



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

Е.В. Исаева

ВВЕДЕНИЕ В ДЕФЕКТОЛОГИЮ

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

Магнитогорск
2015

УДК 159.922.76
ББК Ю948я73

Рецензенты:

Доктор медицинских наук,
профессор кафедры образовательных технологий и дистанционного обучения,
ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет»,
представительство в г. Магнитогорске
Н.А. Антипанова

Кандидат педагогических наук,
доцент кафедры начального образования,
ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»
Т.Г. Неретина

Исаева Е.В.

Введение в дефектологию [Электронный ресурс] : учебное пособие / Елена Викторовна Исаева ; ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (0,69 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВПО «МГТУ», 2015. – 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.

В учебном пособии представлен курс лекций по учебной дисциплине «Введение в профессию дефектолога». Основной задачей лекционного курса является обеспечение первоначальной теоретической подготовки студентов по проблемам специальной (коррекционной) педагогики и специальной психологии, касающихся целей и задач коррекционного обучения и психологической коррекции, научно-теоретических основ дефектологии, причин и патогенетических механизмов отклоняющегося развития, своеобразия психофизического и личностного развития детей с ограниченными возможностями здоровья, организации и содержания коррекционного обучения. Представленное пособие позволяет изучить курс «Введение в дефектологию» и применять полученные знания при подготовке к практическим занятиям по дисциплинам: «Специальная педагогика», «Специальная психология», «Общеметодические аспекты обучения в специальных образовательных учреждениях» и др.

Материал адаптирован и предназначен для студентов очной и заочной форм обучения направления подготовки 44.03.03 (050700.62) «Специальное (дефектологическое) образование (степень бакалавр), профили «Логопедия», «Дошкольная дефектология», может быть полезным специалистам при работе с детьми с различными нарушениями в психофизическом развитии.

УДК 159.922.76
ББК Ю948я73

© Исаева Е.В., 2015
© ФГБОУ ВПО «Магнитогорский
государственный технический
университет им. Г. И. Носова», 2015

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
1. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА (ДЕФЕКТОЛОГИЯ) КАК ОТРАСЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ.....	6
1.1. Понятие и разделы специальной педагогики (дефектологии).....	6
1.2. Субъект, объект и предмет специальной педагогики.....	7
1.3. Цели, задачи и принципы специальной педагогики.....	8
1.4. Эволюция отношения общества к людям с отклонениями в развитии и история становления специальной педагогики как науки.....	10
1.5. Современные подходы к решению проблемы обучения детей с особыми образовательными потребностями и актуальные проблемы специальной педагогики.....	12
2. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ	13
2.1. Связь специальной педагогики с другими науками	14
2.2. Общегуманитарные основы специальной педагогики.....	15
2.3. Естественно-научные и клинические основы специальной педагогики	16
2.3.1. Медицинская помощь.....	16
2.3.2. Причины отклонений развития.....	17
2.3.3. Периоды развития организма ребенка и влияние неблагоприятных факторов	19
2.3.4. Система медицинской профилактики, абилитации и реабилитации отклонений развития.....	21
2.4. Психологические основы специальной педагогики	22
2.4.1. Предмет и отрасли специальной психологии	22
2.4.2. Понятие компенсации нарушенных функций.....	22
2.4.3. Типы нарушений психического развития.....	23
2.4.4. Лингвистические основы специальной педагогики.....	24
3. ГРУППЫ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ.....	25
3.1. Виды классификаций нарушений развития	25
3.2. Дети с сенсорными нарушениями	26
3.2.1. Дети с нарушением слуха.....	26
3.2.2. Дети с нарушением зрения.....	28
3.3. Дети с интеллектуальными нарушениями.....	30
3.3.1. Дети с умственной отсталостью.....	30
3.3.2. Дети с задержкой психического развития	33
3.4. Дети с нарушениями речи	35
3.5. Дети с двигательными расстройствами	37
3.6. Дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы, сложными и сочетанными нарушениями развития	42
3.6.1. Дети с синдромом раннего детского аутизма.....	42
3.6.2. Дети со сложными и множественными нарушениями развития.....	43
3.7. Статистика отклонений в развитии детей	44
4. СИСТЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО (КОРРЕКЦИОННОГО) ОБРАЗОВАНИЯ.....	45
4.1. Основные модели помощи детям с отклонениями в развитии.....	46
4.2. Система социальных институтов коррекционной направленности.....	47
4.2.1. Современное дошкольное образование детей с ограниченными возможностями здоровья.....	48
4.2.2. Деятельность психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК)	49
4.2.3. Система специальных образовательных учреждений для детей школьного возраста.....	50
4.2.4. Коррекционная помощь детям и подросткам в учреждениях здравоохранения, труда и социальной политики	51
4.3. Организация ранней помощи детям с ОВЗ	52

4.4. Работа с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями	54
4.5. Реабилитационная помощь детям с ограниченными возможностями в центре психолого-педагогической диагностики и реабилитации детей и подростков	57
4.6. Особенности содержания и организации коррекционно-развивающего образовательного процесса в условиях различных организационных форм.....	62
4.6.1. <i>Особые образовательные потребности и условия</i>	62
4.6.2. <i>Уровни образования и специальный образовательный стандарт</i>	63
4.6.3. <i>Принципы, задачи и методы (технологии) специального образования</i>	63
4.6.4. <i>Формы и средства специального обучения</i>	64
4.7. Требования к личности педагога-дефектолога	64
5. КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ВВЕДЕНИЕ В ДЕФЕКТОЛОГИЮ»	66
5.1. Вопросы к зачету.....	66
5.2. Итоговый тест.....	66
6. ИНФОРМАЦИОННО-СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ВВЕДЕНИЕ В ДЕФЕКТОЛОГИЮ»	73
6.1. Концепция семейного воспитания «Особые дети в России»	73
6.2. Извлечения из работы Л.С. Выготского «Коллектив как фактор развития дефективного ребенка»	74
6.3. Центры помощи детям с ограниченными возможностями.....	75
ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ	77
СПИСОК ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	95

ПРЕДИСЛОВИЕ

Количество детей с нарушениями в развитии очень велико, обнаруживается тенденция к некоторому его увеличению. Для оказания полноценной диагностической и коррекционной помощи, необходимо знание психических особенностей детей с различными отклонениями в психическом и физическом развитии.

Цель данного учебного пособия – повышение компетентности студентов в области дефектологии и на этой основе их подготовка к работе с детьми с нарушениями психофизического развития.

Данная цель реализуется с помощью решения конкретных **задач**:

- обеспечение первоначальной теоретической подготовки студентов по проблемам специальной (коррекционной) педагогики и специальной психологии,
- формирование представлений о целях и задачах коррекционного обучения и психологической коррекции, научно-теоретических основах дефектологии, причинах и патогенетических механизмах отклоняющегося развития, своеобразии психофизического и личностного развития детей с ограниченными возможностями здоровья, организации и содержании коррекционного обучения

В данном пособии с позиции психолого-педагогического подхода раскрываются понятие, задачи и методы дефектологии как науки; представлены краткие сведения об эволюции отношения общества к людям с психофизическими нарушениями; общегуманитарные и специальные научные основы дефектологии; биологические и социальные факторы риска; группы детей с типичными проявлениями нарушений/отклонений в развитии; система помощи детям с отклонениями в развитии анализируются понятие.

Учебное пособие состоит из: предисловия, теоретического материала по курсу «Введение в дефектологию», контрольно-измерительных и информационно-справочных материалов, глоссария терминов и списка основной и дополнительной литературы.

Пособие предназначено для студентов очной и заочной форм обучения направления подготовки 44.03.03 (050700.62) «Специальное (дефектологическое) образование (степень бакалавр), может быть полезным специалистам при работе с детьми с различными нарушениями в психофизическом развитии.

1. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПЕДАГОГИКА (ДЕФЕКТОЛОГИЯ) КАК ОТРАСЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ

Основное содержание темы: сущность и назначение специальной педагогики, её место в системе педагогического знания; разделы и предметные области специальной педагогики; возникновение специальной педагогики как науки; объект, субъект, предмет, цель, задачи и методы специальной педагогики; инновационные тенденции в специальном образовании; понятийно-терминологические проблемы специальной педагогики; эволюция терминов «дефектология», «коррекционная педагогика», «специальная педагогика».

План изучения темы:

1. Понятие и разделы специальной педагогики (дефектологии).
2. Субъект, объект и предмет специальной педагогики.
3. Цели, задачи, принципы, методы специальной педагогики.
4. Эволюция отношения общества к людям с отклонениями в развитии и история становления специальной педагогики как науки.
5. Современные подходы к решению проблемы обучения детей с особыми образовательными потребностями и актуальные проблемы специальной педагогики.

Краткое содержание основных вопросов

1.1. Понятие и разделы специальной педагогики (дефектологии)

Специальная педагогика (дефектология) – это обширная и многоаспектная отрасль педагогического знания, занимающаяся разработкой теоретических и практических вопросов специального образования.

Совокупность знаний специальной педагогики формировалась и накапливалась в длительном процессе развития практики обучения и воспитания детей, имеющих различные физические и психические недостатки.

Специальная педагогика (называемая в нашей стране также дефектологией, коррекционной педагогией), является составной частью педагогики, одной из ее ветвей.

Специальная педагогика – это теория и практика специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств, затруднительно или невозможно.

Название «специальная педагогика» используется как общепонятный и общепринятый международный педагогический термин, так как соотносится с современными гуманистическими ориентирами мировой системы образования: корректность, отсутствие унижающего человека ярлыка.

Специальная педагогика охватывает несколько направлений, ориентированных на пожизненное обогащение духовного мира и деятельных способностей лиц с ограниченными возможностями здоровья: специальная дошкольная педагогика, специальное школьное обучение, система допрофессиональной и начальной профессиональной подготовки лиц с ограниченными возможностями здоровья. Особая роль отводится дошкольному образованию детей с нарушениями и отклонениями в развитии.

Специальная дошкольная педагогика – это наука, изучающая сущность, закономерности, принципы, методы, формы организации процесса специального дошкольного образования детей с нарушениями или отклонениями в психическом и/или физическом развитии.

Выделение специальной дошкольной педагогики как самостоятельного направления в цикле специальной педагогики обусловлено психофизиологическими особенностями детей раннего и дошкольного возраста, необходимостью их учета при организации жизни и создании условий воспитания и обучения, отличающихся от школьных.

Как научная дисциплина специальная педагогика наряду с общепедагогическими терминами использует собственный понятийный аппарат.

Дефектология – интегративная отрасль научного знания, появившаяся на стыке нескольких дисциплин и включающая два основных направления – клинико-физиологическое и психолого-педагогическое. Дефектология как наука о психофизиологических особенностях развития аномальных детей, закономерностях их обучения и воспитания оформилась в самом начале XX века. Термин «дефектология» происходит от лат. defectus (недостаток) и греч. logos (слово, учение). Использовался в нашей стране на протяжении 70 лет в качестве титульного названия теоретической и практической области специального образования лиц с отклонениями в развитии.

Дефектология включает несколько областей: сурдопедагогику (образование лиц с нарушением слуха), тифлопедагогику (образование лиц с нарушением зрения), олигофренопедагогику (образование лиц с нарушением интеллекта), логопедию (теория и практика преодоления речевых нарушений у детей и взрослых и отклонений в речевом развитии детей).

Становление и научное оформление дефектологии связано с развитием педологии, обогатившей педагогику концепцией всестороннего изучения развивающейся личности ребенка.

За рубежом вместо понятия «дефектология» применяются более ограниченные понятия «специальное обучение» и «лечебная педагогика», имеющие главным образом практическую направленность.

Коррекционная педагогика – отрасль педагогической науки, разрабатывающая теоретические основы, принципы, методы и средства образования, воспитания и коррекции нарушений у детей и взрослых, имеющих различные нарушения и отклонения в развитии.

Термин «коррекционная педагогика» введен в начале 90-х гг. XX в. в качестве альтернативы понятию «дефектология».

1.2. Субъект, объект и предмет специальной педагогики

Объектом специальной педагогики является *специальное образование лиц с особыми образовательными потребностями как социокультурный, педагогический феномен.*

Объектом специальной дошкольной педагогики является специальное дошкольное образование детей, имеющих особые образовательные потребности.

Специальное образование – дошкольное, общее и профессиональное образование, для получения которого лицам с ограниченными возможностями здоровья создаются специальные условия.

Специальные условия для получения образования (специальные образовательные условия) – условия обучения (воспитания), в том числе специальные образовательные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, а также педагогические, медицинские и иные услуги, без которых невозможно (затруднено) освоение образовательных программ лицами с ограниченными возможностями здоровья.

Специальное дошкольное образование базируется на системе общих и специфических требований и психолого-педагогических условий, направленных на развитие детей младенческого, раннего и дошкольного возраста.

Общим требованием является формирование свойственных возрасту личностных психологических новообразований и предпосылок для перехода к следующему возрастному

периоду. Создание адекватных условий, учитывающих особенности психического развития ребенка при разных вариантах и видах нарушений относится к специфическим требованиям и возможны на основе коррекции, компенсации и социализации.

Субъектом изучения и педагогической помощи является *человек с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и жизнедеятельности, имеющий вследствие этого особые образовательные потребности.*

Ограничение возможностей здоровья и жизнедеятельности возникают вследствие врожденных или приобретенных психофизических недостатков, препятствующих освоению образовательных программ без создания специальных условий для получения образования. Дети, имеющие психофизические недостатки, нуждаются в специальной педагогической поддержке и специфических методах образования, позволяющих преодолевать ограничения и затруднения, вызванные отклонениями в развитии.

Особые образовательные потребности имеют социогенный характер.

Предмет специальной педагогики – *теория и практика специального образования с детализацией в соответствии с отраслью и направлением специальной педагогики (дефектологии).* Например, предметом специальной дошкольной педагогики являются теоретические и практические вопросы изучения, обучения, воспитания и развития детей младенческого, раннего и дошкольного возраста с отклонениями или нарушениями в развитии.

1.3. Цели, задачи и принципы специальной педагогики

Цели общего уровня – *коррекция недостатка, его компенсация педагогическими средствами; абилитация* (применительно к младенческому и раннему возрасту) *и реабилитация*, в первую очередь социальная и личностная.

Специфические конкретные цели - *воспитание чувства собственного достоинства, преодоление чувства малоценности, маргинальности или завышенной самооценки, формирование адекватных форм социального поведения* и др.

Конечная цель специальной педагогики – *достижение развивающейся личностью максимально возможной самостоятельности и независимой жизни* как высокого качества социализации и предпосылки для самореализации.

Задачи специальной педагогики:

- изучение педагогических закономерностей развития личности в условиях ограниченных возможностей жизнедеятельности;
- определение коррекционных и компенсаторных возможностей конкретного человека с конкретным нарушением;
- определение и обоснование построения педагогических классификаций лиц с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности;
- изучение закономерностей специального образования, существующих педагогических систем образования лиц с ограниченными возможностями, прогнозирование возникновения и развития новых педагогических систем;
- разработка научных основ содержания образования, принципы, методы, технологии, организационные условия специального образования;
- разработка и реализация образовательных коррекционно-педагогических, компенсационных и реабилитационных программ образования;
- изучение и осуществление процессов социального и средового адаптивного, абилитации и реабилитации, интеграции лиц с ограниченными возможностями на различных ступенях жизненного цикла человека;
- разработка и реализация программ профориентации, профконсультирования, профессиональной подготовки, социально-трудовой адаптации лиц с ограниченной трудоспособностью;

- взаимодействие с социальной педагогикой;
- исследование, разработка и реализация педагогических средств и механизмов профилактики возникновения нарушений развития;
- осуществление психолого-педагогической подготовки родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности.

Основные задачи специальной дошкольной педагогики (дошкольной дефектологии) обусловлены взглядами общества на возможности развития детей с различными нарушениями, пониманием необходимости организации педагогической помощи им в раннем и дошкольном возрасте, ролью дошкольного периода в системе непрерывного образования людей с ограниченными возможностями здоровья. К основным задачам дошкольной дефектологии могут быть отнесены следующие:

§ содействие раннему выявлению детей с нарушениями и отклонениями в развитии, оказание им своевременной педагогической помощи;

§ выявление закономерностей развития детей раннего и дошкольного возраста с разными психофизическими недостатками; изучение влияния снижения слуха, зрения, нарушений опорно-двигательного аппарата и т.п. на физическое, познавательное, социальное, речевое развитие и на формирование личности;

§ организация помощи родителям по воспитанию детей с нарушениями и отклонениями в развитии в семье;

§ разработка теоретических основ развивающей и коррекционной работы: определение задач, принципов, методов воспитания и обучения детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями и отклонениями в развитии;

§ определение содержания воспитания и обучения детей с ОВЗ в условиях варьирования форм организации и сроков обучения (детские сады, группы при специальных школах, группы при массовых детских садах и др.);

§ совершенствование методов развивающих и коррекционных направлений в работе, в том числе методов формирования и коррекции речи, развития слухового, зрительного, полисенсорного восприятия и т.д.;

§ поиски новых форм организации педагогической помощи детям раннего и дошкольного возраста с нарушениями и отклонениями в развитии;

§ содействие полноценной интеграции детей в среду здоровых;

§ укрепление преемственных связей дошкольных учреждений со школой, различными общественными организациями.

В основу коррекционно-педагогической деятельности положены специальные педагогические принципы. Под принципами специального образования понимается система наиболее общих, существенных и устойчивых требований, которые определяют характер и особенности коррекционно-образовательного процесса.

