слепота и системное нарушение речи и т.п. Часто ученые приводят в качестве примера классический пример сложного дефекта - синдром Дауна. Кроме умственной отсталости у детей в 70 % случаев имеются нарушения слуха и в 40 % — нарушения зрения. Почти 30 % детей с синдромом Дауна имеют двойной сенсорный дефект.

К множественным дефектам можно отнести сочетание целого ряда нарушений, вызванных глубоким поражением ЦНС, затрагивающих сенсорную и двигательную сферы ребенка. Известно около 80 наследственных синдромов и заболеваний, приводящих к одновременному нарушению зрения и слуха. Проблема состоит в том, чтобы как можно раньше выявить все дефекты развития. Обычно у ребенка почти сразу после рождения устанавливают одно выраженное нарушение и только со временем обнаруживают второй или даже третий сопутствующий дефект. Это объясняется тяжестью дефекта, установленного с рождения нарушения и трудностью диагностирования множества нарушений. Слепота не позволяет своевременно выявить нарушение слуха или тяжелое нарушение движений у ребенка не позволяет своевременно отметить недоразвитие интеллекта или анализаторных систем. Так же бывают случаи, что к врожденным биологическим дефектам присоединяются биологические дефекты в первые годы жизни, которые являются первичными, но возникают в различное время.

Например, при нарушении слуха от рождения может возникнуть поражение сетчатки в виде пигментного ретинита, которое начинает проявляться только в дошкольном возрасте в виде «куриной» слепоты. Диагностика сложных нарушений необычайно сложна в раннем и дошкольном возрасте. Несвоевременное установление причин нарушения развития у ребенка осложняет проведение коррекционных мероприятий.

8.2 .Этиология и классификация сложных и множественных нарушений развития у детей

Этиология множественных нарушений развития детей различна. В некоторых случаях эти нарушения генетически обусловлены. Например, умственную отсталость с сенсорными нарушениями обычно относят к наследственным синдромам. Исследования ученых доказывают, что почти 60 % врожденных нарушений слуха являются генетически обусловленными. Примерно одна треть этих наследственных нарушений слуха у детей сочетается с другими видами нарушений.

Иммунологическая несовместимость между матерью и плодом также может быть причиной множественных нарушений: дизонтогении по типу ретардации, нарушений слуха и двигательные расстройства.

К экзогенным заболеваниям, приводящим к сложному и даже множественному нарушению развития, относятся различные внутриутробные и постнатальные заболевания, например, краснуха, особо опасная в ранние сроки беременности, корь, туберкулез, токсоплазмоз и др. Такие заболевания, как корь или скарлатина, тяжелый грипп или нейроинфекции, тяжелый диабет в детском возрасте также могут привести к сложному нарушению развития у ребенка. Очень опасна цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ). Заболевание часто протекает у матерей почти без видимых симптомов, его можно диагностировать только в лабораторных условиях. Последствием врожденной инфекции у детей могут быть косолапость, глухота, деформация нёба и микроцефалия, комплексные заболевания (глухота и нарушения зрения).

В последние годы ряд специалистов отмечает рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха у глубоко недоношенных детей. Примерно у 11 % таких детей обнаруживаются нарушения зрения вплоть до слепоты и др. заболевания.

В других случаях на развитие детей влияют экологические и социально – психологические факторы: психическая депривация, реактивные расстройства привязанности, длительное расставание с матерью и т.д. Часто нарушения обусловлены комбинацией генетических и экзогенных факторов в различных вариантах. Описано редкое сочетание мышечной дистрофии, тугоухости и пигментную дистрофию сетчатки.

Если причина нарушения развития у ребенка известна и может, по определению, привести к сложному и множественному дефекту, то все эти дети должны быть отнесены к группе риска сразу после рождения.

В мировой практике и в отечественной медицинской практике сложилась система комплексного поэтапного обследования детей различными специалистами. При выявлении патологий проводится углубленное психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями развития. В некоторых случаях семья направляется на генетическое обследование.

В России наибольший опыт накоплен по работе со слепоглухими детьми. В 80 странах мира существуют специальные образовательные учреждения для слепоглухих со своими научными и воспитательными традициями. Отечественный опыт интересен преемственностью образования. Интересны, в частности, программы дошкольного обучения. Мировую известность получила школа для слепоглухих детей — Детский дом для слепоглухих в г. Сергиевом Посаде Московской области, где слепоглухие дети иногда развиваются с двухлетнего возраста.

Разработана классификация сложных и множественных нарушений развития детей. Нарушения развития могут проявляться различными сочетаниями. Насчитывается до 20 видов

сложного дефекта. Это могут быть сочетания сенсорных, интеллектуальных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений.

По сочетанию нарушений зрения и слуха детей можно разделить: 1) на тотально или практических слепоглухих; 2) на слепых слабослышащих; 3) на слабовидящих глухих; 4) на слабовидящих и слабослышащих.

По сочетанию нарушений зрения и речи можно выделить:

1) слепых алаликов; 2) слабовидящих алаликов; 3) слепых детей с ОНР и т. д.

По сочетанию нарушений зрения и движений детей можно разделить на: 1) не передвигающихся самостоятельно слепых детей; 2) слепых с остаточными явлениями ДЦП.

По сочетанию глухоты и стойкой интеллектуальной недостаточности можно выделить следующие группы детей 1) глухих с выраженной умственной отсталостью; 2) глухих с легким отставанием в умственном развитии и т. д.