К таким *общим принципам* можно отнести:

- 1) принцип целенаправленности педагогического процесса;
- 2) принцип целостности и системности педагогического процесса;
- 3) принцип гуманистической направленности педагогического процесса;
- 4) принцип уважения к личности ребенка, в основе которого — разумная требовательность к нему;
- 5) принцип опоры на положительное в человеке;
- 6) принцип сознательности и активности личности в целостном педагогическом процессе;
- 7) принцип сочетания прямых и параллельных педагогических действий;
- 8) принцип педагогического оптимизма.

Кроме вышеуказанных педагогических принципов, в основу коррекционно-педагогической деятельности положены *специальные принципы*:

- 1) принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач;
- 2) принцип единства диагностики и коррекции;

- 3) принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка;
- 4) деятельностный принцип коррекции;
- 5) принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности;
- 6) принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения;
- 7) принцип ранней педагогической помощи;
- 8) принцип социально-адаптирующей направленности образования.

Специальная педагогика основывается на анализе и обобщении теоретического и практического материалов, связанных с изучением, воспитанием и обучением детей, имеющих отклонения в развитии. Изучение психолого-педагогических условий, в которых протекает воспитание и обучение детей, выявление закономерностей педагогического процесса, определение эффективности коррекционной работы возможно в том случае, если используется значительный спектр методов: наблюдение, беседа, анкетирование, педагогический эксперимент, анализ и интерпретация полученных данных, изучение педагогического опыта, анализ медицинской и психолого-педагогической документации, изучение детских работ, анализ литературных источников и др. Каждый из указанных методов обретает действенность лишь в сочетании с другими, так как их использование носит комплексный характер. Выбор этих методов определяется постановкой целей и задач комплексного психолого-педагогического изучения ребенка, его социальной ситуации развития и выбором стратегии коррекционно-развивающего воздействия.

1.4. Эволюция отношения общества к людям с отклонениями в развитии и история становления специальной педагогики как науки

Историю становления специальной педагогики целесообразно рассматривать в контексте развития взглядов общества на возможности воспитания и обучения людей с нарушениями в развитии.

Отношение общества к лицам с отклонениями в развитии обуславливается:

- Философскими и религиозными воззрениями;
- Уровнем экономического развития общества;
- Социокультурными факторами (в том числе уровнем развития научного знания);
- Уровнем и характером развития государственности (в том числе её правовой составляющей)

В течение многих веков в обществе накапливались сведения о происхождении различных нарушений, особенностях развития людей с психофизическими недостатками, способах и методах их обучения. В истории специальной педагогики отразились различные философские взгляды на соотношение материального и духовного, развитие познавательных возможностей человека, медицинские, педагогические и дидактические идеи и направления. В развитии дефектологической науки отразились взгляды общества на возможности людей с психофизическими нарушениями, их место в обществе.

О людях, имеющих отклонения умственного, физического развития, известно еще с ранних исторических времен. В древних обществах повседневная борьба за выживание обусловила прецедент инфантицида – убийства физически неполноценных младенцев. С распространением и укреплением христианства, в частности введением обряда крещения новорожденных, инфантицид прекратился. Но, тем не менее, люди с выраженными физическими и умственными нарушениями не считались гражданами и приравнивались в статусе к рабам и животным. В период легализации христианства произошло осмысление проблемы помощи «неполноценным» в свете христианской идеи милосердия. Появились монастырские хосписы и приюты, первые светские убежища (например, для слепых в Баварии, Франции). В некоторых обществах (например, в ряде индийских штатов, на

территории современной Бразилии и др.) были и остаются попытки извлечения материальной выгоды с помощью «неполноценных». В объяснении причин «неполноценности» доминировали религиозные, демонологические трактовки нарушений психики, появления физических недостатков.

В дальнейшем, с развитием медицины, педагогики, распространением в обществе идей гуманизма и антропоцентризма (Т.Мор, Э. Роттердамский, Я.А. Коменский, Д. Локк и др.), с изменением способов хозяйствования, востребованности дополнительной рабочей силы стали вставать вопросы медицинской и, позже, педагогической помощи таким людям. Большой вклад в развитие медицинского направления внесли ученые того времени: французский врач-психиатр Филипп Пинель, его ученик Жан-Этьен-Доминик Эскироль, французский психиатр Жан Итар и др. Первые попытки обучения глухих и слепых были предприняты в Испании, Англии, Франции, Германии. В это время появляются первые государственные школы для глухонемых и слепых, развивается новая, светская, модель благотворительности, распространяются законодательные инициативы, закрепляющие право инвалидов на образование. В России эволюция взглядов общества характеризовалась отсутствием периода инфантицида и длительным «изоляционным» характером помощи людям с физическими или психическими недостатками. В Киевской Руси, опираясь на «совмещенную» (сочетание государственных средств и пожертвований) благотворительность, организовывались «странноприимные» дома, некоторые законодательные инициативы распространялись на закрепление круга лиц, нуждающихся в общественном призрении. Позже были заимствованы готовые западноевропейские модели светского призрения и организации специального обучения. Так, первые школы в России (1806 г., 1807 г.) для глухих, а потом и слепых были открыты французским врачом В. Гаюи.

Первые опыты индивидуального обучения и организации отдельных школ были распространены на обширную территорию Западной Европы и Нового Света. Началось активное строительство национальных систем специального образования как параллельной образовательной модели, в первую очередь для обучения детей с сенсорными нарушениями и, позже, для детей с нарушением интеллекта. Совершенствовалась законодательная база, повсеместно в Западной Европе принимались законы об обязательном начальном образовании для всех детей, независимо от характера нарушения, разрабатывались вопросы содержания образования. В общественном сознании и практике помощи лицам с психосоматическими, сенсорными нарушениями утвердилась «концепция пользы». Фундаментальные открытия в области естественных наук оказали большое влияние на педагогику и психологию: основным становится экспериментальный метод исследования. Специалистами медико-педагогического направления (Э. Крепелин, Ж. Демор, Б. Морель и др.), предпринимаются первые научно обоснованные попытки классификации нарушений по характеру и степени тяжести, выделяются группы детей по возможностям обучения. Представителями психолого-педагогического направления, французским психологом А. Бинэ и врачом Т. Симоном разрабатываются психометрические методы оценки интеллекта ребенка. В России свой оригинальный «метод психологических профилей» предложил известный невропатолог Г.И. Россолимо. В это время ведется поиск наиболее эффективных, научно обоснованных методов помощи детям с выраженными формами нарушений и детям дошкольного возраста. Итальянским врачом и педагогом М. Монтессори разрабатывается метод «физиологического обучения», в современной модификации использующийся и по сей день.

В России вопросами, связанными со слабоумными детьми, занимались И. В. и Е. Х. Маляревские, Е. К. Грачева и др. Так, Е.К. Грачева в рамках религиозно-филантропического направления, творчески переработав опыт М. Монтессори и других педагогов, впервые в России организовала обучение глубоко умственно отсталых детей, детей со сложными и сочетанными нарушениями в развитии. Большой вклад в развитие отечественной дефектологической науки внесли Т. А. Власова, Д. И. Азбукин, В. М. Бехтерев, Ф.А. Рау, В. П. Сербский, В. П. Кащенко и многие другие ученые.

После 1917 г. в нашей стране заботу о детях взяло на себя государство. Стали открываться специальные учреждения для данной категории детей. Одним из основоположников коррекционной педагогики является Л. С. Выготский (1896-1934). Им в рамках социокультурного подхода были разработаны и научно обоснованы основы социальной реабилитации аномального ребенка. Л.С. Выготским были выявлены и сформулированы основные законы психического развития здорового ребенка и ребенка с отклонениями в развитии. Основной его идеей стала идея общности законов развития личности аномального ребенка, которая формируется, как и у обычного ребенка, в процессе взаимодействия биологического, социального и педагогических факторов. Выготский разработал учение о первичности и вторичности дефекта, социальной природе вторичного дефекта. В наше время созданы специальные дошкольные учреждения и коррекционные школы, где, кроме обучения, проводятся еще и лечебно-оздоровительные мероприятия.

1.5. Современные подходы к решению проблемы обучения детей с особыми образовательными потребностями и актуальные проблемы специальной педагогики

В настоящее время педагогическая терминология в области специального образования переживает непростой период: имеет место беспорядочное использование терминов из смежных областей знания (психологии, медицины и других наук), а также терминов, которые уже не отражают во всей полноте сущности обозначаемых предметов и явлений.

Специалисты проводят сегодня *научный анализ* того понятийно-терминологического наследия, которым обладает специальная педагогика. Они *определяют* соответствие понятийно-терминологического аппарата специальной педагогики тем современным концептуальным основаниям, на которых эта отрасль педагогического знания будет развиваться в 21 в.; *ищут* пути преодоления существующего барьера между отечественным понятийным языком и понятийным языком мирового педагогического сообщества, учитывая факт включения России в международные интеграционные процессы в области образования; *проводят* работу по упорядочению понятийно-терминологического словаря специальной педагогики.

Каким образом происходит *упорядочение понятийно-терминологического аппарата* специальной педагогики? Следует осмыслить, что:

- требуется смена понятий, которые не вмещают новый опыт;
- новые факты и явления могут приходить в специальную педагогику с теми обозначениями, которые они уже получили в других смежных со специальной педагогикой отраслях знаний;
- задачей специальной педагогики является нахождение собственных педагогических терминов, отражающих *образовательную* сущность данного объекта или явления;
- возможно объективное существование параллельной терминологии в специальной педагогике;
- употребление того или иного термина должно соответствовать проблемно-предметному контексту.

Последние десятилетия в развитии специальной педагогики проходят под знаком пересмотра титульного названия этой педагогической отрасли. В качестве титульного названия на протяжении семидесяти лет в нашей стране использовался термин «*дефектология*». Становление и научное оформление отечественной дефектологии пришлось на тот исторический период, когда общая педагогика переживала бурное развитие *педологии*. Входя в структуру педагогического знания и педагогической практики, советская дефектология не могла не оказаться под влиянием этого процесса. Педология и дефектология были связаны не только концептуальной общностью, но и складывающейся образовательной практикой, общим к ним вниманием выдающихся ученых той поры (Л.С.Выготский).

К середине 20 века зарубежная педагогика благополучно «переболела» педологией, от которой у нее остался системный подход к обучающемуся (психология, физиология, социокультурный контекст). В СССР с 1936 года после постановления «О педологических извращениях в системе Наркомпроса» педология была уничтожена.

Дефектология была отделена от педологии, но в ее структуре развивались самостоятельные сферы психологического знания (специальная психология, психодиагностика), социальная педагогика, профориентация и др.

На рубеже 80-х и 90-х гг., с изменениями в социально-политической жизни страны, сущностный смысл термина «дефектология» был утрачен. Из «науки о дефектах» дефектология превратилась, по сути, в самостоятельную отрасль *педагогического знания*. Возникла необходимость четкого определения места дефектологии в системе наук, а именно в структуре *педагогики*.

В начале 90-х гг. произошел поспешный перенос термина «коррекция» на всю сферу специальной педагогики в качестве альтернативы понятию «дефектология». Появился термин *«коррекционная педагогика»*. Данный термин не является широкоупотребительным среди зарубежных специалистов, так как он, так же как и дефектология заставляет оставаться в «диагнозном» терминологическом поле.

Гуманизация общественного сознания не позволяет сегодня считать этической такую педагогическую терминологию, смыслом которой является исправление (коррекция) человека или каких-либо его качеств и свойств.

Применительно к человеку, личности в целом речь может идти только *о педагогической помощи, специальных образовательных услугах*.

В настоящее время становится понятным, что в педагогической и социальной сфере медицинские термины неприемлемы как диагнозные, некорректные, ущемляющие достоинство взрослых, детей и их родителей, а также не отражающие особых потребностей этих людей в образовании.

Наиболее продуктивным в этом смысле является термин: *«дети (лица) с особыми образовательными потребностями»*.

Современная специальная педагогика исходит из того, что *о недостатке, отклонении в развитии можно говорить там и тогда, где и когда возникает несоответствие возможностей данного человека (в том числе и ребенка) общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т.е. когда налицо ограничение социальных возможностей*.

2. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Основное содержание темы: внутрисистемные и межсистемные связи специальной педагогики; философское, общегуманитарное знание как фундаментальная основа специальной педагогики; понятия нормы и патологии; связь специальной педагогики с медико-биологическими лингвистическими науками; специальная психология как одна из составляющих дефектологии; основные категории общей и специальной психологии, психолингвистики, составляющие понятийный аппарат специальной педагогики; аномалия, дефект, отклоняющееся развитие, его закономерности как одни из ключевых понятий дефектологии.

План изучения темы:

1. Связь специальной педагогики с другими науками.
2. Общегуманитарные основы специальной педагогики.

3. Естественно-научные и клинические основы специальной педагогики.
 - 3.1. Медицинская помощь
 - 3.2. Причины отклонений развития
 - 3.3. Периоды развития организма ребенка и влияние неблагоприятных факторов
 - 3.4. Система медицинской профилактики, абилитации и реабилитации отклонений развития
4. Психологические основы специальной педагогики.
 - 4.1. Предмет и отрасли специальной психологии
 - 4.2. Понятие компенсации нарушенных функций
 - 4.3. Типы нарушений психического развития
5. Лингвистические основы специальной педагогики.

Краткое содержание основных вопросов

2.1. Связь специальной педагогики с другими науками

Специальная педагогика тесно связана с другими науками и опирается на основные положения ряда фундаментальных наук. Следует отметить, что природа происхождения различных патологических процессов не однородна, поэтому связь между науками достаточно широка и разнообразна. Специалистам, работающим с детьми, имеющими отклонения в развитии, необходимо владеть знаниями по различным научным дисциплинам. Среди них можно выделить несколько блоков научных дисциплин.

Прежде всего, это медико-биологические дисциплины. Естественно-научной психофизиологической основой специальной педагогики являются данные физиологии, учения о высшей нервной деятельности человека, о закономерностях формирования условно-рефлекторных связей, деятельности различных анализаторов и их роли в психическом развитии ребенка (И. М. Сеченов, И. П. Павлов, П. К. Анохин, А. Р. Лурия и др.).

Данные отоларингологии, сурдологии, аудиологии, офтальмологии, ортопедии, невропатологии и психопатологии, медицинской генетики содержат необходимую для последующей организации обучения информацию о состоянии анализаторных систем ребенка, его врожденных интеллектуальных способностях, причинах, времени и характере нарушения, степени повреждения функций.

Медицинские данные позволяют объективно оценить степень первичного нарушения и определить его влияние на другие стороны психического развития, прежде всего на речь и коммуникативные процессы. Результаты медицинского обследования имеют принципиальное значение для обоснования системы дифференцированного обучения, определения методов коррекционной и общеразвивающей работы.

В последние десятилетия значительно расширились возможности медикаментозного лечения некоторых отклонений в развитии, появились возможности оперативного вмешательства для улучшения слухового восприятия (кохлеарная имплантация), восстановления зрения, лечения двигательных нарушений.

Важнейшее значение для коррекции ряда нарушений имеет использование специальных технических средств (сурдо- и тифлотехнические приспособления, эрготренажеры, модуляторы движений и другие).

Специальная педагогика тесно связана с общей, дошкольной, специальной и клинической психологией, такими разделами психологии как психолого-педагогическая диагностика и нейропсихология. Важное значение приобретает знание педагогами закономерностей психического развития человека. Для специальной педагогики особое

значение имеют данные о формировании познавательных процессов в норме и при отклонениях в здоровье, теории слухового и зрительного восприятия, формирования речевой деятельности и др.

Для правильной организации педагогического процесса, понимания общего и специфического, определяемого нарушениями в развитии ребенка, необходимо понимание закономерностей психического развития дошкольников. Исследования Л. С. Выготского, А. В. Запорожца, Л. А. Венгера, Д. Б. Эльконина и др. позволяют определить основные направления развития ребенка с нормальным и отклоняющимся развитием, разработать методы общеразвивающей работы.

Специальная педагогика тесно взаимодействует со смежными педагогическими дисциплинами — общей и дошкольной педагогикой, школьной педагогикой, дидактикой и частными методиками. Наиболее тесные внутрисистемные связи существуют между дошкольной и школьной специальной педагогикой. Это касается, прежде всего, определения единых принципов коррекционного обучения детей.

Специальная педагогика тесно связана с лингвистическими науками и психолингвистикой. Знание закономерностей усвоения норм речи ребенком имеет важное значение при прогнозировании путей умственного и речевого развития детей. При изучении особенностей формирования речи, моделировании системы обучения языку и коммуникативным навыкам используются данные психолингвистики, в частности модели порождения речевого высказывания, разрабатываемые в трудах Л. С. Выготского, А. Р. Лурии, А. А. Леонтьева, Н. И. Жинкина, Т. В. Ахутиной и др. Психолингвистический подход дает возможность определения механизмов речевого нарушения при различных отклонениях в развитии, уточнения его структуры. Понимание закономерностей строения языка как системы позволяет учесть различные типы языковых связей в процессе обучения, сформировать их в процессе речевого общения детей.

Таким образом, к внутрисистемным, наиболее тесным связям специальной педагогики относятся связи с психолого-педагогическими дисциплинами, к межсистемным, внешним связям можно отнести связи специальной педагогики с медико-биологическими и лингвистическими науками.

2.2. Общегуманитарные основы специальной педагогики

Философия является фундаментом педагогики, так как в основе любой педагогической теории лежат те или иные *философские концепции*. При исследовании проблем специальной педагогики выделяется ряд мировоззренческих аспектов в соответствии с разделами философии: онтологический – место специального образования в структуре бытия; гносеологический – определение связи обучения и познания; аксиологический – приоритеты и ценностные предпосылки специального образования; философско-антропологический – обобщение научных данных о человеке с ограниченными возможностями; социально-философский – изучение явлений специальной педагогики в социокультурном контексте и др.

Свои воззрения на здоровье и воспитание, причины заболеваний высказывали великие мыслители античного прошлого – Гераклит, Платон, Аристотель, Плутарх, Сенека, Марк Аврелий и многие другие. Большинство склонялись к идее связи образа жизни и «телесного недуга», умеренности в телесных и душевных радостях для сохранения здоровья и благополучия, часто высказывались сегрегационные суждения и идеи инфантицида.

В более поздний период сложились философские концепции отклонений. На развитие специальной педагогики повлияли идеи современных философских течений – экзистенциализма (К. Ясперс, Ж.П. Сартр др.), постмодернизма (М. Фуко, Ж. Делез и др.), психоаналитического направления в философии (З. Фрейд, А. Адлер, К.Г. Юнг и др.). В этих концепциях усматривается бытийный смысл патологических явлений, формулируются

теории невротизма и компенсации, разграничения нормы и патологии и пр. Отечественные философы отмечают роль личностной активности в присвоении ребенком «вещей культуры», общения и деятельности, подчеркивая общность в развитии детей с ограниченными возможностями и здоровых.

Современная парадигма специальной педагогики включает идеи гуманизации, определяющие цели специального образования, дальнейшую фундаментализацию специальной педагогики и социокультурные концепции интеграции. Гуманистический подход позволяет сформулировать иные целевые установки, идеи «включенности» людей с ограниченными возможностями в социальные отношения, поддержку их индивидуальности, целостности и достоинства существования, права и возможности непрерывного образования в течение всей жизни, самоопределения. Фундаментализация специальной педагогики направлена на упорядочение категориального аппарата, разработку философско-категориального анализа принципиального вопроса для всего специального образования – различие нормы и патологии. Интеграционные тенденции направлены на совместное обучение и воспитание детей с недостатками развития и их здоровыми сверстниками и являются производной новых философских и социокультурных взглядов на общество и место личности и, в то же время, сами определяют поиск новых форм, методов, содержания образования.

На современном этапе развития общества, гуманитарного, естественнонаучного и технического знания идеи «социальной полезности», расовой биологии и расовой гигиены, ограничительно-покровительственная (патерналистская) позиция потеряли свою значимость. На их «руинах» формируется современная концепция социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, сущность которой заключается в достижении человеком максимальной самостоятельности и независимого образа жизни, приоритете интересов личности над интересами общества, а у детей с особыми образовательными потребностями должны быть сформированы необходимые базовые навыки в сфере жизнеобеспечения, самообслуживания, коммуникации, развитие которых будет продолжено на следующих возрастных этапах. Формирование указанной концепции началось с 1948 г. с принятием «Всеобщей декларации прав человека». Генеральной Ассамблеей ООН в 1993 г. приняты стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, в которых подчеркивается, что интеграция в общество – самый перспективный способ решения социокультурных проблем лиц с ограниченными возможностями, а коммуникация – важное условие полноценной социализации.

2.3. Естественно-научные и клинические основы специальной педагогики

Естественно-научные и клинические основы специальной педагогики – это совокупность основных знаний медицины и биологии человека. Они позволяют увидеть биологические причины возникновения отклонений в развитии, определить компенсаторные пути развития ребенка на основе сохранных органов, анализаторов и систем, построить специальную педагогическую систематику и педагогические классификации внутри каждой предметной области, координировать коррекционно-образовательный процесс и медицинское и психологическое сопровождение развития человека с ОВЗ.

2.3.1. Медицинская помощь

Медицинская помощь включает медицинское обследование, медицинскую диагностику и способы лечения. Медицинскую диагностику, т.е. выявление сущности патологических проявлений различных повреждений (дефектов) и их причины, предваряет тщательное

медицинское обследование, как правило, проводимое несколькими специалистами. На основе обследования и правильно поставленного диагноза определяются возможности и способы лечения, прогнозируется эффект коррекционной работы; лечение проводится разными способами, в зависимости от характера нарушения (заболевания) – медикаментозное, физиотерапевтическое, хирургическое, ортопедическое, психотерапевтическое и т.п. Как правило, применяется целый комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Медицинское обследование и лечение назначают, проводят и контролируют специалисты-медики, но медики и педагоги находятся в постоянном, непрерывном взаимодействии, совместными усилиями решая многие проблемы специального образования.

2.3.2. Причины отклонений развития

Клинические исследования многих отклонений в развитии помогли выявить ряд факторов, оказывающих негативное влияние на развитие ребенка. В специальной педагогике под причинами отклонений в развитии понимается совокупность социальных и биологических неблагоприятных факторов. К биологическим факторам относятся:

- наследственный (эндогенный) фактор – генные и хромосомные болезни, при которых происходит наследственная передача неблагоприятных наследственных признаков, которые могут привести к повреждению различных структур и систем организма, например, нарушению слухового или зрительного анализатора, неправильному развитию соединительной, костной ткани, тканей нервной системы, эндокринным расстройствам и т.д.; некоторые наследственные заболевания встречаются крайне редко, другие, например, синдром Дауна, достаточно распространенная патология (1:700 новорожденным); при повышении возраста родителей риск рождения детей с генетическими и хромосомными нарушениями повышается;
- инфекционные, эндокринные заболевания матери – к наиболее опасным инфекциям, проникающим и поражающим развивающийся эмбрион, относятся вирус коревой краснухи, цитомегаловирусная инфекция, поражение токсоплазмой и другие; опасные для развивающегося организма инфекции вызывают эмбриопатии, приводят к задержке развития плода, в последующем обуславливают тяжелые нарушения в психическом и физическом развитии;
- осложнения беременности и периода родов – внутриутробная гипоксия плода, приводящая к задержке внутриутробного развития плода, задержке созревания тканей и систем организма; в большей степени страдает нервная система, головной мозг, более молодые участки коры головного мозга, отвечающие за нормальное формирование и развитие наиболее сложных высших психических функций – памяти, речи, мышления; другим осложнением беременности может стать иммунный конфликт по резус фактору, когда резус-отрицательная женщина вынашивает ребенка с резус-положительным фактором крови, если в этом случае возникает иммунная несовместимость, может развиваться гемолитическая болезнь новорожденного, вызывающая неблагоприятные последствия в виде различной неврологической патологии, нарушений слуха, интеллекта. Во время родов может возникнуть асфиксия (удушье), черепно-мозговая и другая родовая травма; риск травматизации ребенка во время родов повышается при патологической беременности и преждевременных родах с экстремально низкой массой тела ребенка, слишком крупном размере плода, быстрых стремительных или, наоборот, затяжных родах со стимуляцией, при применении акушерских пособий, неквалифицированном оказании акушерской помощи; асфиксия возникает в связи с травматическим поражением во

время родов, при шейном обвитии ребенка пуповиной; перенесенная длительная гипоксия, асфиксия, травма головного мозга может привести к энцефалопатиям, в дальнейшем к задержкам психического и физического развития, обусловить стойкие нарушения двигательной, интеллектуальной, речевой сферы, нарушения в деятельности слухового и зрительного анализаторов; опасность могут представлять физические травмы матери, оперативные вмешательства во время беременности;

➤ нарушения развития будущего ребенка могут быть вызваны и влиянием ряда физических, химических факторов, возникающих в связи с неблагоприятной экологической обстановкой, производственными вредностями родителей, в первую очередь матери, особенно на ранних сроках беременности; употреблением родителями, и, опять же будущей мамой, алкоголя, табака, наркотических веществ, неконтролируемом и самостоятельном употреблении лекарств;

➤ отклонения и нарушения развития ребенка могут быть вызваны и различными прижизненными факторами: системные заболевания (рахит), нейроинфекции (менингоэнцефалиты, полиомиелиты и др.), инфекционные заболевания с осложнениями на головной мозг, травмы головного мозга, скелетные травмы со стойким нарушением функций конечностей, травматическое поражение анализаторов со стойкой утратой функции и другие;

➤ нарушения психомоторного развития ребенка могут иметь место при нарушениях питания и сна детей, что чаще всего возникает при крайне неблагоприятных социальных условиях развития; ряд отставаний, как правило, с хорошим прогнозом, могут быть спровоцированы длительными и тяжелыми соматическими заболеваниями, вызывающими истощение ребенка и недоразвитие функций ЦНС; наиболее опасны в этом отношении тяжелые кишечные инфекции детей первого года жизни.

Для оценки тяжести и прогнозируемых последствий заболеваний для дальнейшего психофизического развития ребенка имеет значение время воздействия неблагоприятных факторов.

Действие неблагоприятных биологических факторов может осуществляться на разных этапах внутриутробной и последующей жизни ребенка. Неблагоприятное воздействие на ранних сроках внутриутробного развития, называется пренатальным и проявляется в наиболее тяжелых аномалиях строения и недоразвитии организма; воздействие в более поздний период, когда, в основном, органы и системы ребенка сформированы, а также возникающие непосредственно во время рождения и в первый месяц адаптации ребенка к окружающему миру, называется перинатальным; воздействие вредных факторов после рождения, в ранний период развития ребенка называют постнатальным. Факторы, воздействующие в более поздние сроки, не приводят к аномалиям в строении отдельных органов и систем и их недоразвитию, но могут вызвать тяжелые нарушения. Роль прижизненных факторов, вызывающих отклонения в психофизическом развитии, зависит от степени сформированности функции на момент воздействия. Так, например, потеря слуха у ребенка до пяти лет может вызвать распад, значительное ухудшение речи, утрату возможности устно-речевой коммуникации. Наиболее значимый период для формирования и развития психики ребенка, основных функций – дошкольное детство.

Также важна для дальнейшего прогноза развития ребенка интенсивность воздействия неблагоприятного фактора, степень нарушений, которые он вызвал, обратимость нарушенных функций, значение нарушенной функции для нормального развития других на момент повреждения.

Более обратимыми считаются отставания и отклонения в развитии, вызванные социальными причинами: социально-педагогическая запущенность, эмоциональная депривация (резкое ограничение эмоционально положительного контакта ребенка со взрослым), длительная изоляция ребенка от привычной окружающей, прежде всего

социальной, среды (развивается так называемый синдром госпитализма), ограниченность речевых контактов и др. Социально-психологические причины не приводят к физическим отклонениям, но могут вызвать достаточно стойкие нарушения психического плана, обусловить задержки речевого развития, трудности в обучении, эмоциональные нарушения и отклонения в поведении ребенка.

В ряде случаев отмечается действие не одного какого-либо биологического или социального фактора, а их сочетание – полиэтиология.

2.3.3. Периоды развития организма ребенка и влияние неблагоприятных факторов

Как было указано выше, одним из определяющих моментов для оценки роли вредного фактора и возможности предупреждения негативных последствий является период развития организма ребенка. С этой точки зрения выделяются следующие периоды: эмбриональный (4-13 неделя внутриутробного развития), фетальный (от 13 недель до рождения), первый год жизни, возраст от одного года до трех лет, возраст 3-5 лет, возраст 6-10 лет.

Особенности эмбрионального периода: начинается реализация заложенной генетической программы; организм очень восприимчив к неблагоприятным факторам окружающей среды; на неблагоприятное воздействие реагирует появлением различных дефектов или гибелью организма (от 30 до 60% эмбрионов не способны к дальнейшему развитию, что приводит к самопроизвольным выкидышам); в это время формируются наиболее тяжелые аномалии.

Особенности фетального периода: продолжается рост и дифференциация тканей, органов и систем организма, постепенно включаются «в работу» отдельные функции и системы (эндокринная, иммунная, нервная в виде безусловных рефлексов, дыхательная, выделительная и др.). Ряд тканей и систем в отдельные сроки наиболее чувствительны и реагируют задержкой/остановкой в развитии, нарушается процесс роста и дифференциации клеток, могут развиваться реакции по типу воспаления, перерождения. В дальнейшем, после рождения могут наблюдаться отклонения в функционировании ряда органов и систем.

Первый год жизни ребенка – основа его адаптации к внешнему миру. В процессе родов новорожденный обретает относительную независимость. Нервная система ребенка отличается гибкостью и пластичностью, что является биологической основой компенсации; в этот период наиболее активно развиваются «базовые» моторные и сенсорные функции. Функционирование основных систем организма обеспечивается включением все новых безусловных (защитные, ориентировочные, сосательные, хватательные и др.) и формированием условных рефлексов (пищевые, двигательные и др.). Одним из основных условий нормального развития является адекватная сенсорная (чувственная) стимуляция. Отсутствие, запаздывание в появлении ряда безусловных и условных рефлексов, задержка в угасании к положенному сроку безусловных рефлексов – признак поражения нервной системы, ряда структур головного или спинного мозга. Основными признаками нормального хода развития в этот период являются зрительное сосредоточение сначала на неподвижном, а потом и движущемся объекте, развитие слуховых реакций (1-2 месяц жизни), увеличение времени зрительного и слухового сосредоточения, зрительная и слуховая локализация предмета в пространстве (к 3-4 месяцу жизни), формирование двигательных систем, в том числе под контролем зрения, кистевой захват и удержание предмета (5-6 мес.), обретение вертикального положения тела и свободы передвижения (к 8-12 месяцам), появление первых коммуникативных, в том числе предречевых, реакций (улыбка -1-2 мес., «комплекс оживления» - 4-5 мес., гуление (2-3 мес.) и лепет (5-6 мес.), первые «игры» со взрослыми («прятки», «дай предмет», «ладушки» и пр. 8-12 мес.). При отсутствии возможности нормального формирования базовых компонентов психики дальнейшее развитие ребенка может задерживаться и искажаться.

В возрасте от года до трех лет продолжается формирование основ психической и речевой деятельности; совершенствуется самостоятельное хождение и координация; увеличивается продолжительность контакта с окружающим миром и восприятия различных раздражителей, ребенку требуется постоянная стимуляция и «точки приложения» собственных сил и возможностей; формируется самосознание ребенка, понимание «отдельности» существования; главным девизом взрослых в общении с ребенком в этот период должен стать «Помоги мне это сделать самому!» В физическом плане наиболее активно развивается иммунная система, формируется так называемый «приобретенный» иммунитет, развивается устойчивость к заболеваниям, в то же время в этот период ребенок очень уязвим к ряду инфекционных болезней, часто переносит их тяжело, а некоторые возможные осложнения могут отрицательно повлиять на дальнейшее развитие. В этот период наиболее активно формируется речевая функция, речевые показатели являются одними из наиболее существенных при оценке развития ребенка к концу третьего года жизни. В норме у ребенка сформированы основные речевые навыки, фразовая словесная речь становится основным средством коммуникации, речь в своем звучании и грамматическом оформлении приближается к речи взрослого, хотя могут встречаться отдельные недостатки в виде физиологической дислалии, лексические и грамматические ошибки. Данные отклонения рассматриваются как вариант нормы (т.н. «ошибки роста»). По своему содержанию речь соответствует возрасту малыша и отражает систему отношений, эмоциональную и понятийную картину мира ребенка. Речь выполняет опосредующую функцию и «встраивается» в структуру других видов деятельности – игровой, конструктивной, деятельности по самообслуживанию и др. В то же время в этот возрастной период формирующаяся речь является одной из самых уязвимых функций. Один год и три года – критические периоды в развитии речи.

Возраст от 3х до 5ти лет характеризуется расширением спектра коммуникативных функций, значительно повышаются речевые возможности ребенка, активно развивается фразовая речь, познавательные процессы, в деятельности ребенок все более опирается на собственный «жизненный опыт». В физическом плане наблюдается значительное увеличение роста при рассогласовании функций эндокринной и сосудистой системы, меняются пропорции тела. Основными показателями являются речевое развитие ребенка, овладение основными видами деятельности, физическая активность, ловкость, социально-личностное развитие и овладение коммуникативными навыками. В этот возрастной период можно заметить отставание в психофизическом развитии при отсутствии какой либо органической патологии, при наличии тяжелых нарушений анализаторных систем, двигательной патологии возможно оценить степень влияния нарушений на формирование и развитие других функций. В этот же период наиболее отчетливо могут проявиться нарушения в эмоционально-волевой сфере, симптомы раннего детского аутизма.

В возрастном диапазоне от 6 до 10 лет происходят важнейшие изменения как в физическом развитии, так и психике ребенка. Меняется социальная ситуация – ребенок от роли дошкольника переходит к роли ученика, меняются мотивы и характер деятельности, повышаются и изменяются требования окружающих к ребенку, характеру и результатам деятельности. Наблюдается вторичное ускорение темпов роста тела, резкий скачок в физическом и психическом развитии, к 7-8 годам происходит интенсивное наращивание мышечной массы, ускорение развития мелких мышц верхних конечностей, к концу этого периода моторика и координация движений ребенка соответствует таким же процессам взрослого человека, заканчивается рост черепа, совершенствуется нервная система, происходит функциональное развитие коркового отдела больших полушарий головного мозга, особенно интенсивно развиваются лобные отделы коры головного мозга, отвечающие за общее планирование деятельности, регуляцию и контроль. В этот период наиболее эффективно коррекционное воздействие (психомоторный сенситивный период).

2.3.4. Система медицинской профилактики, абилитации и реабилитации отклонений развития

Для предупреждения появления нарушений, физических и психических недостатков и возможных неблагоприятных последствий разработана система медицинской профилактики и абилитации (реабилитации), учитывающая особенности возрастных периодов.

Медицинская абилитация в раннем возрасте – это система лечебно-педагогических мероприятий с целью *предупреждения* и *лечения* тех патологических состояний у детей *раннего возраста*, еще не адаптировавшихся в социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможностей учиться, трудиться и быть полезным членом общества. Для успешной психолого-педагогической абилитации педагогам и психологам необходимо знать ключевые этапы медицинской абилитации для оптимального объединения усилий.