При некоторых множественных нарушениях развития может наблюдаться позитивная динамика развития, если своевременно оказано медицинское вмешательство в связи с развитием новых технологий.

Ранняя операция катаракты, если нет последующих осложнений, сказывается на улучшении зрения и при других заболеваниях. Так при хорошо подобранном лечении и правильном воспитании положительная динамика может наблюдаться у детей с тяжелыми формами детского церебрального паралича, у детей с кондуктивной тугоухостью и т. д.

Таким образом, разделение детей со сложными нарушениями по выраженности каждого из имеющихся дефектов позволяет определить их основные трудности и построить программу их обучения и воспитания с учетом в первую очередь, ведущего дефекта и с учетом сопутствующих дефектов. Следует учитывать, что возможен не только прогресс, но и регресс функций, появление новых нарушений.

Чтобы лучше понять патогенез развития детей со множественными нарушениями важно учитывать не только характер дефекта, но другие факторы, влияющие на развитие ребенка с таким сложным видом дизонтогении.

По времени наступления нарушений можно выделить детей с одновременно и разновременными наступившими сложными нарушениями. Это могут быть врожденные нарушения зрения и слуха у ребенка (слепоглухота), одновременно наступившие после заболевания менингоэнцефалитом в раннем или старшем дошкольном возрасте. По возрасту детей, в котором проявилось сложное нарушение, их можно разделить на три группы: дети с врожденным или рано приобретенным дефектом; дети, у которых проявилось нарушение в младшем возрасте; дети с нарушением, приобретенным в старшем дошкольном возрасте. Врожденное или очень рано наступившее сложное нарушение у ребенка чрезвычайно осложняет процесс его развития и требует самого пристального внимания со стороны специалистов разного профиля в течение всей жизни такого ребенка.

Для всех случаев приобретенного с возрастом сложного нарушения чрезвычайно важно установление особенностей развития ребенка: его возраста ко времени наступления нарушений, достигнутого к этому времени уровня знаний и умений.

Естественно, что старший дошкольник, потеряв слух и зрение в силу каких – либо причин именно в этом возрасте более развит, чем слепоглухой от рождения ребенок. У нормально развивавшегося с ребенка, потерявшего зрение и слух, уже должны быть сформированы ощущения, восприятие, движения, предметные и предметно-игровые действия, коммуникативные навыки. Если заболевание нарушило только периферические отделы анализаторов и не затронуло глубоко мозг ребенка, то можно рассчитывать на то, что все психологические достижения младшего и среднего дошкольного возраста могут быть успешно использованы в его развитии после обрушившегося на ребенка несчастья. Наряду с эти стресс и непривычное состояние в связи с приобретением сложного дефекта в дошкольном возрасте может отбросить развитие ребенка назад. У ребенка может измениться поведение,

чрезвычайно затрудниться контакт со взрослыми и совершенно разрушиться контакт со сверстниками. Чем старше ребенок, тем сильнее вероятность возникновения тяжелых реактивных состояний, наблюдаемых при резком разрушении привычных способах жизнедеятельности. Важно сохранить контакты со средой и найти заменители утраченным функциям. Это скажется на динамике развития ребенка. Вот почему важно изучить индивидуальные особенности, чтобы апеллировать к сильным сторонам личности. Важно своевременно начать восстанавливать утраченные связи, используя сохраненные органы чувств. Прогрессирующий негативный и необратимый характер нарушений может повлечь регресс развития вплоть до деменции.

Среди многообразия множественных нарушений уместно выделить категории детей, которые могут успешно развиваться за счет компенсации нарушенных функций и категории детей, требующих постоянного ухода и особой заботы, т.к. пока не найдены способы обеспечения прогресса их развития.

8.3. Образование и воспитание детей со сложными и множественными нарушениями

Очень сложно диагностировать своевременно все сложные и множественные нарушения ребенка, чтобы на основе знания первичных дефектов заниматься профилактикой возникновения вторичных дефектов. Выявляется ведущий дефект, например умственная отсталость. Возможны нарушения двигательной сферы. Но следует отличить двигательную энцефалопатию от характерных для детей с нарушением интеллекта дефектами крупной и мелкой моторики. На основе выявления нарушений в раннем детстве оказывается медицинская помощь ребенку и помощь семье по обучению воспитанию такого ребенка в семье. Оказывается психологическая помощь семье ребенка, чтобы ребенка не воспринимали как обузу семьи, чтобы ребенка любили и радовались малейшим его успехам. Именно ранняя медико – психолого – педагогическая коррекция позволяют своевременно добиваться положительных результатов развития ребенка.

Ребенка направляют в специализированное дошкольное учреждение в соответствии с ведущим выявленным дефектом, например, в ДООУ для детей с нарушениями интеллекта, но наряду с развитием моторики для детей с этим видом дизонтогений проводят индивидуальную работу по коррекции двигательной сферы.

Осуществляется коллективное, групповое и индивидуальное обучение и воспитание такого ребенка в дошкольном учреждении под руководством медиков, дефектолога, психологов, логопедов и воспитателей. Занимаясь с таким ребенком несколько часов в день, специалист не только способствует его позитивному развитию, но оказывает родителям помощь в воспитании этих детей, добиваясь преемственности обучения и воспитания ребенка в ДООУ и в семье

Чуткость к состоянию ребенка, полисенсорная стимуляция при постоянном контроле за ее интенсивностью, стимуляция малейших проявлений самостоятельной активности ребенка являются принципами индивидуальных коррекционных занятий с ним.