В соответствии с этапами онтогенеза (периодами развития организма ребенка) проводится профилактическая работа с ребенком и его семьей. Особое значение на этапе планирования беременности и ранних этапах развития организма имеет выявление факторов риска. Этим занимаются акушеры-гинекологи, при необходимости генетики и другие специалисты. В особых случаях будущие родители проходят комплексное обследование в специальных перинатальных центрах, медико-генетических консультациях. Необходимость тщательного планирования и своевременного скрининга возникает в тех случаях, когда в семьях будущих родителей или в данной семье регистрировались случаи наследственных заболеваний, проблемы с вынашиванием беременности. Ведением патологической беременности при условии ее сохранения также занимаются в специальных центрах, при приближении срока родов, выбирается оптимальная тактика родов и выхаживания ребенка. В первые часы жизни проводят тщательное медицинское обследование малыша. Если состояние ребенка позволяет ему находиться дома, то следует организовать уход и начать лечебно-профилактические мероприятия в домашних условиях. Семья ребенка нуждается в психологической, юридической и педагогической поддержке. Необходимо в доступной форме разъяснить характер заболевания, возможности восстановления ребенка медицинскими и педагогическими способами, дать конкретные рекомендации по уходу и занятиям с малышом, информацию об организациях, оказывающих коррекционную помощь.

Реабилитация – это комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов.

Построение реабилитационной программы основывается на следующих принципах:

- 1) реабилитационные мероприятия начинаются с первых дней заболевания и проводятся непрерывно;
- 2) реабилитационные мероприятия должны быть комплексными, разносторонними;
- 3) реабилитационная программа должна быть индивидуальной для каждого больного в зависимости от этиологии, патогенеза, возраста больного и прочих факторов.
- 4) заключительным этапом реабилитационной программы для взрослых должна являться профориентация и трудоустройство, для детей – это возвращение к обычной для раннего детского возраста деятельности.

Этапы реабилитационного процесса:

- 1) реабилитационно-восстановительное лечение в стационаре (от 1 до 3 месяцев);
- 2) реадaptация – приспособление больного к условиям существования на том или ином уровне в соответствии с восстановлением и компенсацией функций;
- 3) собственно реабилитация – возвращение к обычной деятельности к прежним своим обязанностям.

2.4. Психологические основы специальной педагогики

2.4.1. Предмет и отрасли специальной психологии

Наиболее тесные связи специальной педагогики со специальной психологией. Специальная психология и специальная педагогика – основные составляющие дефектологии.

Специальная психология, или **психология аномального развития**, - *отрасль психологии*, изучающая людей, для которых характерно отклонение от нормального психического развития, связанное с врожденными или приобретенными дефектами формирования и функционирования различных органов и систем.

Предмет специальной психологии - развитие психики, протекающее в неблагоприятных условиях. В специальной психологии выделяют отрасли, обслуживающие основные области специальной педагогики – тифлопсихология, сурдопсихология, олигофренопсихология, логопсихология, патопсихология.

Основные задачи специальной психологии:

- 1) разработка методов психологической диагностики отклонений в развитии;
- 2) изучение закономерностей различных вариантов отклоняющегося развития;
- 3) психологическое обоснование наиболее эффективных путей и методов педагогического воздействия на психофизическое развитие детей с различными типами нарушений;
- 4) изучение психологических проблем, связанных с интеграцией.

2.4.2. Понятие компенсации нарушенных функций

Ключевой проблемой специальной психологии и педагогики является **проблема компенсации функций**.

Компенсация – замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма. Это сложный, многообразный процесс приспособляемости организма вследствие врожденных или приобретенных отклонений. Задача специально организованного обучения и воспитания детей с нарушениями психического развития заключается в том, чтобы найти эффективные пути компенсации нарушенных функций. *Компенсация внутрисистемная* осуществляется за счет сохраненных нервных элементов пострадавших структур. *Компенсация межсистемная* осуществляется путем перестройки функционирования системы и включения в работу новых элементов из других структур за счет выполнения не свойственных им ранее функций. Чаще всего наблюдаются оба типа компенсации функций. А.Адлер подчеркивал роль социального фактора. Л.С.Выготский обосновал понимание компенсации как синтеза биологического и социального факторов. Это имело большое значение для развития. В процессы компенсации включаются и биологические, и социальные факторы.

Основным механизмом компенсации и сверхкомпенсации нарушения является то, что оно становится центром внимания индивида и над ним создается известная «психологическая надстройка», пытающаяся компенсировать природный недостаток настойчивостью, упражнениями и прежде всего известной культурой исправления этой нарушенной функции (если она слаба) или других замещающих функций (если она совсем отсутствует). В результате получается неожиданная картина: человек со слабым зрением,

которое не дает ему сравниться с другими, делает его неполноценным, ставит это нарушение в центр своего внимания, направляет на него нервно-психическую деятельность, развивает особое умение максимально пользоваться теми зрительными данными, которые он получает, и становится человеком, у которого зрение стоит в центре его работы. Нарушение, которое в первую очередь снижает психику, делает ее слабой, уязвимой, может служить стимулом к развитию, может и поднимать ее, делать ее более сильной.

2.4.3. Типы нарушений психического развития

Характер и пути компенсации зависят от типов нарушений психического развития. В.В. Лебединский выделяет шесть типов нарушений психического развития:

➤ недоразвитие – раннее время поражения, незрелость мозга, обуславливающая вынужденную вторичную недостаточность высших психических функций, речи; подобный тип психического дизонтогенеза наблюдается при олигофрении (врожденной умственной отсталости).

➤ задержанное развитие – замедление темпов формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах, «детскость» психики и поведения ребенка, когда паспортный возраст опережает психический; такой вариант наблюдается при минимальных мозговых повреждениях, при нахождении ребенка с биологически сохранными структурами головного мозга в неблагоприятных социальных условиях.

➤ поврежденное развитие – более позднее, после 2-3 лет, патологическое воздействие на мозг; при этом наблюдается регресс (распад) сложившихся навыков, изменения психики, эмоциональной сферы («уплощение» эмоций), нарушение целенаправленной деятельности; возможности ребенка в овладении новыми умениями ограничиваются; подобные отклонения возникают при травматических, инфекционных, сосудистых заболеваниях головного мозга, приводящих к органической деменции.

➤ дефицитарное развитие – тяжелые нарушения отдельных систем: слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата; происходит «выпадение» отдельных функций, влекущее сложный механизм перестройки психической деятельности человека.

➤ искаженное развитие – резко нарушается последовательность развития функций. Примером искаженного развития является нарушения при раннем детском аутизме (синдроме Каннера). Основная сложность при данном нарушении – оценить возможности человека самостоятельно, независимо существовать, т.к. при данном отклонении люди часто демонстрирует неравномерные способности, например, человек может решать сложные логические задачи, но не владеть элементарными навыками самообслуживания.

➤ дисгармоническое развитие – диспропорциональность психики в ее эмоционально-волевой сфере. Пример – психопатия.

Психическое развитие (психический онтогенез) – это закономерное изменение психических процессов во времени, выраженное в качественных, количественных и структурных преобразованиях. Отклоняющееся развитие (психический дизонтогенез) можно охарактеризовать как развитие, при котором влияние неблагоприятных факторов превышает компенсаторные возможности индивида. В круг понятий, объединяемых термином «дизонтогенез», входит понятие «аномалия развития», «дефект» - документально подтвержденный физический и/или психический недостаток, отклонение от нормы, значительно препятствующий нормальному функционированию организма. Многочисленными психолого-педагогическими исследованиями доказано, что ранняя диагностика и коррекция отклонений психомоторного развития детей являются главными

условиями их эффективного обучения и воспитания, предупреждения у них наиболее тяжелых нарушений, инвалидизации и социальной депривации.

Развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии аномального ребенка (Л.С. Выготский). Взаимодействие психических функций при нормальном развитии характеризуется: временной независимостью функций, которая в большей степени проявляется на ранних этапах онтогенеза; ассоциативностью связей, когда чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе пространственно-временной близости; иерархическим типом, пластичностью и устойчивостью, что позволяет произвести компенсаторную перестройку психической функции.

Кроме общих со нормальным онтогенезом закономерностей развития психики, выявляются закономерности, общие для всех типов отклоняющегося развития (модально-неспецифические) и характерные только для конкретного вида нарушения (модально-специфические). Общим для всех типов отклоняющегося развития является: снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации; трудности словесного опосредования; замедление процесса формирования понятий.

На начальных этапах развития проблемного ребенка главным препятствием к его обучению и воспитанию является первичный дефект (биологический недостаток, например, нарушенный слух). При отсутствии коррекционного воздействия в дальнейшем ведущее значение начинают приобретать вторичные наслоения (отклонения), и именно они мешают социальной адаптации ребенка. Возникают педагогическая запущенность, расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения. Сложная иерархическая «структура дефекта» (понятие Л.С. Выготского) обуславливает индивидуальные варианты отклоняющегося развития.

2.4.4. Лингвистические основы специальной педагогики

Трудности словесного опосредования являются общими для всех типов дизонтогенеза. Язык – стихийно возникшая в человеческом обществе и постоянно развивающаяся знаковая система, являющаяся средством коммуникации, мышления, самовыражения личности. Язык находит свою реализацию, существует в речи, т.е. речь – это язык в действии. Лингвисты рассматривают язык как сложное многоуровневое образование, при этом языковые единицы соотносятся с языковым стандартом, а психолингвистические – с речью или, как считают большинство отечественных психологов и психолингвистов, с речевой деятельностью.

Речевая деятельность выступает как целостный акт или в качестве речевых действий, включенных в другую, например, игровую деятельность. Речевое действие по структуре совпадает с любым другим действием и включает фазы: ориентировки (в целях и задачах деятельности, способах выполнения), планирования (в форме внутреннего программирования высказывания), реализации (в форме внешнего программирования) и контроля (в форме сличения результатов с целями и задачами деятельности). В ходе речевого развития ребенка происходит становление сложных механизмов речи и разворачивание фаз деятельности.

Важное значение для понимания и решения проблем специальной педагогики имеет тот факт, что язык – общественное явление, носитель общественного сознания, интегратор социального опыта, который осваивается человеком на протяжении всей жизни. Задержки и отклонения в развитии речи затрудняют процесс социализации ребенка. Социальный характер языка проявляется в двух аспектах: социальной природе языковой способности и социальной обусловленности речевой деятельности. По мнению А.А. Леонтьева, личность присваивает человеческие способности, опредмеченные в явлениях культуры, через систему языковых знаков. Предпосылки для усвоения системы языковых знаков создает

межличностное общение. Языковая способность формируется у ребенка в процессе его общения прежде всего со взрослым. Развитие символической функции речи в онтогенезе в концепции Л.С. Выготского представляется как «открытие» ребенком (примерно в 2-летнем возрасте) слова как некоего единства звука (звучания) и значения, т.е. ребенок научается мыслить словами.

Патология речи – это «нарушение речевой деятельности, обусловленное несформированностью или разладом психофизиологических механизмов, обеспечивающих усвоение, производство, воспроизводство и адекватное восприятие языковых знаков..., т.е. как нарушение языковой способности» (А.А. Леонтьев). Лингвистический и психолингвистический анализ позволяют укрепить понятийную базу специальной педагогики, выделить новые подходы к классификации нарушений речи, наметить пути и способы оптимального педагогического воздействия.

3. ГРУППЫ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ

Основное содержание темы: классификации психофизических нарушений, группы детей с отклонениями развития, дети с сенсорными, интеллектуальными, двигательными нарушениями, первичной речевой патологией, сложные и тяжелые нарушения развития, мировая и отечественная статистика отклонений развития.

План изучения темы:

1. Виды классификаций нарушений развития
2. Дети с сенсорными нарушениями
 - 2.1 Дети с нарушением слуха
 - 2.2 Дети с нарушением зрения
3. Дети с интеллектуальными нарушениями
 - 3.1 Дети с умственной отсталостью
 - 3.2 Дети с задержкой психического развития
4. Дети с нарушениями речи
5. Дети с двигательными расстройствами
6. Дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы, тяжелыми и сложными нарушениями развития
 - 6.1 Дети с синдромом раннего детского аутизма
 - 6.2 Дети со сложными нарушениями развития
7. Статистика отклонений в развитии детей

Краткое содержание основных вопросов

3.1. Виды классификаций нарушений развития

На данный момент не существует универсальной классификации нарушений развития и единых принципов классификации. Виды классификаций зависят от оснований, от области ее применения.

Наиболее распространенные основания классификаций:

- причины нарушений;

- виды нарушений с последующей конкретизацией их характера;
- локализация нарушений;
- последствия нарушений и др.

Так, на основании причин возникновения выделяют врожденное нарушение развития, несчастный случай, производственную травму, профессиональное заболевание, дорожно-транспортное происшествие, болезнь и др.

По локализации нарушения в определенной системе организма отграничивают: телесные (соматические) нарушения; сенсорные нарушения (слух, зрение); нарушение деятельности мозга (умственная отсталость, церебральный паралич, психические и речевые нарушения).

Наиболее распространенной (рабочей) классификацией в практической деятельности специалистов является классификация Б.П. Пузанова и В.А. Лапшина. В соответствии с этой классификацией к первой группе относятся дети с нарушением слуха и зрения (дети с сенсорными нарушениями). Ко второй группе относятся дети с умственной отсталостью и дети с задержкой психического развития (дети с недостатками интеллектуальной сферы). Самостоятельную (третью) группу составляют дети с нарушениями речи. В нее включаются дети, у которых речевые расстройства имеют специфический характер, т.е. являются первичными, в отличие от вторичных нарушений речи у глухих или умственно отсталых детей. К четвертой группе относятся дети с нарушениями опорно-двигательной системы, в основном страдающие детским церебральным параличом (ДЦП). ДЦП – заболевание незрелого мозга, которое возникает под влиянием различных вредных факторов, действующих в период внутриутробного развития, в момент родов и на первом году жизни ребенка. К детям с комбинированным дефектом, т.е. к пятой группе, относятся дети со смешанным (сложным) недостатком, например, слепоглухонемые. Шестую группу составляют дети с искаженным развитием и психопатией, с патологией влечений.

Таким образом, данная классификация основывается на характере нарушений, учитывает локализацию нарушений в определенной системе организма (сенсорная, двигательная, эмоционально-волевая сфера, нарушения интеллекта). Также подобная типология детей соотносится с определенной предметной областью специальной педагогики и дифференцированной системой образовательных учреждений. Каждая предметная область специальной педагогики имеет свои, частные классификации.

3.2. Дети с сенсорными нарушениями

3.2.1. Дети с нарушением слуха

Слух играет очень важную роль в развитии человека. Человек, лишенный слуха, не имеет возможности воспринимать те звуковые сигналы, которые важны для полноценного познания окружающего мира, для создания полных и всесторонних представлений о предметах и явлениях действительности. При тяжелых нарушениях человек не может пользоваться многими источниками информации, рассчитанными на слышащего человека (радиопередачи, лекции и пр.), полноценно воспринимать содержание телепередач, фильмов, театральных спектаклей. Особенно важна роль слуха в овладении человеком речью. В силу этого резко ограничиваются возможности общения с людьми, а значит, и познания, поскольку одним из важных способов передачи информации является устная речь. Отсутствие или недоразвитие речи ведет, в свою очередь, к нарушениям в развитии других познавательных процессов и, главным образом, словесно-логического мышления. Стойкое

нарушение слуха как первичный дефект приводит к целому ряду вторичных отклонений в развитии, затрагивающих как познавательную деятельность, так и личность ребенка в целом.

К категории детей с нарушениями слуха относятся дети, имеющие стойкое (необратимое) двустороннее (на оба уха) нарушение слуховой функции, при котором обычное речевое общение с окружающими затруднено (тугоухость) или невозможно (глухота). Эта категория детей представляет собой разнородную группу.

По состоянию слуха различают детей слабослышащих, страдающих тугоухостью, и глухих.

Тугоухость – стойкое понижение слуха, вызывающее затруднения в восприятии речи. Тугоухость может быть выражена в различной степени – от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости. Детей с тугоухостью называют слабослышащими детьми. Они характеризуются тем, что их частичная слуховая недостаточность приводит не только к уменьшению объема воспринимаемой речевой информации и качественному своеобразию речевой информации. Наличие остаточного слуха гораздо в более большей степени, чем у глухих детей, позволяет слабослышащим спонтанно накопить определенный словарный запас и пользоваться им для общения с окружающими. Однако при рано наступившей или врожденной тугоухости без специального обучения устная речь у слабослышащих детей не развивается.

Глухота – наиболее резкая степень поражения слуха, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. Глухие дети – это дети с глубоким, стойким двусторонним нарушением слуха, приобретенным в раннем детстве или врожденным. Глухота как первичный дефект, будучи причинно связанная с вторичным нарушением развития – речью, приводит к ряду других отклонений психического развития. Так, серьезные нарушения словесной речи, а тем более полное ее отсутствие, негативно отражаются на зрительном восприятии, на развитии не только словесно-логического, но и наглядного мышления и других познавательных процессов.

Внутри каждой из этих групп возможно различное понижение слуха. Наиболее выражены эти различия при тугоухости.

Существуют различные классификации степени понижения слуха. Согласно аудиолого-педагогической классификации Л. В. Неймана слабослышащие дети могут быть отнесены к следующим степеням тугоухости: I степень – средняя потеря слуха не превышает 50 дБ; II степень – средняя потеря слуха – от 50 до 70 дБ; III степень – более 70 дБ. Условная граница между тугоухостью и глухотой – 85 дБ.

По времени наступления снижения слуха дети подразделяются на две группы: ранооглохшие дети, т. е. те, которые потеряли слух в 3-4 года и позже и сохранили речь. Термин «позднооглохшие дети» характеризует не время наступления глухоты, а факт наличия речи при отсутствии слуха.

По наличию или отсутствию дополнительных отклонений в развитии детей с нарушенным слухом можно отнести к следующим группам:

дети, не имеющие дополнительных отклонений в развитии;

дети, имеющие дополнительные отклонения в развитии: нарушение интеллекта, зрения, опорно-двигательного аппарата, эмоционально-волевой сферы.

По состоянию словесной речи среди детей с нарушенным слухом можно выделить неговорящих (необученные дети);

детей, в речи которых имеются отдельные слова (на начальном этапе обучения);

детей, имеющих короткую фразу с аграмматизмом;

детей с развернутой фразовой речью с аграмматизмом;

детей с нормальной фразовой речью.

При своевременном коррекционном воздействии и его систематическом и адекватном проведении в течение длительного времени уровень речевого развития даже глухого ребенка может быть максимально сближен с нормой.

Потенциальные возможности детей с нарушениями слуха крайне велики. Дети, несмотря на то, что сегодня у медицины нет возможности вернуть им физический слух, могут максимально сближаться по уровню психомоторного и речевого развития с нормально слышащими сверстниками. Высокого уровня психомоторного и речевого развития могут достигать дети с тяжелой тугоухостью и глухотой при относительно позднем начале обучения – в 2, 3, 4 года при наличии благоприятных факторов. К таким факторам можно отнести: интенсивное систематическое и адекватное состоянию ребенка обучение, активное участие семьи в его воспитании и обучении, высокие потенциальные возможности самого ребенка, его физическое состояние и личностные качества (активность, коммуникабельность, физическая выносливость, работоспособность и т.п.), дополнительная помощь (например, индивидуальная работа с ребенком, занятия речевой ритмики и т.п.). Эффект коррекционного воздействия, а тем самым, и реализация реабилитационного потенциала детей с нарушенным слухом во многом определяются своевременностью (с момента выявления степени) и характера снижения слуха, качественного слухопротезирования и использования в занятиях различной звукоусиливающей аппаратуры.

Л. С. Выготский считал необходимым условием коренного улучшения воспитания глухих детей максимальное использование всех видов речи, доступных для неслышащего ребенка и подчеркивал важность индивидуального, дифференцированного подхода к их образованию и выбору языковых средств их обучения. Несмотря на серьезное и разноплановое негативное влияние глухоты и тугоухости на ход развития ребенка, даже при самых тяжелых поражениях слуховой функции при сохранном интеллекте возможности всестороннего развития личности детей с нарушениями слуха не ограничены. Под влиянием социальных факторов (главным образом, специального обучения), проявляя настойчивость в преодолении трудностей на пути своего развития, вызванных дефектом, лица со стойкими нарушениями слуха достигают значительных успехов в различных сферах производственной и общественной деятельности, в проявлении своих творческих способностей.

Вопросы обучения и воспитания детей с нарушением слуха решает *сурдопедагогика* – составная часть специальной педагогики, представляющая собой систему научных знаний об образовании лиц с нарушениями слуха.

Сурдопедагогика сегодняшнего времени находится в поисках новых образовательных направлений. Один из таких подходов – билингвистический подход, который в истории развития сурдопедагогики глухих не является новым, он применялся еще 25 лет назад. Значительная часть глухих в той или иной мере владеют и жестовым, и словесным языками. Исследования специалистов убеждают нас в том, что жестовой язык – это полноценный, сложный и лингвистически богатый язык со своей грамматикой, лексикой, морфологией. Это не примитивный, а просто иной язык. Многие исследовательские данные доказывают также, что раннее использование жестового языка и естественного формирования лингвистического багажа являются залогом успешного обучения. Более подробно с билингвистическим подходом в педагогической системе обучения и воспитания можно познакомиться в статьях Г. Л. Зайцевой.

3.2.2. Дети с нарушением зрения

В психическом развитии ребенка важнейшую роль играет оптическое восприятие (зрение), осуществляемое посредством зрительного анализатора. Именно через зрительный анализатор человек получает больше всего впечатлений от окружающего мира. Такие признаки предмета, как свет, цвет, величина, форма, протяженность в пространстве, мы

познаем прежде всего при помощи зрения. Развитие ориентировки в пространстве также непосредственно связано с деятельностью зрительного анализатора. Зрительный контроль имеет большое значение для развития движения человека. При нарушениях деятельности зрительного анализатора у ребенка возникают значительные трудности в познании мира и ориентировке в нем, в осуществлении контактов с людьми, в разных видах деятельности.

Слепота и слабовидение с точки зрения специальной педагогики представляют собой категорию психофизических нарушений, проявляющихся в ограничении зрительного восприятия или его отсутствии, что влияет на весь процесс формирования и развития личности. У лиц с нарушениями зрения возникают специфические особенности деятельности, обучения и психофизического развития. Они проявляются в отставании, нарушении и своеобразии развития двигательной активности, пространственной ориентации, формировании представлений и понятий, в способах предметно-практической деятельности, в своеобразии эмоционально-волевой сферы, социальной коммуникации, интеграции в общество, адаптации к трудовой деятельности.

К детям с нарушениями зрения относятся:

слепые с полным отсутствием зрения и дети с остаточным зрением, при котором острота зрения равна 0,05 диоптрия и ниже на лучше видящем глазу;

слабовидящие со снижением зрения от 0,05 до 0,2 диоптрия на лучше видящем глазу с очковой коррекцией;

дети с косоглазием и амблиопией.

Нарушения зрения могут быть как врожденными, так и приобретенными.

Врожденная слепота обусловлена повреждениями или заболеваниями плода во внутриутробном состоянии либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения.

Приобретенная слепота также бывает следствием заболеваний органов зрения – сетчатки, роговицы и заболеваний центральной нервной системы, осложненной после инфекционных заболеваний (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга (ранение головы, ушибы) или глаз.

Нарушения зрительного анализатора могут иметь прогрессирующий либо непрогрессирующий характер. Прогрессирующее нарушение влечет ухудшение зрительных функций (например, при глаукоме под воздействием повышения глазного давления происходят патологические изменения в тканях глаза). Опухоли мозга также ведут к ухудшению зрения. К непрогрессирующим нарушениям относят некоторые врожденные пороки зрительного анализатора такие, как астигматизм, катаракты.

Для психофизического развития ребенка существенное значение имеет время наступления зрительной патологии. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, своеобразие психофизического развития. Отсутствие визуальной ориентировки сказывается на двигательной сфере, на содержании социального багажа, особенно у слепорожденных. Иногда для незрячих основным фактором ориентировки может быть звук.

Потеря зрения формирует своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта. У незрячих возникают трудности в учебе, в игре, в овладении профессиональной деятельностью. В старшем возрасте возникают бытовые проблемы, которые влекут сложные переживания и негативные реакции. Своеобразие характера и поведения слепых влечет за собой в одних случаях неуверенность, пассивность, склонность к самоизоляции; в других – повышенную возбудимость, раздражительность, переходящую в агрессивность. Развитие познавательных процессов (внимание, логическое мышление, память, речь) у слепорожденных проходит нормально. Нарушение взаимодействия чувственных и интеллектуальных функций проявляются в некотором своеобразии мыслительной деятельности с преобладанием развития абстрактного мышления.

Чем позже ребенок потерял зрение, тем больше у него зрительных представлений, которые можно воссоздать на основе словесных описаний. Если не развивать зрительную память, зрительные образы могут постепенно стираться. В условиях специального обучения формируются адекватные приемы и способы использования слухового, кожного, обонятельного, вибрационного и других анализаторов, представляющих сенсорную основу развития психофизических процессов. Благодаря этому развиваются высшие формы познавательной деятельности, которые являются ведущими в компенсаторной перестройке восприятия. Компенсация слепоты представляет собой целостное психическое образование, систему сенсорных, моторных, интеллектуальных компонентов, создающую слепому ребенку возможность овладеть различными видами деятельности. У слабовидящих имеется некоторая возможность использовать зрение при знакомстве с предметами, явлениями, при пространственной ориентировке и при движении. Ведущим анализатором у слабовидящих является зрение, однако зрительное восприятие их сохранно частично и не совсем полноценно. Обзор окружающей действительности у них сужен, замедлен, неточен, поэтому зрительные представления имеют качественные своеобразия, зрительное восприятие ограничено. Цветовые ощущения нарушены, цветовые характеристики обеднены. У слабовидящих при косоглазии нарушено бинокулярное зрение, т. е. способность видеть двумя глазами. Своевременное специальное обучение развивает и совершенствует форменное, пространственное и стереоскопическое зрение.

Остаточное зрение слабовидящего играет существенную роль в его развитии, учебе, социально-трудовой адаптации. В коррекции познавательного и личностного развития слабовидящих детей особое внимание обращается на формирование у них целенаправленности умственной деятельности (в частности, процессов зрительного восприятия), активности и сознательности, расширения и углубления круга их интересов. Учеба и работа должны сопровождаться постоянными консультациями врача-офтальмолога, тифлопедагога, психолога.

Большое значение в восприятии и познании окружающей действительности у слепых и слабовидящих имеет осязание. Тактильное восприятие обеспечивает получение комплекса разнообразных ощущений (прикосновение, давление, движение, тепло, холод, боль, фактура материала и пр.) и помогает определить форму, размеры фигуры, устанавливать пропорциональные отношения. Различные ощущения, воспринимаемые нервными окончаниями кожи, передаются в кору головного мозга. Так, незрячие и слабовидящие учатся «глядеть», «видеть» руками.

С помощью звуков – основного ориентира – слепые и слабовидящие могут свободно определять предметные и пространственные свойства окружающей среды. По звуку с большой точностью определяют источник и его местонахождение. В процессе обучения и воспитания слепых и слабовидящих проводятся специальные упражнения на дифференциацию, различение и оценку с помощью звука характера предмета, анализ и оценку сложного звукового поля. Успешность овладения различными видами деятельности: предметной, игровой, трудовой, учебной – зависит от уровня развития наглядно-образных представлений, пространственного мышления, пространственной ориентировки.

3.3. Дети с интеллектуальными нарушениями

3.3.1. Дети с умственной отсталостью

К лицам с нарушением умственного развития (умственно отсталым) относят лиц со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникшим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный (разлитой) характер. Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости

является нарушение высших психических функций. Выражается оно в нарушении познавательных процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления, воображения, речи, внимания), страдает эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом. У многих умственно отсталых детей наблюдаются нарушения в физическом развитии: дисплазии, деформации формы черепа и размеров конечностей, нарушение общей мелкой и артикуляционной моторики, трудности формирования двигательных автоматизмов.

Понятие «умственная отсталость» включает в себя такие формы нарушений интеллекта, как «олигофрения» и «деменция».

Олигофрения (от греч. *olugos* – малый, *phren* – ум) – особая форма психического недоразвития, возникающая вследствие различных причин: патологической наследственности, хромосомных aberrаций (от лат. *aberratio* – искажение, ломка), природовой патологии, органического поражения центральной нервной системы во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития (до трех лет, т. е. до момента становления речи).

При олигофрении органическая недостаточность мозга носит *резидуальный* (остаточный) *непрогредиентный* (непрогрессирующий) характер. Действия вредоносного фактора в большой мере уже остановилось, и ребенок способен к психическому развитию, которое осуществляется аномально, поскольку его биологическая основа патологична. Термин «олигофрения» был впервые введен в XIX веке немецким психиатром Э. Крепелином. Дети-олигофрены – преобладающий контингент учащихся специальных (коррекционных) школ VIII вида. Они являются наиболее изученной в психологическом и педагогическом планах.

Деменция (от лат. *dementia* – безумие, слабоумие) – стойкое ослабление познавательной деятельности, приводящее к снижению критичности, ослаблению памяти, уплощению эмоций. Деменция носит *прогредиентный* характер, т.е. наблюдается медленное прогрессирование болезненного процесса. Диагноз «деменция» констатируют после трех лет, т. е. после момента становления речи.

В детском возрасте деменция может возникнуть в результате органических заболеваний мозга при шизофрении, эпилепсии, воспалительных заболеваний мозга (менингоэнцефалитах), а также вследствие травм мозга (сотрясений и ушибов).

Умственно отсталые дети различаются по степени выраженности дефекта. Дети с легкой степенью умственной отсталости (*дебильностью*) составляют 75-80%. После окончания специальной (коррекционной) школы многие из них трудоустраиваются и социально адаптируются.

Дети со средне выраженной отсталостью (*имбецильностью*) – их 15-20% - обучаются по специальным программам в специализированных классах, осваивают элементарные навыки письма, чтения, счета, простейшие трудовые операции (склеивание коробок, конвертов), бытовые навыки. Эта категория детей имеет статус инвалида.

Дети с глубоко выраженной умственной отсталостью (*идиотией*) –5% - живут и воспитываются в интернатных учреждениях Министерства труда и социального развития, где остаются пожизненно. Данная категория детей также имеет статус инвалида.

Разделение умственно отсталых детей по степени выраженности умственного недоразвития на три группы является чрезмерно обобщенным и теоретически недостаточно оправданным. Однако оно практически целесообразно и широко распространено в нашей стране. В других странах принята иная терминология и более дробное разделение на ряд групп детей с интеллектуальной недостаточностью.

Структура психики умственно отсталого ребенка чрезвычайно сложна. Первичный дефект приводит к возникновению многих других, вторичных и третичных отклонений нарушения познавательной деятельности и личности ребенка-олигофрена, которые отчетливо обнаруживаются в самых различных проявлениях. Однако наряду с недостатками

этим детям присущи и некоторые положительные возможности, наличие которых служит опорой, обеспечивающей их развитие. Наблюдения и экспериментальные исследования дают материалы, которые свидетельствуют о том, что умственная отсталость не приводит к равномерному изменению всех сторон психической деятельности: одни психические процессы оказываются у них нарушенными резко, другие остаются более сохранными. Это обуславливает существующие между детьми индивидуальные различия в познавательной деятельности и в личностной сфере. Дети-олигофрены способны к развитию, и хотя это развитие осуществляется замедленно, атипично, тем не менее, оно представляет собой поступательный процесс, вносящий качественные изменения в психическую деятельность детей, в их личностную сферу.

Развитие ребенка, страдающего олигофренией, определяется биологическими и социальными факторами. К числу биологических факторов относятся выраженность дефекта, качественное своеобразие его структуры, время его возникновения. Учитывать это необходимо при организации специального педагогического воздействия. Социальные факторы – это ближайшее окружение ребенка: семья, взрослые и дети, с которыми он общается и проводит время, школа. Большое значение имеет правильно организованное специальное обучение и воспитание, адекватное возможностям ребенка и опирающееся на зону его ближайшего развития. Именно оно в наибольшей мере стимулирует детей в общем развитии, социализации.

Пребывание в детском саду общеразвивающего вида или в общеобразовательной массовой школе часто не приносит ему пользы, а в ряде случаев приводит к тяжелым последствиям, к стойким, резко отрицательным сдвигам в его личности.

Специальное обучение, направленное на развитие умственно отсталых детей, предусматривает формирование у них в первую очередь высших психических процессов, особенно – мышления. Это важное направление коррекционной работы теоретически обосновано тем, что ребенок-олигофрен своеобразен во всех своих проявлениях, а именно в *инактивности* (пассивность) познавательной деятельности и в дефектности мышления, которые обнаруживаются у него особенно зримо и, в свою очередь, затормаживают и затрудняют познание окружающего мира. Формирование мыслительной деятельности способствует продвижению в общем развитии ребенка и создает основу для социально-трудовой адаптации. Другое, также очень важное, направление коррекционной работы предусматривает совершенствование эмоционально-волевой сферы умственно отсталых детей, которая играет большую роль в усвоении знаний, умений и навыков, в установлении контактов с окружающими и в социальной адаптации детей в школе и вне ее. Мышление и эмоционально-волевая сфера представляют собой части единого человеческого сознания. А весь ход развития ребенка, по утверждению Л. С. Выготского, основан на изменениях, происходящих в соотношении интеллекта и аффекта. Воздействие на ребенка окружающей среды определяется не только ее характером, но и индивидуальными особенностями субъекта, теми переживаниями, которые у них возникают. Дефектна также моторно-двигательная сфера олигофренов.

Рассматривая вопрос о возможностях положительной динамики умственного продвижения детей с нарушенным интеллектом, следует обратить внимание на положение, выдвинутое Л. С. Выготским, о двух зонах развития ребенка: актуального и ближайшего развития. Л. С. Выготский говорил о том, что зона актуального развития ребенка характеризуется теми заданиями, которые ребенок уже может самостоятельно выполнять. Эта зона показывает его степень обученности тем или другим знаниям, умениям и навыкам. Она свидетельствует о состоянии его познавательной деятельности на определенном этапе жизни. В этом ее значимость.

Большое значение в перспективном плане имеет зона ближайшего развития, определяемая заданиями, с которыми ребенок не может справиться сам, но может сделать это с помощью взрослого. Установление зоны ближайшего развития важно потому, что она

дает возможность судить, какие задачи будут доступны ребенку в недалеком будущем, т. е. какого продвижения от него можно ожидать.

Продвижение умственно отсталых детей происходит неравномерно в разном возрасте. Исследованиями установлено, что несомненная активизация познавательной деятельности сменяется длительными периодами, в течение которых как бы подготавливаются, концентрируются возможности, необходимые для позитивных сдвигов. Наибольшее продвижение можно заметить в первые два школьных года, на четвертом-пятом году обучения и в последних классах.

Существуют несколько классификаций олигофрении. Наиболее распространенной считается медицинская классификация, предложенная М. С. Певзнер, согласно которой различают пять форм олигофрении.

При *неосложненной* форме ребенок характеризуется уравновешенностью нервных процессов. Отклонения в познавательной деятельности не сопровождаются у него грубыми нарушениями анализаторов. Эмоционально-волевая сфера относительно сохранна. Ребенок способен к целенаправленной деятельности при условиях, когда задание ему понятно и доступно. В привычной ситуации его поведение не имеет резких отклонений.