Опыт психолого - педагогической работы со слепоглухими или слепыми детьми с глубоким отставанием в психическом развитии, показывает, что специалисты разного профиля (сурдологи, дефектологи, воспитатели- коррекционисты, психологи и т.п.) должны не только непосредственно заниматься с ребенком, но и регулярно беседовать со всеми членами его семьи, помогать подбирать им подходящие для ребенка игрушки, консультировать по поводу обращения к другим специалистам и врачам, организовывать встречи с другими родителями и т. д.

Одним из главных направлений педагогической работы с ребенком раннего возраста становится установление благоприятного эмоционального контакта со взрослым и стимуляция его собственных активных движений.

В ходе занятий специалистам следует обращать внимание на: 1) состояние ребенка в данный момент с тем, чтобы, если нужно, перестроить в соответствии с ним план занятий; 2)

ритм действий самого ребенка с тем, чтобы приспособлять к нему темп собственных действий; 3) чередование собственных интенсивных, стимулирующих действий с наблюдением за свободным поведением ребенка; 4) физическое и эмоциональное состояние ребенка (усталость или излишнее возбуждение) с тем, чтобы своевременно прекратить интенсивное воздействие.

Специалисты рекомендуют постоянно тактильно общаться с ребенком, психологически закалявая его, сменяя мягкое поглаживание болевыми воздействиями — пощипыванию, мягкими шлепками и т.п. Когда эти действия совершает мама, тревожность ребенка снижается, исключается негативное проявление испуга.

Ребенку необходимо насколько возможно помогать в сенсомоторном развитии. Зарядки, массажи, смена поз, стимуляция движений с учетом возможностей ребенка сочетается со световой и звуковой стимуляцией анализаторов ребенка. Рекомендуется внимательно слушать звуки, издаваемые ребенком и также повторять их. Взрослый с удовольствием включается в своеобразный вокальный диалог, способствующий установлению полноценного контакта с ребенком. Опыт обучения глухих и слепоглухих детей учит использовать и развивать тактильную, вибрационную чувствительность детей — дети прикасаются к щеке, горлу взрослого в момент пения и разговора и фиксируют сигналы, стимулирующие общение малыша с окружающими людьми.

Сейчас производятся специальные игры с использованием фонарика, ярких тканей разной фактуры, которые взрослый надевает и снимает с головы ребенка и т.п. Разрабатываются технические средства обучения детей со сложными дефектами развития, которые надо постоянно осваивать и использовать в образовательной практике в дошкольных учреждениях.

Физическое развитие ребенка со множественными нарушениями осложнено дефектами развития и осуществляется медленнее, чем у нормально развивающихся детей: ребенок позднее начинает ползать, ходить, лазать и т.п. Взрослым следует давать больше свободы действий, не спешить на помощь ребенку, воспитывая самостоятельность, волю к преодолению трудностей, если у него нет двигательных нарушений. Его нужно учить ходить, как только он начал хорошо стоять с поддержкой. Полезно ставить ребенка на ноги и ходить с ним вместе, находясь позади ребенка. Можно использовать какое – либо крепление для равновесия ребенка.

Полезны подвижные игры дома и на свежем воздухе, во время прогулок, которые не только физически развивают ребенка, укрепляют его здоровье, но и помогают осваивать внешний мир, учиться не бояться окружающей действительности, посторонних людей. Ребенка приучают к самообслуживанию. Специалист при этом сам в работе с ребенком или помогает родителям соблюдать технологию и последовательность действий в его обучении и развитию, учить понимать внутренний мир ребенка и воспитывать его с учетом творческих потенций и природы индивидуальности.

Ученые доказали, что максимально ограниченная сенсорная сфера слепоглоухого ребенка создает условия для его психического развития. Учитываются малейшие сохранные функции анализаторов и стимулируется их развитие. Любой ребенок наделен способностью к спонтанному развитию. Поэтому взрослые не только опираются в совместном общении с ребенком на рекомендации специалистов, но учатся наблюдать за ребенком, интуитивно следовать его внутренними импульсам. Показателем успешного коммуникативного развития малыша является освоение языка мимики и жестов. Специалисты могут научить ребенка по особой методике и речевому общению с окружающими.

В развитии слепоглоухого ребенка дошкольного возраста, как говорилось выше, большое внимание уделяется общению со взрослыми с помощью жестов. С помощью взрослых ребенок также усваивает очередность повседневных бытовых ситуаций (утренний туалет, завтрак, игры, обед, дневной сон, полдник, прогулка, ужин, вечерний туалет и подготовка ко сну и т. п.).

Предмет или жест, изображающий действие с предметом, могут стать сигналом каждой значимой для ребенка бытовой ситуации. Обучение освоению слепоглоухим ребенком сначала отдельных действий, а затем и целого цикла действий внутри каждой бытовой или игровой ситуации позволяет сделать естественный жест знаком определенного отдельного предмета и

действия с ним. Все это подготавливает замену естественного жеста условным знаком: жестом языка глухих, дактильным или устным словом, а затем и письменной фразой (написанной большими буквами или рельефно точечным шрифтом Брайля).

Ребенок осваивает окружающий мир и развивается в процессе активной деятельности. Слепоглухие дети успешно рисуют, лепят, сравнивая изделие с образцом или отражая внутренние впечатления, учатся конструированию и моделированию, играют с предметами или общаются со сверстниками в процессе сюжетно – ролевых игр. Игра имеет огромное значение всестороннего развития как нормально развивающихся, так и детей с отклонениями в развитии. Различные виды деятельности позволяют ребенку составить адекватное отражение в сознании окружающего мира, окружающих людей, формируют самосознание ребенка, расширяют диапазон его возможностей и способностей. На специально организованных занятиях по тем же направлениям деятельности, как и для обычных детей, но с применением специально разработанных технологий развиваются все сферы личности ребенка. Особое внимание уделяется использованию замещающих аналогов некоторых недоступных восприятию ребенка со множественными нарушениями реальных предметов.

Ребенок не может развиваться как личность, не овладев предметным миром с помощью различных видов игровой деятельности, не научившись самостоятельно ориентироваться во времени и в окружающем пространстве, не владея навыками самообслуживания. В обучении детей со сложными нарушениями этот период может занять и дошкольный и школьный возраст ребенка. Овладение письмом и чтением часто занимает весь школьный период развития такого ребенка.

Однако реализация принципа гуманизации в работе с детьми с отклонениями в развитии требует поиска нового содержания, технологий обучения, развития и воспитания детей с учетом дефектов развития. Следует постоянно расширять диапазон возможностей ребенка, контакты детей с социумом, многообразием окружающего мира. Недопустима гиперопека, которая ограничивает и даже мешает личностному развитию ребенка. В случаях сложного сенсорного нарушения недопустимо формирование иждивенческих, эгоистических устремлений личности. Следует постоянно формировать мотивацию к гиперкомпенсации ребенка с нарушением развития.

Работа эта чрезвычайно сложна. Специалисты предлагают учитывать круг причин, затрудняющих работу с детьми, имеющими множественные нарушения развития.

Существуют причины, обусловленные самим сложным нарушением, из – за которых ребенок изолируется от внешнего мира, что порождает вторичные дефекты развития. Такая изоляция неизбежно ведет к вторичным нарушениям развития — слабости и искаженности эмоциональных и социальных связей с широким миром людей. Это может быть эгоцентризм, сосредоточенность на своих внутренних переживаниях, застреманность на каких – либо мыслях или состояниях, что затрудняет дальнейшее развитие личности.

Гиперопека, недостаточное развитие воли, самостоятельности ребенка могут привести к чрезмерной зависимости от других людей. Вот почему с детства ребенка нужно приучать к самообслуживанию, формировать бытовые навыки, чтобы ребенок не становился полным инвалидом с иждивенческими устремлениями. Излишняя жалость, гиперопека лишают ребенка внутреннего стержня формирования характера. Поэтому родителей следует ориентировать не только на лечебные мероприятия, на поиск чудодейственных лекарств, что зачастую приводит их к целителям – шарлатанам, но на помощь в адаптации ребенка к социуму. Не следует из чувства сострадания снижать планку требований к ребенку, чтобы препятствовать его развитию, чтобы мешать реализации его потенциалов, которые могут быть реализованы с помощью механизмов компенсации развития. Вот почему с детства важно формировать адекватную позитивную «Я – концепцию», самооценку как базовые составляющие личности, стимулирующие ее дальнейший рост. Это вторая причина, на которую следует обратить внимание тех, кто воспитывает таких детей.

Третья группа причин связана со специализацией дошкольного и школьного обучения, когда ребенок постоянно находится среди таких же детей, как он сам, у него не возникает

потребности осознать свои нарушения. Ученые полагают, что ребенок со множественными нарушениями развивается более динамично и приспосабливается к жизненным обстоятельствам более полноценно, если понимает дефекты своего развития, но с детства окруженный заботой и вниманием не воспринимает себя как изгоя. Это относится к случаям, когда сложные нарушения не приводят к резкому недоразвитию когнитивной сферы личности и когда у ребенка сформирован как первичный или вторичный дефект – нарушение интеллектуального развития. Так исследования специалистов доказали, что дети, ставшие слепоглухими в результате внутриутробной инфекции, глубокой недоношенности или других причин, могут иметь серьезные поражения головного мозга, которые проявляются в их двигательной недостаточности или серьезном нарушении психического развития.

Дети со множественными нарушениями развития достигают разных результатов развития, которые во многом определяются от того, насколько в детстве эффективно сформированы навыки общения. Некоторые дети осваивают только так называемый «непосредственный показ», когда слепоглухой ребенок просто тянет за руку взрослого по направлению к интересующему его предмету. Другие могут общаться с помощью собственно предметов, связанных с желаемой ситуацией, показывая их взрослому. Ряд детей используют в общении естественные жесты и отдельные дактильные буквы и слова. Некоторые овладевают речью.

Подводя итоги, следует заметить, что дети со сложным нарушением развития, представляющие по своим сенсорным, двигательным и интеллектуальным возможностям разнородную группу, не менее других детей с проблемами развития нуждаются в специальном обучении и воспитании, и соответствующие учреждения. Они должны занять свое место в системе дошкольного специального обучения. При этом, безусловно, должен быть учтен опыт обучения слепоглухих детей, накопленный в нашей стране.

Хотя многие люди нуждаются в опеке и сопровождении взрослых или социальных служб до конца своей жизни, некоторые достигают больших успехов и самостоятельности. Известен случай, когда девушка со множественными нарушениями стала кандидатом наук и помогла многое понять при изучении природы множественных нарушений и механизмов компенсации этих нарушений, чтобы выработать пути адаптации людей со сложными нарушениями развития к социуму.

Дети с отклонениями в развитии нуждаются не только в поддержке родителей, специалистов, но и в поддержке всего общества. В процессе развития цивилизованного общества формируется гуманное отношение к инвалидам и детям с отклонениями в развитии. Ученые провели ряд исследований, чтобы понять проблемы воспитания ребенка с аномалиями в семье и помочь семьям воспитывать проблемного ребенка. Е.М. Мастюкова справедливо пишет о том, что только взаимосогласованные действия семьи, общества, специалистов, занимающихся с таким ребенком могут способствовать адаптации лиц с отклонениями к социальному окружению..