При олигофрении *с неустойчивостью эмоционально-волевой сферы по типу возбудимости или заторможенности* присущие ребенку нарушения отчетливо проявляются в частых изменениях поведения и снижении работоспособности.

У олигофренов *с нарушением функций анализаторов* диффузное поражение коры головного мозга сочетается с более глубокими поражениями той или иной мозговой системы. Они дополнительно имеют локальные дефекты речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

При олигофрении *с психопатоподобным поведением* у ребенка отмечается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы. На первом плане у него оказывается недоразвитие личностных компонентов, снижение критичности относительно себя и окружающих людей, расторможенность влечений. Ребенок склонен к неоправданным аффектам.

При олигофрении *с выраженной лобной недостаточностью* нарушения познавательной деятельности сочетаются у ребенка с изменениями личности по лобному типу с резкими нарушениями моторики. Эти дети вялы, безынициативны, беспомощны. Их речь многословна, бессодержательна, имеет подражательный характер. Дети не способны к психическому напряжению, целенаправленности, активности, слабо учитывают ситуацию.

3.3.2 Дети с задержкой психического развития

Развитие дифференцированного изучения детей с различными отклонениями позволило выделить категорию детей, особенности психического развития которых не позволяют им без специально созданных условий полноценно усваивать учебную программу общеобразовательной школы, но, в то же время, существенно отличают их от детей-олигофренов, обучающихся в коррекционных школах. В эту категорию входят дети с задержкой психического развития.

Задержка психического развития – крайний вариант нормы, один из видов *дизонтогенеза*. Дети с таким диагнозом развиваются медленнее, чем их сверстники. Задержка психического развития (ЗПР) проявляется рано. Исходной причиной ее могут быть алкоголизм родителей, болезни матери во время беременности, родовые травмы, инфекции, перенесенные в первые месяцы жизни, и некоторые другие вредности, вызывающие слабовыраженную органическую недостаточность центральной нервной системы. В специальной литературе задержку психического развития иначе называют *минимальной мозговой дисфункцией*.

Клиническая классификация, разработанная К. С. Лебединской, относит к ЗПР детей с цереброастеническими состояниями, с психофизическим и психическим инфантилизмом, а также тех, у которых после длительных соматических заболеваний отмечается функциональная недостаточность центральной нервной системы.

При задержке психического развития наблюдаются нарушения как эмоционально-потребностной, так и интеллектуальной сфер. В первых случаях преобладает эмоциональное недоразвитие, в других – нарушения познавательной деятельности. Нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения проявляются в слабости волевых установок эмоциональной неустойчивости, импульсивности, аффективной возбудимости, двигательной расторможенности либо вялости, апатичности.

Недостаточная выраженность познавательных интересов у детей с ЗПР сочетается с незрелостью высших психических функций, с нарушениями внимания, памяти, с функциональной недостаточностью зрительного и слухового восприятия, с плохой координацией движения. Лепка, рисование, конструирование, письмо даются детям с ЗПР с трудностями из-за малой дифференциации движений кистей рук.

В речевом плане отмечается нарушение звукопроизношения, бедность словаря, аграмматизмы.

Выделяют чаще всего две подгруппы: дети с ЗПР конституционального происхождения (психическим или психофизическим инфантилизмом) и дети с задержкой развития церебрально-органического происхождения.

Характерным признаком для детей с ЗПР является недостаточная готовность к школе. При ЗПР конституционального происхождения младшие школьники даже внешне похожи на дошкольников. Они часто физически менее развиты, чем их сверстники, их отличают яркие эмоциональные реакции, детская непосредственность, большая внушаемость, несамостоятельность, игровые интересы. Дети совершенно не воспринимают школьную ситуацию, пытаются играть во время уроков, не усваивают программный материал.

ЗПР церебрально-органического происхождения оказывается, как правило, наиболее тяжелой. Недостаточность развития памяти и внимания, инертность психических процессов, их медлительность и пониженная переключаемость обуславливают существенные нарушения познавательной деятельности. Непродуктивность мышления, неразвитость отдельных интеллектуальных операций могут подвести к установлению ошибочного диагноза «олигофрения».

Студентам следует четко усвоить, что ЗПР не относится к стойким и необратимым видам психического недоразвития. Это временное замедление темпа развития. Отставание преодолевается с возрастом, причем тем успешнее, чем раньше начинается коррекционная работа с таким ребенком. Очень важны своевременная диагностика и создание специальных условий воспитания и обучения. К сожалению, родители нередко не замечают или не придают значения отставанию в развитии до поступления ребенка в школу. Только в начале обучения обнаруживаются незрелость мышления и эмоциональной сферы, ограниченность представлений и знаний, недостаточность интеллектуальной активности. Ребенок принимает и понимает задания, но нуждается в помощи взрослого при усвоении способа действия, а также переноса усвоенного на другие объекты и действия при выполнении последующего задания. Собственно способность принимать помощь, усваивать принцип действия и переносить его на аналогичные задания и отличает детей с ЗПР от умственно отсталых.

Дети с задержкой развития церебрально-органического происхождения часто расторможены, повышено возбудимы, реже наблюдаются заторможенность и эмоциональная вялость. Могут встречаться невротоподобные явления (страхи, навязчивые движения, заикание, энурез), немотивированные колебания настроения. Это повышенная истощаемость, резкое снижение работоспособности, ранимость, слезливость, понижение настроения.

Основные принципы, лежащие в обучении данной категории детей, - это: индивидуализация, коррекционная направленность, воспитывающий эффект обучения. Вопросы организации обучения таких детей подробно раскрыты в пособии С. Г. Шевченко. В системе работы с детьми с ЗПР предусматриваются создание щадящего режима интеллектуальных и физических нагрузок на ребенка, рациональное чередование труда и отдыха, различных видов деятельности, что оптимизирует умственную работоспособность детей. Применяются специальные коррекционно-педагогические средства формирования учебных интересов, положительного отношения к школе, исправления недостатков, мышления, внимания, поведения, памяти, речи. Использование методов и приемов обучения, учитывающих особенности учебно-познавательной деятельности детей с ЗПР, помогает преодолеть те трудности в овладении учебным материалом, которые в обычных условиях препятствуют их успешному обучению. Важнейшую роль играет индивидуальный подход к учащимся, поскольку своеобразие развития у них проявляется достаточно выражено. В случаях, если такой ребенок обучается в массовой школе, то он неизбежно сталкивается с пренебрежительным отношением своих благополучных сверстников, что ведет к появлению у такого ребенка низкого социального статуса.

3.4. Дети с нарушениями речи

Нарушения речи – собирательный термин для обозначения отклонений от нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека. Нарушения речи обусловлены нарушениями функционирования психофизиологических механизмов речи, не соответствуют возрастной норме, самостоятельно не преодолеваются и могут оказывать отрицательное влияние на психическое развитие. В специальной литературе термин «нарушение речи» заменяются другими терминами: расстройства речи, дефекты речи, речевая патология, речевые отклонения.

Специфика отклонений и их выраженность зависят от времени их проявления (в процессе речевого развития или после его завершения), от уровня психического и интеллектуального развития ребенка, от влияния окружающей среды и других факторов.

Основными причинами патологии речи являются:

различная внутриутробная патология, которая приводит к нарушению развития плода. Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от четырех недель до четырех месяцев. Возникновению речевой патологии способствует токсикоз при беременности, вирусная инфекция, эндокринные заболевания, травмы, резус-конфликт и др.;

родовая травма и асфиксия во время родов;

различные заболевания в первые годы жизни ребенка. Особенно опасны частые инфекционно-вирусные заболевания, ранние желудочно-кишечные расстройства;

травмы мозга;

наследственные факторы. В этих случаях нарушения речи могут являться частичными проявлениями общего нарушения нервной системы и сочетаться с интеллектуальностью и двигательной недостаточностью;

неблагоприятные социально-бытовые условия, приводящие к педагогической запущенности, вегетативной дисфункции, нарушениям эмоционально-волевой сферы и патологическому развитию речи.

При анализе причин возникновения нарушений следует учитывать соотношение речевого дефекта и сохранных анализаторов и функций, которые могут стать источником компенсации в процессе коррекционного воздействия. Большое значение имеет ранняя

диагностика различных аномалий развития речи. Необходимы знание и оценка возрастных норм соматического, сенсомоторного и психического развития детей. Обоснование коррекционной работы с данной категорией детей предполагает тщательно собранный анамнез с углубленным анализом доречевого периода, многоаспектное логопедическое обследование, оценку возрастной нормативности выявленных симптомов, наблюдение за процессом коммуникации детей, наблюдение и фиксация позитивных сдвигов в общении. От других категорий лиц с ограниченными возможностями детей с нарушениями речи отличают нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития. Выделение этих дифференцирующих признаков необходимо для их отграничения от речевых нарушений, сопутствующих у детей с олигофренией, задержкой психического развития, слепых и слабовидящих, детей с ранним детским аутизмом и др.

Глубокие нарушения различных сторон речи, ограничивающие возможности пользования, вызывают специфические отклонения со стороны других высших психических функций – внимания, памяти, воображения, вербально-логического мышления, эмоционально-волевой и личностной сферы и др.

В аспекте этиопатогенеза выделяются органические и функциональные причины нарушений и характерные признаки речевых нарушений. Такой подход нашел отражение в клинико-педагогической классификации, которая подразделяет нарушения в устной и письменной речи. Нарушения устной речи, в свою очередь, подразделяются на:

1) расстройства фонационного оформления речи:

афония, дисфония (отсутствие или нарушение голоса);

нарушение голоса;

брадилалия – патологически замедленный темп речи;

тахилалия – патологически ускоренный темп речи;

заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;

ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата;

дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

2) нарушения структурно-семантического оформления высказывания:

алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга;

афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями коры головного мозга.

К нарушениям письменной речи относятся:

дислексия (алексия) - частичное (полное) нарушение процессов чтения;

дисграфия (аграфия) – частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.

Логопедическая практика ориентируется на обучение и воспитание детей с нарушениями речи на принципе системного подхода и системного взаимодействия различных компонентов речи звуковой (произносительной) стороны, фонематического восприятия, лексико-грамматического строя, а также на взаимосвязи нарушений речи с другими сторонами психического развития ребенка. Психолого-педагогическая классификация Р. Е. Левиной (1968 г.) учитывает лингвистические и психологические критерии. Согласно данной классификации среди нарушений речи различают:

1) нарушения языковых средств общения:

фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР), т. е. нарушение процессов формирования произносительной системы языка у детей с различными расстройствами вследствие дефектов восприятия и произнесения фонем;

общее недоразвитие речи (ОНР 1-3 уровней, нерезко выраженное недоразвитие речи), которое объединяет сложные речевые расстройства, т. е. те случаи, когда у детей по разным причинам нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой сторонам.

2) нарушения в применении языковых средств общения в речевой деятельности:

заикание;

проявление речевого негативизма и др.

Нарушение чтения и письма рассматриваются как отсроченные проявления ФФНР и ОНР, обусловленные у детей несформированностью фонетических и морфологических обобщений в устной речи.

3.5. Дети с двигательными расстройствами

Среди детей с ограниченными возможностями выделяют категорию детей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Нарушения функций опорно-двигательного аппарата носят и врожденный, и приобретенный характер. Различаются следующие виды нарушений опорно-двигательного аппарата:

1) заболевания нервной системы: детский церебральный паралич (ДЦП), полиомиелит;

2) врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра, кривошея, деформации стоп (косолапость и др.), аномалии развития позвоночника (*сколиоз*), недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, *артрогрипоз* (врожденное уродство);

3) приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект (задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Длительное время одной из заметных причин, вызывающих глубокие нарушения опорно-двигательного аппарата у детей, было такое тяжелое заболевание, как *полиомиелит* (от греч. *polios* – серый, *myelos* – мозг), острое инфекционное заболевание центральной нервной системы, поражающее преимущественно серое вещество спинного мозга. Попадание в организм ребенка фильтрующегося вируса вследствие контакта с больным, заражение капельным путем через пищеварительный аппарат, дыхательные пути вызывает вялые параличи конечностей, атрофию мышц, отсутствие двигательных рефлексов. Благодаря успехам отечественной медицины, предложившей эффективные средства вакцинации, предупреждающей возникновение заболевания, полиомиелит почти полностью преодолен. Однако, если же все же ребенок перенес эту тяжелую болезнь, вызвавшую нарушения опорно-двигательного аппарата, он получает неврологическую и ортопедическую помощь, ему создают также специальные условия педагогического характера.

Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами (89%). Двигательные расстройства у этих детей сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что связано с

органическим поражением центральной нервной системы и ограниченными возможностями познания окружающего мира. Часто заметны речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Поэтому большинство из них нуждается не только в медицинской и социальной помощи, но также в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Другая часть детей не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требует специального обучения и воспитания. Но все дети нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. В их социальной адаптации определяются два направления. Первое направление имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второе направление адаптации ребенка с двигательным дефектом – приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

Детский церебральный паралич – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей (на 1000 новорожденных приходится от 5 до 9 больных ДЦП). Детский церебральный паралич возникает в результате недоразвития или поврежденного мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга – большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Следовательно, при ДЦП страдают самые важные для человека функции – движение, психика и речь.

Исследованиями доказано, что более 400 факторов могут оказать вредоносное действие на центральную нервную систему развивающегося плода. Особенно опасно действие повреждающих факторов в период до четырех месяцев внутриутробного развития, т. е. в то время, когда интенсивно закладываются все органы и системы. Можно выделить следующие неблагоприятно действующие на плод факторы:

- инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности;
- сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери;
- токсикозы беременности;
- физические травмы, ушибы плода;
- резус-конфликт;
- физические факторы (перегревание или переохлаждение организма, действия вибрации, облучение, в том числе, и ультрафиолетовые);
- некоторые лекарственные препараты;
- экологическое неблагополучие.

Родовая травма воздействует на плод и, как всякая механическая травма, вызывает нарушение мозгового кровообращения, либо кровоизлияние в мозг. Родовые травмы часто сочетаются с асфиксией. Причиной возникновения ДЦП может стать механическая родовая травма (при щипцовых, вакуумных родах). Детский церебральный паралич может возникнуть и после рождения в результате перенесенных нейроинфекций (менингиты, энцефалиты), тяжелых ушибов головы. Часто имеет место сочетание различных вредоносных факторов.

Двигательные нарушения при детском церебральном параличе

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с большим опозданием и трудом идет формирование функции удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности.

Разнообразие двигательных нарушений детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Различают следующие виды двигательных нарушений:

1). Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы. При *спастичности* мышцы напряжены. Характерно нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение. У детей с ДЦП ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулаки. Резкое повышение мышечного тонуса приводит к различным деформациям конечности. При *ригидности* мышцы также напряжены, находятся в состоянии максимального повышения тонуса, мышцы как бы «не отзываются» на раздражение, нарушены плавность и слаженность мышечного взаимодействия. При *гипотонии* (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые, объем пассивных движений значительно больше нормального. Понижение тонуса мышц связано с недостаточной функцией мозжечка и вестибулярного аппарата. *Дистония* – непостоянный изменчивый характер мышечного тонуса. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает, в результате чего движение может оказаться невозможным.

2). Ограничение или невозможность произвольных движений (*парезы и параличи*). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ногу. Это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь тонкие и дифференцированные движения, например, изолированные движения пальцев рук.

3). Наличие насильственных движений, которые проявляются в виде гиперкинезов и тремора. *Гиперкинезы* – произвольные насильственные движения, которые могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей. *Тремор* – дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Тремор наиболее выражен при целенаправленных движениях. Тремор усиливается в конце целенаправленного движения (например, при приближении пальца к носу при закрытых глазах).

4). Нарушения равновесия и координации движений - *атаксия*. Наблюдается атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения координации проявляются в неточности, несоразмерности движений (прежде всего рук). Не удается. Такому ребенку не удается предмет и переместить его, при выполнении этих движений у него наблюдается тремор. Наблюдается также нарушение координации тонких, дифференцированных движений.

5). Нарушение ощущений движений – *кинестезические расстройства*. Ощущение движений осуществляется с помощью специальных чувствительных клеток (проприорецепторов), расположенных в мышцах, суставах, связках, сухожилиях и передающих информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц. Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, задерживает формирование тонких дифференцированных движений.

6). Недостаточное развитие *стато-кинестических рефлексов*, которые обеспечивают формирование вертикального положения тела и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. Отсюда трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными навыками.

7). *Синкинезии* – это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки).

Нарушения психики при детском церебральном параличе

Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный неравномерный характер. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Структура интеллектуального дефекта при детском церебральном параличе характеризуется:

1) неравномерно обедненным багажом сведений и представлений об окружающем, который обусловлен следующими причинами:

вынужденной изоляцией, ограничением контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с обездвиженностью или трудностями передвижения;

затруднением познания окружающего мира в силу двигательных расстройств;

нарушением сенсорных функций;

2) неравномерным дисгармоничным характером интеллектуальной недостаточности, т. е. недостаточностью одних интеллектуальных функций, задержкой развития других и сохранностью третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития. При этом страдают те системы мозга, которые обеспечивают сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. Отмечается недостаточность пространственных и временных представлений, часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. Дети с трудом понимают геометрические фигуры, с трудом осваивают рисование, письмо. У детей выражена недостаточность развития фонематического слуха, стереогноза (узнавание предметов на ощупь), всех видов *праксиса* (выполнение целенаправленных автоматизированных движений), процессов сравнения и обобщения.