Усилия семьи, где воспитывается ребенок со сложными нарушениями в развитии, будут более плодотворными, если семье будет оказана квалифицированная помощь специалистов. Главная проблема, во многом определяющая все дальнейшее развитие ребенка со сложными и множественными нарушениями — это проблема принятия его в семье.

Рождение в семье ребенка с явными нарушениями развития — это всегда глубокие переживания для всех членов его семьи. Необходимо помочь близким ребенка сохранить душевное равновесие, преодолеть негативные переживания и научиться самоотверженно бороться с детскими недугами. Нельзя допустить отвержения ребенка в семье. Отвергнуть — что не всегда значит отказаться от ребенка, это означает и внутреннее несогласие с тем, что их ребенок не такой, как другие, неприятие этого. Разумное осознание глубины проблемы и принятие ребенка с тяжелыми нарушениями родителями — это главная и самая тяжелая проблема таких семей. Эти семьи часто поддаются советам окружающих, советуящих оставить больного малыша в Доме ребенка, отказаться от его воспитания, чтобы оградить себя от негативных эмоций и утомительных забот. Как правило, такие советы дают несведущие люди,

малоопытные врачи, впервые в своей практике встретившиеся с редким врожденным нарушением у ребенка.

В ситуациях неприятия собственного ребенка родителями специальный педагог как бы становится посредником между родителями и их питомцем, помогая организовать среду и воспитание ребенка, позитивно влияющие на его развитие. Иногда оказывается психотерапевтическая работа с членами семьи, в которой живет ребенок со множественными нарушениями развития. Если родители, члены семьи умело помогают ребенку и видят положительные результаты этой помощи, меняется их отношение к ребенку. Они начинают руководствоваться не только чувством неприятия или сострадания к ребенку, но пониманием своей миссии в судьбе ребенка и согревают радостью ребенка, делающего маленькие, но такие необходимые успехи. Снижается ощущение безысходности и вины перед ребенком. Общая проблема сплачивает членов семьи и эта сплоченность помогает выживать и развиваться ребенку.

Именно в этот период родителям необходима поддержка специалистов, верящих в возможности помочь ребенку с любыми нарушениями, знакомых с практикой социально-психологической поддержки семьи и методами воспитания ребенка со множественными отклонениями в развитии. Практика работы доказывает, что важна роль ассоциаций родителей с отклонениями в развитии. Очень важно познакомиться с опытом воспитания ребенка со сложными нарушениями в семьях, где ребенку научились оказывать необходимую помощь, где умело занимаются обучением и воспитанием малыша, где значительны успехи ребенка в развитии. Своевременно полученная родителями информация о специалистах, которые знают, как помочь их ребенку, о специальных учебных учреждениях, где он может воспитываться, может помочь сохранить присутствие духа и вооружить опытом воспитания ребенка в семье.

Необходима организация сопровождения такого ребенка в семье специалистами — патронажной няней, врачом, педагогом или психологом, которые бы занимались с таким ребенком определенное время, освобождая маму или других членов семьи от постоянной заботы о малыше и давая им возможность взглянуть на их собственного ребенка со стороны квалифицированного специалиста.

Родители, которые принимают ребенка таким, как он есть, внимательно следят за его реакциями, радуясь любым его активным и самостоятельным действиям, как правило, добиваются больших успехов. В нашей стране накоплен значительный опыт воспитания в семье и дошкольном учреждении слепоглухих детей. Благодаря чуткому отношению родителей к ребенку, разумной опеке и воспитанию детям удавалось в семье овладеть начальным уровнем навыком и организованного поведения.

Опыт обучения слепоглухих детей и детей с множественными нарушениями убеждает нас, что нет необучаемых детей, а есть дети с разными возможностями обучения. Помогая этим детям даже немного продвинуться в развитии, родители и специалисты совершают подвиг, добиваясь значительных успехов в развитии детей, имеющих различные отклонения в развитии. Часто можно добиться того, что ранее казалось невозможным. Это еще раз убеждает нас в том, что резервы психического развития ребенка гораздо больше, чем мы о них знаем.

ПРАКТИКУМ ПО СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКЕ И ПСИХОЛОГИИ

Методические рекомендации для студентов при подготовке к практическим и семинарским занятиям

1. При подготовке доклада по теоретическим вопросам самостоятельно наметить план, внести дополнения в список рекомендуемой литературы (или адрес интернет-ресурса), в случае необходимости изменить формулировку темы доклада.
2. Лучшие доклады студентов могут быть рекомендованы для участия в студенческой конференции.
3. Для выполнения практических занятий необходимо иметь цветные карандаши, листы А4.
4. При выполнении заданий самостоятельной работы необходимо ориентироваться на тему собственного исследования.
5. **ВАЖНО!** Список литературы является примерным, студент может привлечь дополнительно книги, пособия и статьи относящиеся непосредственно к теме занятия.

Семинар 1. Технологии психологической коррекции. Психологическая коррекция и ее виды

План:

- Понятие психокоррекции.
- Классификация видов психокоррекции.
- Виды психокоррекционных программ.
- Компоненты психокоррекционной программы.
- Понятие игротерапии.
- Технология игротерапии Г.Л. Лэндрэт.
- Технология директивной игротерапии.
- Технология недирективной игротерапии В. Экслейн.
- Технология ф игровой этнотерапии.

Практические задания

- Дайте общую характеристику телесно – ориентированной терапии.
- Какова теоретическая основа технологии?
- Охарактеризуйте основные методы телесно – ориентированной терапии.
- Охарактеризуйте технику мышечной релаксации. Каковы ограничения в применении данной техники в работе с детьми дошкольного возраста?
- Что представляют и для чего используются упражнения А. Лоуэна?

Литература

1. Ганичева, И.В. Телесно – ориентированный подход к психокоррекционной и развивающей работе с детьми./ И.В. Ганичева. - М., 2004.
2. Грибанов, А.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей./ А.В. Грибанов (и др.) – М., 2004.
3. Катаева, А.А. Дидактические игры в обучении дошкольников с отклонениями и в развитии./ А.А. Катаева, Е.А. Стребелева. - М., 2004.
4. Ломтева, Т.А. Большие игры маленьких детей./ Т.А. Ломтева. – М., 2005.

5. Марковская, И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми.- / И. М Марковская. - СПб, 2005.
6. Никитина, В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития./ В. Б. Никитина. - М., 2004.
7. Осипова, А.А. Общая психокоррекция./ А.А. Осипова. – М., 2005.
8. Потапчук, А.А. Двигательный игротренинг для дошкольников. – / А.А. Потапчук, Т.С. Овчинникова. - СПб, 2003.
9. Смирнова, Т.Л. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. /Т.Л. Смирнова. - Ростов – на – Дону, 2004.
10. Тренинг по сказкотерапии /под ред. Т.Д. Зенкевич – Евстигнеевой. – СПб, 2004.

Семинар 2. Методы педагогической коррекции состояний, поведения, личности дошкольника с нарушениями и отклонениями в развитии

План:

1. Понятие отклоняющегося поведения личности.
2. Общие педагогические методы воспитания ребенка.
3. Специфические коррекционные методы воспитания ребенка с отклонениями в развитии.

Практические задания

1. Охарактеризуйте понятие отклоняющегося поведения личности.
2. Перечислите признаки отклоняющегося поведения.
3. Охарактеризуйте такие виды отклоняющегося поведения, как « нестандартное поведение», « деструктивное поведение», «деликвентное поведение», «аутодеструктивное поведение»; приведите примеры, характерные для всех этих видов в детском возрасте.
4. Какие общие педагогические методы воспитания ребенка уместны в коррекционной педагогике?
5. Какие специфические методы можно использовать для коррекции общения, стимулирования самостоятельных действий, расширения сферы сознания, для преодоления детского эгоцентризма, коррекции негативного поведения? Охарактеризуйте, в каких случаях данные методы будут наиболее эффективны?
6. Какие методы способствуют коррекции эмоциональных состояний?

Литература

1. Вайнер, М.Э. Игровые технологии коррекции поведения дошкольников. / М.Э. Вайнер.- М., 2004.
2. Гиппенрейтер, Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? / Ю.Б. Гиппенрейтер. – М., 2005.
3. Джиннот, Х.Дж. Групповая психотерапия с детьми. Теория и практика игровой терапии / пер. с англ. / Х.Дж. Джинотт. – М.,2005.
4. Змановская, Е.В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения. /Е.В. Змановская. – М., 2006.
5. Осипова, А.А. Общая психокоррекция. /А.А. Осипова.- М., 2005.
6. Сантагостино, П. Как воспитать уверенного в себе ребенка и укрепить его самооценку./ перевод с итальянского./ П. Сантагостино. – СПб, 2005.
7. Смирнова, Т.П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. – / Т.П. Смирнова.- Ростов н /Д, 2004.

Семинар 3. Дети с нарушениями опорно – двигательного аппарата. Воспитание и обучение дошкольников с нарушением опорно – двигательного аппарата

План

Понятие нарушения опорно – двигательного аппарата.

Виды нарушений опорно – двигательного аппарата.

Методы клинической диагностики, изучения особенностей психического развития детей с перинатальной энцефалопатией (ПЭП) на первом году жизни.

Характеристика особенностей развития детей с детским церебральным параличом. Этиология, классификация ДЦП.

Особенности психического развития детей с ДЦП.

Воспитание и обучение, организация коррекционной помощи детям дошкольного возраста с нарушениями опорно – двигательного аппарата.

Практические задания

Дайте общую характеристику понятий нарушения опорно – двигательного аппарата и детского церебрального паралича.

Докажите, что младенческий, ранний и дошкольный периоды развития ребенка сензитивны для коррекции двигательных навыков и психического развития ребенка.

Каковы этиологические, патогенетические факторы возникновения и развития ДЦП?

Охарактеризуйте классификацию ДЦП. Какое значение имеет данная классификация для организации коррекционно – развивающей работы с детьми?

Дайте характеристику двигательного дефекта. Как знание этого дефекта обогащает представления о физиологии движения и помогает грамотно осуществлять работу по коррекции движений?

Охарактеризуйте особенности развития детей с ДЦП.

Как в процессе специального и дифференцированного образования следует реализовывать принципы коррекционно – педагогической работы с детьми с нарушениями опорно – двигательного аппарата.

Какую роль может играть специализированное дошкольное учреждение и семья в процессе развития, коррекции, адаптации и реабилитации личности с нарушением опорно – двигательного аппарата?

Литература

1. Дмитриев, А.А. Физическая культура в специальном образовании. /А.А. Дмитриев. – М., 2002..
2. Приходько, О.Г., Моисеева, Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни. Методическое пособие для педагогов и психологов, врачей и родителей./ О.Г. Приходько, Т.Ю. Моисеева. - М., 2004.