3). Психические процессы при ДЦП характеризуются также замедленностью, истощаемостью психических процессов, трудностями переключения на другие виды деятельности, недостаточностью концентрирования внимания, замедленностью восприятия, снижением объема памяти. У значительной части детей с церебральным параличом отмечается низкая познавательная активность, которая проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у третьих – умственная отсталость. Задержку психического развития при детском церебральном параличе чаще всего характеризует благоприятная динамика дальнейшего умственного развития детей. Они адекватно принимают помощь при обучении, у них достаточное, но несколько замедленное усвоение нового материала. При адекватной коррекционной работе дети часто догоняют своих сверстников в умственном развитии.

Характерны также для детей с церебральным параличом разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной

эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других – в виде заторможенности, застенчивости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении иногда отмечается *эйфория* (радостное, приподнятое настроение со снижением критики).

У детей с церебральным параличом наблюдается своеобразное формирование личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Выражена трудность социальной адаптации.

Речевые нарушения при детском церебральном параличе

Частота речевых нарушений в структуре дефекта у детей с церебральным параличом составляет 80%. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставание в развитии речи при ДЦП связано также с ограниченностью объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности, а также с неправильным воспитанием. При гиперопеке родители всячески стараются предупредить желание больного ребенка в ответ на его жесты или взгляды. У ребенка в таких условиях не формируется потребность в речевой деятельности.

Специалисты отмечают тесную взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями при ДЦП. Патологические тонические рефлексy отрицательно влияют и на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольные движения рта, языка. Это отражается отрицательно на формировании голосовой активности и нарушает звукопроизводительную сторону речи. Также отмечается определенная зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функций рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительные поражения верхних конечностей. Основные формы речевых нарушений при детском церебральном параличе – дизартрия, задержка речевого развития, алалия. Наиболее чаще встречается дизартрия. Речевые нарушения при ДЦП обычно встречаются в сочетании.

Длительное ограничение двигательной активности таких детей, обособленность от среды нормально развивающихся сверстников, гиперопека со стороны родителей, чрезмерная заостренность внимания на своем дефекте – все это предопределяет своеобразие их развития. Определенное сужение источников жизненного опыта, связанное с болезнью, также может отрицательно отразиться на развитии таких детей. Так, при изучении некоторых личностных качеств подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата выяснено, что у них часто снижены мотивы учебной деятельности. Это проявляется в познавательной пассивности, нерегулярности выполнения учебных заданий, нарушениях внимания при восприятии учебного материала. Многие подростки своеобразно проводят свой досуг – «больные дети меньше читают, играют, гуляют, реже мастерят, общаются с природой». Отмечено, что волевые качества личности (целеустремленность, настойчивость, инициативность, самостоятельность, сдержанность) у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата недостаточно развиты по сравнению с их нормальными сверстниками. Основной причиной указанных отклонений в личностном развитии таких детей является своеобразная социальная позиция больного ребенка или подростка, возникающая в результате неправильного отношения к нему родителей – последние часто не предоставляют ему разумной самостоятельности, снимают с него даже элементарные обязанности по самообслуживанию, выполнению домашних дел, стремятся удовлетворить

любые его желания и капризы. Ребенок привыкает к такой опеке, не научается преодолевать трудности, саморегулировать поведение и свои действия волевыми усилиями.

Коррекционная работа с данной категорией детей не ограничивается лишь развитием моторики. В системе коррекционно-воспитательной работы предусматриваются специальные средства развития зрительных восприятий, фонематического анализа, словарного запаса и понимания речи, обобщений и дифференцирования в мыслительной деятельности, исправления недостатков пространственных и временных представлений и ориентировок. Важную роль играет логопедическая работа по коррекции произношения. Проводится также многоплановая специальная лечебно-коррекционная работа, направленная на развитие двигательной сферы детей, - занятия лечебной физкультурой, специальные подвижные игры, ортопедическая помощь, массаж и пр.

3.6. Дети с нарушениями эмоционально-волевой сферы, сложными и сочетанными нарушениями развития

3.6.1. Дети с синдромом раннего детского аутизма

Ранний детский аутизм (РДА) является одним из наиболее сложных нарушений психического развития. Формируется этот синдром в своем полном виде к трехлетнему возрасту. Проявляется РДА в следующих клинико-психологических признаках:

- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;
- стереотипность в поведении. Характеризуется наличием в поведении ребенка однообразных действий – моторных (раскачиваний, прыжков, постукиваний), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр, стереотипных интересов.
- специфические нарушения речевого развития (*мутизм, эхолалия*, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица и т. д.), ведущие к нарушению коммуникации.

При раннем детском аутизме характерны:

1). Повышенная чувствительность к сенсорным стимулам. Уже на первом году жизни наблюдается склонность к сенсорному дискомфорту (чаще всего на интенсивные бытовые звуки и на тактильные раздражения), а также сосредоточенность на неприятных впечатлениях. При недостаточной активности, направленной на обследование окружающего мира, и ограничении разнообразного сенсорного контакта с ним, наблюдается выраженная захваченность, очарованность отдельными определенными впечатлениями – тактильными, зрительными, слуховыми, вестибулярными, которые ребенок стремится получать вновь и вновь. Например, любимым занятием ребенка на протяжении полугода и более может быть шуршание целлофановым пакетом, наблюдение за движением тени на стене; самым сильным впечатлением может быть свет лампы и т. д. Принципиальным отличием при аутизме является тот факт, что близкому практически не удастся включиться в действия, которыми очарован ребенок.

2). Нарушение чувства самосохранения отмечается в большинстве случаев уже до года. Оно проявляется как в сверхосторожности, так и в отсутствии чувства опасности.

3). Нарушение аффективного контакта с ближайшим окружением выражается в:

- особенностях приспособления к рукам матери. У многих аутичных детей отсутствует *антиципирующая* поза (протягивание ручек по направлению к взрослому, когда ребенок

смотрит на него). На руках матери такой ребенок также может не чувствовать себя комфортно: либо висит мешком, либо бывает чрезмерно напряжен, сопротивляется;

- особенностях фиксации взгляда на лицо матери. В норме ребенок рано обнаруживает интерес к человеческому лицу. Коммуникация с помощью взгляда является основой для развития последующих форм коммуникативного поведения. Для аутичных детей характерно избегание глазного контакта (взгляд мимо лица или «сквозь» лицо взрослого);

- особенностях ранней улыбки. Своевременное появление улыбки и ее направленность близкому – признак благополучного аффективного развития ребенка. Первая улыбка у большинства аутичных детей адресована не человеку, а, скорее, в ответ на приятную для ребенка сенсорную стимуляцию (тормошение, яркий цвет одежды матери и т.д.).

- особенностях формирования привязанности к близкому человеку. В норме они проявляются как очевидное предпочтение одного ухаживающего лица, чаще всего - матери, в переживаниях разлуки с ней. Аутичный ребенок чаще не использует положительных эмоциональных реакций для выражения привязанности;

- трудности контактов с окружающими, связанные с особенностями развития форм обращения ребенка к взрослому, находят выражение в сложности выражения собственного эмоционального состояния. В норме способность выражать свое эмоциональное состояние, делиться им со взрослым – одно из наиболее ранних адаптивных достижений ребенка. Обычно оно появляется уже после двух месяцев. Мать прекрасно понимает настроение своего ребенка и поэтому может управлять им: утешить ребенка, снять дискомфорт, успокоить. Матери же аутичных детей часто испытывают трудности в понимании эмоционального состояния своих малышей;

- трудностях в выражении просьбы. У многих детей в норме уже на раннем этапе развития формируется направленный взгляд и жест – протягивание руки в нужном направлении, который на последующих этапах трансформируется в указательный. У аутичного ребенка и на более поздних этапах развития подобная трансформация жеста не происходит. Даже в старшем возрасте при выражении своего желания аутичный ребенок берет руку взрослого и кладет на желаемый предмет;

- трудностях произвольной организации ребенка, которые могут выражаться в следующих тенденциях: отсутствии или непостоянности отклика малыша на обращение к нему взрослого, на собственное имя; отсутствии прослеживания взглядом направления взгляда взрослого, игнорировании его указательного жеста; невыраженности подражания, а чаще его отсутствия; трудностей в организации аутичных детей на простые игры, требующих подражания и показа (например, «ладушки»); большой зависимости ребенка от влияний окружающего психического поля («полевое поведение»). Если родители проявляют большую настойчивость и активность, пытаются привлечь к себе внимание, то аутичный ребенок либо протестует, либо уходит от контакта.

3.6.2. Дети со сложными и множественными нарушениями развития

Тяжелый недостаток – физический или психический недостаток, выраженный в такой степени, что образование в соответствии с государственными стандартами (в том числе специальными) является недоступным и возможности обучения ограничиваются получением элементарных знаний об окружающем мире, приобретением навыков самообслуживания, приобретением элементарных трудовых навыков.

Сложными нарушениями называются такие, когда у ребенка отмечаются два первичных нарушения развития (нарушение зрения и детский церебральный паралич, глухота и детский церебральный паралич, слепоглухота, слабовидение и глухота, умственная отсталость и выраженное нарушение зрения и т. п.).

К лицам со *множественными нарушениями* мы относим такие категории, когда у ребенка сочетаются три и более первичных нарушения (умственно отсталые слабовидящие глухие дети).

В группе тяжелых и сложных дефектов, как правило, преобладают врожденные формы генетических патологий. Например, умственную отсталость с сенсорными нарушениями обычно относят к наследственным синдромам и заболеваниям. Болезнь Дауна – сложный дефект хромосомного происхождения. Умственная отсталость у таких детей в 70% случаях сочетается с нарушениями слуха, в 40% - с дефектом зрения. Иммунологическая несовместимость между матерью и плодом (гемолитическая болезнь новорожденного) также может быть причиной недоразвития познавательной деятельности ребенка, нарушений слуха и двигательных расстройств.

К сложному и множественному нарушению развития приводят различные пренатально, перинатально и постнатально перенесенные заболевания. Наиболее распространенными из этих внутриутробных заболеваний являются краснуха, корь, туберкулез, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др. Скарлатина, корь, грипп или нейроинфекции (менингиты, энцефалиты) в детском возрасте также могут привести к сложному нарушению развития у ребенка. К сложному нарушению зрения и слуха с возрастом могут привести тяжелая форма диабета и ряд некоторых соматических заболеваний.

В последние годы отмечается рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха, появившихся на свет глубоко недоношенными (с экстремально низкой массой тела).

Диагностика и выявление детей со сложными и множественными нарушениями развития – это новая и сложная проблема. Специалистам, призванным решать эту проблему, необходимы самые широкие знания в области медицины, генетики, специальной педагогики, во всех областях специальной и клинической психологии. Нарушение развития могут проявляться в различных сочетаниях, науке известны не менее 20 видов сложного дефекта. Это могут быть сочетания сенсорных, интеллектуальных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений (например, сочетание нарушений зрения и слуха – слепоглухота, зрения и системного нарушения речи, зрения и умственной отсталости, зрения и движений).

Рождение ребенка с комплексным тяжелым нарушением почти сразу ставит вопрос о возможности его семейного воспитания. Именно такие дети чаще всего попадают в специальные дома ребенка и клиники, прогноз их развития часто неутешительный.

Среди всего многообразия проявлений сложных и множественных нарушений выделяются основные категории: дети с сохранными потенциальными возможностями развития и умственно отсталые дети; дети, способные к самостоятельной активной осмысленной деятельности, и дети, нуждающиеся в постоянной заботе и полном обслуживании со стороны окружающих.

3.7. Статистика отклонений в развитии детей

Статистика специальной педагогики учитывает частоту и виды нарушений развития. Статистический учет ведут такие международные организации как ЮНЕСКО и ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения). Тем не менее точные, исчерпывающие данные отсутствуют в связи с различными критериями выделения лиц, имеющих ограниченные возможности. Так, по данным статистики в мире (кроме Африки) на 1 тыс. чел. – 3 слепых, 5% населения имеют проблемы со слухом; на 100 школьников (от 7 до 15 лет) приходится 4-5 человек с нарушением интеллекта; на 800 новорожденных – один с синдромом Дауна.

В разных возрастных группах разный процент тех или иных нарушений. Так, в детской возрастной группе с наибольшей частотой встречаются образовательные затруднения – 40%. Достаточно распространены нарушения речи, (особенно у дошкольников) – 20%, нарушения

интеллекта разной степени выраженности, чаще легкой, – 20%. Все остальные нарушения также встречаются в 20% случаев.

Для стран с низким уровнем развития характерны грубые органические нарушения, нарушения зрения и слуха. В развитых странах (США, Германия, Швеция, Финляндия) одно из первых мест по частоте занимают специфические образовательные затруднения – нарушения речи, затруднения при чтении, письме, счете.

По данным на начало текущего столетия в России около 15 млн. чел. Имели ограниченные возможности здоровья и жизнедеятельности. Детей с ОВЗ, нуждающихся в специальном образовании, было 1,7 млн. (4,5% всей детской популяции). Из них дошкольников – 353 тыс. 32 тыс. детей и подростков имеют тяжелые формы умственной отсталости. Среди детей с ОВЗ несколько преобладают мальчики (55%), наибольшее число отклонений в развитии регистрируется в возрастной группе от 8 до 13 лет. Почти 272. тыс. детей школьного возраста обучаются в 1905 специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, около 200 тыс. человек посещают специальные классы в общеобразовательном учреждении.

4.СИСТЕМА СПЕЦИАЛЬНОГО (КОРРЕКЦИОННОГО) ОБРАЗОВАНИЯ

Основное содержание темы: дифференцированная и интегрированная модель помощи детям с ОВЗ, инклюзивное обучение, формы интеграции преимущества дифференцированного и интегрированного обучения, современные системы образования детей дошкольного и школьного возраста с ОВЗ, преемственность в обучении и воспитании, роль семьи и семейного воспитания, система реабилитации детей с ОВЗ, деятельность центров психолого-педагогической помощи и реабилитации, особенности коррекционно-развивающего образовательного процесса, уровни образования, цензовое образование, образовательные стандарты, профессиональная деятельность и личность педагога системы специального образования.

План изучения темы:

1. Основные модели помощи детям с отклонениями в развитии
2. Система социальных институтов коррекционной направленности
 - 2.1 Современное дошкольное образование детей с ограниченными возможностями здоровья
 - 2.2 Деятельность психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК)
 - 2.3 Система специальных образовательных учреждений для детей школьного возраста
 - 2.4 Коррекционная помощь детям и подросткам в учреждениях здравоохранения, труда и социальной политики
3. Организация ранней помощи детям с ОВЗ
4. Работа с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями
5. Реабилитационная помощь детям с ограниченными возможностями в центре психолого-педагогической диагностики и реабилитации детей и подростков
6. Особенности содержания и организации коррекционно-развивающего образовательного процесса в условиях различных организационных форм
 - 6.1 Особые образовательные потребности и условия
 - 6.2 Уровни образования и специальный образовательный стандарт
 - 6.3 Принципы, задачи и методы (технологии) специального образования
 - 6.4 Формы и средства специального обучения
7. Требования к личности педагога-дефектолога

Краткое содержание основных вопросов

4.1. Основные модели помощи детям с отклонениями в развитии

Основными моделями помощи детям с отклонениями в развитии является **дифференцированное и интегрированное** (инклюзивное) обучение и воспитание. Модель дифференцированного обучения предполагает выделение детей, имеющих отклонения в психофизическом развитии, в отдельную группу при организации коррекционно-развивающей, общеобразовательной и воспитательной работы. В рамках данной модели осуществляется личностно-ориентированный подход на всех этапах коррекционного воздействия.

Дифференцированное (раздельное) обучение включает систему специальных (коррекционных) образовательных учреждений в соответствии с характером нарушения, например, раздельное обучение детей с нарушением интеллекта и с первичными тяжелыми нарушениями речи, с нарушением слуха и с нарушением зрения и т.д. Дифференциация продолжается в соответствии со степенью тяжести нарушения той или иной функции, например, раздельное обучение слепых (полное отсутствие зрения) и слабовидящих (зрение нарушено частично). Необходимость такой дифференциации обусловлена разными образовательными потребностями учащихся. Так, например, слабовидящие обучаются на зрительной основе, а дети с полной потерей зрения – на тактильной. В рамках данной модели существовали учреждения «закрытого» типа: интернаты к круглогодичным пребыванием детей, детские «круглосуточные» детские сады. Подобные «закрытые» модели существенно искажали процесс естественной социализации и адаптации в обществе детей с ОВЗ.

Интегрированное (инклюзивное) обучение и воспитание подразумевает включение детей с ОВЗ на всех этапах развития в среду здоровых. Различают несколько толкований понятия «интеграция».

Социальная интеграция – полное, равноправное включение человека с ОВЗ во все необходимые сферы жизни социума. Основой интеграционной модели современной социальной политики западных стран является концепция нормализации, т.е. люди с ОВЗ при соответствующих условиях могут освоить социально значимые навыки и стереотипы поведения, которые считаются необходимыми для нормального социального функционирования наравне с другими членами общества, для того, чтобы жить в обществе независимой жизнью в соответствии со своими особыми потребностями.

Основные принципы модели (Л.И.Аксёнова):

- ✓ Каждый человек способен на развитие и обучение в соответствии со своими возможностями при организации адекватных условий;
- ✓ Ответственность за создание особых условий развития и обучения для человека с ограниченным потенциалом возможностей берут на себя в первую очередь государство и общество, создавая социальные институты коррекционно-компенсаторной направленности;
- ✓ Необходимо целенаправленное формирование общественного восприятия человека с особыми потребностями в плане соответствия его социального статуса статусу обычного человека;
- ✓ Необходимо обеспечить равенство в правах для лиц с отклонениями в развитии, а именно права на выживание, жизнь в родной семье, развитие, обучение, труд, свободный выбор места жительства и форм общественной жизни и т.д.