Семинар 4. Речевые нарушения. Коррекционная помощь дошкольникам с нарушениями речи.

План

1. Актуальность проблемы устранения нарушений речи в дошкольном возрасте. Понятие нарушения речи.

2. Научно – методические аспекты логопедии.

3. Классификации речевых нарушений.

4. Коррекционная работа с дошкольниками с нарушениями речи.

Практические задания

1. Почему проблема устранения недоразвития речи является остроактуальной?
2. Охарактеризуйте понятие нарушения речи.
3. Какие классификации нарушений речи наиболее популярны в отечественной науке? Дайте краткую характеристику классификаций.
4. Определите основные задачи и направления логопедической помощи детям.
5. Какие методы и технологии применяются для коррекции речевых нарушений. Дайте им краткую характеристику.

Литература

1. Савина, Е.А. Развитие речи школьников: навыки общения и трудности обучения./ Е.А. Савина // Социальная профилактика и здоровье.- №3.- 2003.
2. Чернова, Е.П. Психологическая помощь дошкольникам с нарушениями речи./ Е.П. Чернова. // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2005. –№ 2.

Семинар 5. Методы диагностики нарушений и отклонений в развитии ребенка дошкольного возраста

План.

1. Понятие психологической помощи в контексте лично ориентированного образования.
2. Психодиагностика как наука и деятельность практического психолога.
3. Диагностика нарушений психических функций.
4. Прогностический и интегративный подходы к организации психологического обследования детей с различными видами дизонтогенеза.
5. Организация диагностической процедуры. Установление контакта с ребенком.

Практические задания

1. Охарактеризуйте понятие психологической помощи в контексте лично ориентированного образования.
2. Докажите взаимосвязь психодиагностики как науки и деятельности практического психолога.
3. Каковы общие задачи психодиагностических мероприятий в ДОУ?
4. Какова специфика психодиагностической деятельности с учетом психологических симптомов и синдромов нарушений, отклонений в развитии ребенка?
5. Охарактеризуйте прогностический и интегративный подходы к организации психологического обследования детей с различными видами дизонтогенеза.
6. Какие виды нарушений развития ребенка выявляются в дошкольном возрасте с помощью современной психодиагностики?
7. Как строится диагностическая процедура в ДОУ?
8. Какую роль играет установление контакта с ребенком для качества психодиагностической работы? Какие правила установления контакта с дошкольником следует соблюдать?

Литература

1. Глозман, Ж.М. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. / Ж.М. Глозман (и др.).- СПб, 2006.
2. Диагностика в детском саду /под ред. Е.А. Ничипарюк, Г.Д. Посевиной. - Ростов – н /Д, 2004.

3. Корсакова, Н.К. Клиническая нейропсихология: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений./ Н.К. Корсакова, Л.И. Московичюте. – М., 2003.
4. Микляева, Н.В. Экспресс – диагностика развития детей: материалы для тематического контроля. / Н.В. Микляева, Л.П. Гладких.- М., 2006.
5. Психология детства. Практикум, тесты, методика для психологов, педагогов, родителей /под ред. А.А. Реана, 2004.
6. Семаго, Н.Я. Проблемные дети: основы диагностики и коррекционной работы психолога./ Н.Я. Семаго, М.Н. Семаго. – М., 2003.
7. Ульяновская, У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. /У.В. Ульяновская, О.В. Лебедева. – М., 2005.
8. Чередникова, Т.В. Проверьте развитие ребенка. 105 психологических тестов./ т.В. Чередникова. - СПб, 2004.
9. Шилова, Т.А. Диагностика психолога – социальной дезадаптации детей и подростков./ Т.А. Шилова. – М., 2004.
10. Широкова, Г.А. Справочник дошкольного психолога./ Г.А. Широкова.- Ростов н/Д, 2006.

МАТЕРИАЛЫ ПО КОНТРОЛЮ ЗНАНИЙ

Образцы тестовых вопросов

1. Термин «специальный» является синонимом термина
 - А) исправляющий
 - Б) особенный
 - В) патологический
 - Г) девиантный
2. Коррекционная педагогика изучает:
 - А) сущность, закономерности, внешние условия, содержание, организацию, методы, технологии, формы работы с лицами с отклонениями в развитии
 - Б) сущность, закономерности, механизмы отклоняющегося развития под воздействием внутренних патогенных факторов,
 - В) сущность, закономерности, внешние условия, содержание, организацию, методы, технологии, формы работы с лицами со среднестатистическими показателями развития
 - Г) содержание, организацию, методы, технологии, формы работы с лицами, страдающими нервно - психическими заболеваниями
3. Объектом специальной психологии и коррекционной педагогики являются
 - А) теоретические и практические вопросы специального образования
 - Б) лица с отклонениями, нарушениями в развитии
 - В) закономерности коррекционных, компенсаторных процессов
 - Г) лица с нарушениями здоровья
4. Какой дефект развития связан с нарушением центральной нервной системы
 - А) первичный
 - Б) вторичный
 - В) третичный
 - Г) нарушение анализаторов
5. На более поздних этапах дизонтогенеза формируются
 - А) деструктивные личностные новообразования

- Б) предпосылки для компенсации дефекта
- В) нарушения анализаторов или ЦНС
- Г) нарушение фрустрационной толерантности

6. К какой группе отклонений, нарушений развития относится ранний детский аутизм

- А) дисгармоническое развития
- Б) поврежденное развитие
- В) сложные недостатки развития
- Г) асинхронное развитие

7. Задержанное психическое развитие характеризуется

- А) парциальным недоразвитием психических функций
- Б) тотальным недоразвитием психических функций

В) нарушением межфункционального воздействия в процессе сномального системогенеза

Образцы средств промежуточной аттестации

Изучить работу В.В. Лебединского «Нарушения психического развития у детей».

Заполните таблицу «Закономерности аномального развития».

Сделайте сравнительный анализ маркеров среднестатистической нормы, одаренности детей дошкольного возраста как идеальной нормы развития и аномального развития как отклонения от среднестатистической нормы развития ребенка.

Образец контрольной работы

Вариант 1. Заполнить сравнительную таблицу «Результаты патопсихологического обследования детей с нарушениями интеллекта и с задержкой психического развития, с поврежденным, искаженным и дисгармоничным развитием»».

Вариант 2. Составить на основе карт программу коррекционной работы с ребенком с нарушением интеллекта или с задержкой психического развития.

ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЗАЧЕТУ

1. Предмет, цели и задачи специальной педагогики и специальной психологии.
2. Методы специальной педагогики.
3. Основные принципы специальной психологии.
4. Основные принципы специальной педагогики.
5. Отрасли специальной психологии и педагогики.
6. Категории специальной психологии и педагогики.
7. Дифференцированное и интегрированное образование для лиц с отклонениями, нарушениями развития.
8. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии.
9. Компенсация и сверхкомпенсация как замещение и перестройка нарушенных функций.
10. Сложная структура дефекта. Понятия первичного и вторичного дефектов развития.
11. Этиология, факторы и закономерности, критерии отклоняющегося развития.
12. Понятие стойкой интеллектуальной недостаточности. Этиология и патогенез стойкой интеллектуальной недостаточности.
13. Психологические особенности лиц со стойкой интеллектуальной недостаточностью.

14. Организация, обучение и воспитание лиц со стойкой интеллектуальной недостаточностью.
15. Понятие задержки психического развития. Этиология и патогенез лиц с задержкой психического развития.
16. Психологические особенности лиц с задержкой психического развития.
17. Классификация задержки психического развития.
18. Понятия дефицитарного отклонения в развитии. Лица с нарушением слуха и зрения.
19. Психологические особенности лиц с нарушениями зрения и слуха.
20. Организация коррекционной помощи, обучение и воспитание лиц с нарушением слуха и зрения.
21. Научно-методические основы логопедии.
22. Виды и причины речевых нарушений.
23. Организация логопедической помощи лицам с нарушением речи.
24. Характеристика нарушений опорно - двигательного аппарата. Детский церебральный паралич.
25. Психологические особенности лиц с ДЦП.
26. Коррекционная работа с детьми, страдающими ДЦП.
27. Понятия «асинхронное развитие». Современные представления о раннем детском аутизме.
28. Психологические особенности детей, страдающих ранним детским аутизмом.
29. Классификация РДА по степени выраженности дефекта.
30. Коррекционная работа с детьми, страдающими ранним детским аутизмом.
31. Технологии игротерапии в коррекционной работе с детьми дошкольного возраста (по выбору студента).
32. Понятие дисгармоничного развития. Профилактика неврозов и психопатии в дошкольном возрасте.
33. Лица со множественными нарушениями в развитии. Классификация множественных нарушений в развитии.
34. Коррекционная работа с лицами, имеющими множественные нарушения в развитии.
35. Специальная психология как наука.
36. Специальная педагогика как наука.
37. Понятия дизонтогении. Основные характеристики детей с отклонениями, нарушениями в развитии.
38. Методы специальной психологии.
39. Классификация лиц со стойкой интеллектуальной недостаточностью.

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

а) Основная литература:

1. Неретина Т. Г. Специальная педагогика и коррекционная психология : учеб.-метод. комплекс / Т.Г. Неретина. – 3-е изд., стер. – М.: ФЛИНТА, 2014. – 376 с. – Режим доступа : <http://e.lanbook.com/view/book/2417/page3/>
2. Детская практическая психология в кратком изложении [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / сост. и авт. О. В. Токарь. – 2-е изд., стер. – М. : ФЛИНТА, 2014. – 224с. – Режим доступа : <http://e.lanbook.com/view/book/51888/>

б) Дополнительная литература:

1. Калягин В. А. Психология лиц с нарушениями речи : учеб. пособие для вузов / Овчинникова Т. С. - СПб. : КАРО, 2007. - 540 с.

2. Слепович Е. С. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии / Поляков А. М. - СПб. : Речь, 2008. - 246 с.

3. Специальная педагогика /под ред. Н. М. Назаровой. Учебное пособие для студентов высших уч. заведений – М. :Академия, 2007. – 400с.

4. Пручкина Н. М. Электронный учебно- методический комплекс «Специальная детская психология и коррекционная педагогика», № 12253, 2009.

в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

<http://psylab.info/Категория:Методики> – Энциклопедия психодиагностики

www.childpsy.ru – Детская психология

<http://www.pedlib.ru/katalogy/> - Педагогическая библиотека

<http://www.kindereducation.com/category/razvitie-rechi>

<http://pedagogic.ru/>

Учебное текстовое электронное издание

**Тугулева Галина Витальевна
Яковлева Лариса Анатольевна**

ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

Учебное пособие

1,00 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 дошкольного образования
Центр электронных образовательных ресурсов и
дистанционных образовательных технологий
e-mail: ceor_dot@mail.ru