Понятие включающего образования (inclusion) отражает осуществляемое в образовательных учреждениях совместное с нормально развивающимися сверстниками обучение детей, имеющих особые потребности, при обеспечении индивидуальной специальной помощи и поддержки.

В России развиваются следующие формы интеграции: интернальная – интеграция внутри системы специального образования; экстернальная – взаимодействие специального и массового образования.

В условиях отечественного дошкольного образования интегрированное обучение пока внедряется ограниченно и, часто, на стихийной вынужденной основе, а для успешной реализации его задач необходимо соответствующее материально-техническое снабжение, кадровый потенциал. Для обеспечения коррекционного воздействия и лечебно-оздоровительной работы такие условия наиболее максимально обозначены в общеразвивающих группах детских садов комбинированного вида, где имеются компенсирующие группы, и центры развития ребенка. В дошкольных учреждениях комбинированного вида с учетом уровня развития и индивидуальных особенностей развития и индивидуальных особенностей развития детей интеграция должна осуществляться в различных формах:

- ✓ Комбинированная интеграция – дети с уровнем психофизического и речевого развития, близким к норме, самостоятельно себя обслуживающие, по 1-2 чел., воспитываются в массовых группах, получают систематическую коррекционную помощь учителя-дефектолога и педагога-психолога;
- ✓ Частичная интеграция – дети (1-2 чел.), еще не способные наравне со здоровыми сверстниками овладеть программными требованиями, пребывают лишь часть дня в группе нормально развивающихся сверстников;
- ✓ Временная интеграция – воспитанники специальной группы вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития и навыков самообслуживания объединяются со здоровыми детьми не реже 1-2 раз в месяц для проведения мероприятий воспитательного характера;
- ✓ Полная интеграция – дети (1-2 чел.) с отклонениями в развитии, соответствующие или близкие по уровню психофизического и речевого развития возрастной норме, самостоятельно себя обслуживающие, психологически готовые к совместному со здоровыми сверстниками обучению, включаются в обычные группы общеразвивающего детского сада.

Многие специалисты сошлись в едином мнении, что существующая форма дошкольной организации “начальная школа – детский сад” также достаточно удобная вариативная форма для обучения и воспитания детей с нарушениями развития дошкольного возраста. Посещая этот комплекс, ребенок имеет возможность безболезненно начать школьную жизнь в привычной обстановке и в окружении знакомых ребят. На основе преемственности учителя начальной школы имеют возможность осуществлять с первых дней учебы индивидуальный подход к каждому ребенку.

4.2. Система социальных институтов коррекционной направленности

В систему социальных институтов коррекционной направленности входят организации, учреждения образования, здравоохранения, социальной защиты населения, культуры и спорта, а также межведомственные структуры.

Процесс становления государственной системы социальных институтов начался в 20-30-х гг. XX века. В настоящее время она представлена достаточно широкой, разветвленной сетью дошкольных и школьных учреждений специального назначения.

Современная система специального образования как часть общей образовательной системы находится в стадии активного преобразования, основными идеями которого являются:

- Создание правовой базы для равенства всех граждан в получении образования;
- Создание системы специальных образовательных стандартов и контроля качества специального образования;
- Развитие инновационной деятельности, вариативности образовательных учреждений, программ и коррекционных технологий;

- Создание механизмов интеграции учебных заведений с целью повышения качества образования;
- Оптимизация сети специальных образовательных учреждений;
- Реструктурирование системы подготовки кадров;
- Развитие дистанционного и дополнительного (внешкольного) образования.

4.2.1. Современное дошкольное образование детей с ограниченными возможностями здоровья

В систему дошкольных специальных учреждений входят:

- ясли-сады, детские сады, дошкольные детские дома – дошкольные образовательные учреждения компенсирующего вида;
- дошкольные компенсирующие группы при яслях-садах, детских садах и детских домах общего назначения, функционирующие в дошкольных образовательных учреждениях комбинированного вида;
- а также дошкольные группы при специальных школах и школах-интернатах – образовательные учреждения «Начальная школа – детский сад».

Кроме того, существуют:

- группы кратковременного пребывания – для дошкольников с отклонениями в развитии, которые воспитываются в домашних условиях;
- образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи – центры диагностики и консультирования, психолого-педагогической реабилитации и коррекции, психолого-медико-социального сопровождения;
- оздоровительные образовательные учреждения санаторного типа – для детей, нуждающихся в длительном лечении – санаторные детские дома для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- учреждения дополнительного образования – центры дополнительного образования, детские оздоровительные центры различного профиля.

Комплектование специальных дошкольных учреждений базируется на следующих организационных принципах:

по принципу *ведущего отклонения в развитии и возраста воспитанников*. Такой подход позволяет создать дошкольные учреждения (группы) - для детей ясельного возраста (до 3х лет) и для детей старше 3х лет, имеющих следующие нарушения развития:

с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих);

с нарушениями зрения (слепых, слабовидящих, для детей с косоглазием, амблиопией);

с тяжелыми нарушениями речи (для детей с заиканием, общим недоразвитием речи (ОНР), фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФНР));

с нарушениями интеллекта (умственно отсталых);

с задержкой психического развития;

с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

со сложными (комплексными) дефектами.

по принципу *меньшей наполняемости групп* (от 5 детей для групп со сложными (комплексными) дефектами до 15 воспитанников в группах с иными отклонениями развития);

введения в штат специалистов-дефектологов: олигофренопедагога, сурдопедагога, тифлопедагога, логопедов, дополнительных медицинских работников;

образовательный процесс осуществляется в соответствии со *специальными комплексными программами обучения и воспитания*;

перераспределения видов занятий между воспитателями и дефектологами (занятия по развитию речи, конструированию, элементарных математических знаний проводит дефектолог);

организации специальных видов занятий (развитие слухового, зрительного восприятия, речи, логопедические занятия, ЛФК и др., которые проводят сурдопедагоги, тифлопедагоги, логопеды, медицинские работники и др.);

бесплатности (письмо Министерства просвещения СССР от 04.06.1974г. № 58-М “О содержании за государственный счет детей с дефектами физического или психического развития”, действие которого распространяется и по настоящее время).

4.2.2. Деятельность психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК)

Дети с нарушениями развития принимаются в ДОУ при наличии условий для коррекционной работы на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) и только с согласия родителей или лиц, их заменяющих. При ПМПК организуются также группы кратковременного пребывания для детей с нарушениями развития, которые в силу каких-либо причин не могут посещать дошкольные учреждения. Здесь могут оказать психолого-педагогическую помощь проблемным детям, а для их родителей организуется консультирование по вопросам обучения и воспитания. Занятия с такими детьми проводятся индивидуально или небольшими подгруппами в присутствии родителей.

В составе ПМПК работают: заведующий, социальный работник образования, психолог, врач-невропатолог, врач-психиатр; дефектологи: олигофренопедагог, сурдопедагог, логопед, тифлопедагог; медицинская сестра.

Задачи ПМПК:

- Разрабатывать и осуществлять медико-психолого-педагогическую помощь населению с целью предупреждения отклонений в физическом и психическом развитии детей;
- Своевременно выявлять и комплексно обследовать детей раннего, дошкольного и школьного возраста, выявляя нарушения физического, интеллектуального и эмоционального развития с целью оказания им лечебно-педагогической коррекционной помощи;
- Помогать населению в предупреждении возможных отклонений в психическом и физическом развитии детей;
- Обследовать детей старшего дошкольного возраста с целью выявления их готовности к школьному обучению и определять формы их обучения, разрабатывать индивидуальные рекомендации по лечению, обучению и воспитанию детей;
- Оказывать консультативную помощь родителям, методическую помощь педагогам.

Ответственность и полномочия ПМПК.

На ПМПК возложена ответственность за выявление и учет всех детей с отклонениями в развитии; от ПМПК могут поступать предложения по дальнейшему развитию (или реорганизации) системы специализированной помощи в регионе; ПМПК оказывает методическую помощь, отбор и комплектование коррекционных групп в самом учреждении.

Основные принципы комплектования:

- Отграничение детей с определенным видом патологии от других групп детей;
- Дифференцированное обучение по степени тяжести имеющегося отклонения в развитии;

- Возрастной.

4.2.3. Система специальных образовательных учреждений для детей школьного возраста

Дети школьного возраста, имеющие особые образовательные потребности, получают образование в различных образовательных учреждениях или на дому. Отбор детей с нарушениями развития во все виды и типы образовательных учреждений осуществляет также ПМПК (психолого-медико-педагогическая комиссия), которая дает квалифицированное заключение о состоянии психофизического развития ребенка и рекомендации о дальнейших формах обучения.

На сегодняшний день в Российской Федерации существуют восемь видов специальных школ для детей с различными нарушениями развития. Эти школы имеют видовой порядковый номер:

- специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида – школа-интернат для глухих детей;
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида – школа-интернат для слабослышащих и позднооглохших детей;
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение III вида – школа-интернат для незрячих детей;
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение IV вида – школа-интернат для слабовидящих детей;
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида – школа-интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи;
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида – школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида – школа или школа-интернат для детей с задержкой психического развития;
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида – школа или школа-интернат для детей с умственной отсталостью.

Создаются специальные образовательные учреждения и для других категорий детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности: с аутистическим спектром расстройств и с болезнью Дауна. Имеются также санаторные (лесные) школы для хронически болеющих и ослабленных детей.

Во всех школах (школах-интернатах) детям обеспечиваются условия для обучения, воспитания, лечения, социальной адаптации и интеграции в общество. Помимо образования специальная школа обеспечивает медицинское и психологическое сопровождение, в школах соблюдается *охранительный режим*, уделяется значительное внимание трудовой, предпрофессиональной подготовке своих учащихся. Содержание и формы трудовой и профориентационной работы учитывают региональные, этнонациональные условия, потребности местного рынка труда, индивидуальные потенциальные возможности воспитанников, их интересы. Выпускники специальных школ (за исключением школы VIII вида) получают *цензовое* образование, которое соответствует уровню образования массовой общеобразовательной школы. В школах VIII вида могут комплектоваться классы для детей с глубокой умственной отсталостью, в школах I – IV видов – классы для детей со сложными нарушениями (например, глухие умственно отсталые, слабослышащие умственно отсталые и т. д.). Для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и имеющих особые образовательные потребности, создаются специальные детские дома и школы-интернаты в соответствии с профилем нарушенного развития.

Обучение на дому организуется в случае, если ребенок-инвалид не в состоянии посещать специальную школу. Основанием для надомного обучения является медицинское

заключение. Так, специальные школы и школы-интернаты VIII вида ведут надомное обучение детей-инвалидов, имеющих нарушение интеллекта с сопутствующими заболеваниями, которые препятствуют ежедневному посещению школы. В последнее время стали функционировать школы надомного обучения.

Для обучения, воспитания, социальной адаптации детей и подростков со сложными нарушениями развития, с сопутствующими заболеваниями, а также для оказания комплексной помощи создаются *реабилитационные центры* различных профилей. Это могут быть центры: психолого-медико-педагогической реабилитации и коррекции, социально-трудовой адаптации и профориентации, психолого-педагогической и социальной помощи, социальной помощи семье и детям, оставшихся без попечения родителей и др. В этих центрах осуществляется коррекционно-педагогическая, психологическая и профориентационная помощь, налаживается деятельность по формированию навыков самообслуживания и общения, социального взаимодействия, трудовых навыков, ведется специальная образовательная деятельность, оказывается консультативная помощь родителям по информационным и правовым вопросам, социальная и психологическая помощь детям-сиротам, обучающихся в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, и их выпускникам.

При общеобразовательных школах создаются логопедические пункты для оказания логопедической помощи детям, имеющим речевые нарушения. Логопедическая служба оказывает помощь в коррекции звукопроизношения, в коррекции письменной речи и т.п.

4.2.4. Коррекционная помощь детям и подросткам в учреждениях здравоохранения, труда и социальной политики

В системе Министерства здравоохранения, труда и социальной политики действуют:

- дома ребенка для детей раннего и младшего дошкольного возраста;
- дошкольные образовательные учреждения – центры восстановительного лечения для детей от 1,5 до 4 лет;
- школы при детских больницах и санаторно-курортных учреждениях;
- реабилитационные центры для детей-инвалидов.
- стационарные психоневрологические дома-интернаты для детей с глубокой умственной отсталостью и тяжелыми физическими отклонениями;
- реабилитационные центры для инвалидов;
- специальные профессионально-технические училища.

Организованы различные центры: диагностики и консультирования; психолого-медико-социального сопровождения; психолого-педагогической реабилитации и коррекции; лечебной педагогики и дифференцированного обучения и т. д. Эти центры обслуживают специфический контингент (педагогически запущенных детей, детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы, детей, подвергшихся различным видам насилия, вынужденных покинуть семью, из семей беженцев, переселенцев, потсрадавших от стихийных бедствий и техногенных катастроф и т. д.). В числе этих детей встречаются и дети с отклонениями в психофизическом развитии. Коррекционно-воспитательную работу в таких центрах осуществляют психологи, социальные педагоги, социальные работники, дефектологи, медицинский персонал. Эти межведомственные структуры создаются с привлечением возможностей учреждений негосударственного сектора: общественных объединений, ассоциаций, благотворительных фондов. Дополняя работу государственных структур, они иницируют новые подходы к организации специализированной деятельности по поддержке детей с ограниченными возможностями и ориентированы на долгосрочные меры помощи семье и ребенку.

4.3. Организация ранней помощи детям с ОВЗ

Исследования в области специальной психологии, педагогики доказали, что раннее начало целенаправленной коррекционной работы способствует ослаблению, а в некоторых случаях и преодолению имеющихся у детей отклонений. Максимально раннее коррекционное воздействие обусловлено, прежде всего, анатомо-физиологическими особенностями ребенка. Именно в раннем возрасте закладывается фундамент здоровья человека. В этом возрасте отмечается становление всех морфологических и функциональных систем организма, происходят первые социальные контакты. Дети раннего возраста являются наиболее чувствительным, а значит наиболее уязвимым контингентом населения. Кроме того, ранняя комплексная коррекционная помощь способствует предупреждению и профилактике вторичных отклонений в развитии, что, в свою очередь, положительным образом сказывается на становлении личностных качеств ребенка, формировании основ адекватного поведения и социализации. Установление единства психологических закономерностей развития ребенка в норме и патологии позволили Л. С. Выготскому обосновать общую теорию развития личности аномального ребенка. Одним из важнейших достижений Л. С. Выготского является анализ соотношения процессов развития и обучения в детском возрасте, как в норме, так и при патологии, в раскрытии сложных динамических соотношений между ними, в доказательстве ведущей, стимулирующей роли обучения.

Учение выдающегося отечественного психолога Л. С. Выготского о компенсаторных возможностях человеческого (в частности, детского) организма, о сложной структуре дефекта, о динамическом взаимодействии биологического и социального в нем, о зонах актуального и ближайшего развития и другие положения легли в основу организации специализированной помощи детям с отклонениями в развитии. Большую роль в поиске эффективных решений проблемы раннего (от нескольких дней жизни до трех лет) возраста, выявления и специальной помощи сыграло переосмысление на современном уровне положений Л. С. Выготского о социальной обусловленности развития младенцев и об их отношениях со взрослыми, об использовании сензитивного периода для предупреждения социально обусловленного отставания и связанных с ним вторичных отклонений в развитии.

Значительный вклад в создание системы *абилитации* (первоначального формирования) внесли зарубежные научные исследования по проблемам:

социально-эмоционального развития младенцев; влияния раннего эмоционального опыта ребенка на его дальнейшее развитие (Р. Болби, Д. Винникотт, М. Айнсворт и др.);

взаимодействия матери и младенца с оценкой их социального поведения (Ф. Фогель, Д. Н. Штерн и др.);

развитие младенцев у матери с психическими расстройствами и из группы социального риска – страдающими алкоголизмом, наркоманией, несовершеннолетних матерей, одиноких женщин с низким прожиточным уровнем (Т.М. Филд, Л. Беквит и др.).

Следовательно, обозначилась теоретическая основа, которую представляет большое количество исследований, посвященных различным аспектам поведения, физиологии и психического развития младенцев и детей раннего возраста, и которую существенным образом дополнили работы отечественных специалистов (Е.М. Мастюкова, Ю.А. Разенкова, О. Приходько и др.).

Проведенные научные исследования зарубежных и отечественных ученых в области медицины, специальной психологии и педагогики убедительно доказали эффективность комплексной коррекционной помощи на самых ранних этапах развития проблемных детей.

Практическое воплощение идеи создания системы ранней коррекционной помощи начинается с определения объекта воздействия. По мнению большинства специалистов, такая работа должна проводиться не только с детьми, имеющими определенные дефекты развития, но и при риске возникновения нарушений социальной адаптации в будущем. Главным инструментом выявления детей, нуждающихся в комплексной междисциплинарной помощи, должна стать система массового скрининга. При патологии развития на основе

комплексного обследования необходимо оказание помощи совместными усилиями врачей, психологов, дефектологов, массажистов, диетологов, инструкторов по лечебной физкультуре и других специалистов. Грамотно организованная ранняя коррекция способна предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить реализацию реабилитационных мероприятий, а также обеспечить возможность некоторой части детей с ограниченными возможностями обучения в общеобразовательной школе.

Скрининг факторов риска проводится при первичном обращении родителей в генетическую или женскую консультацию. В период беременности при тщательном контроле за развитием плода в случае неблагоприятного течения беременности будущей матери могут проводить предупредительное лечение. Также проводится выбор правильной техники ведения родов. В первые часы после рождения у ребенка обследуют состояние его органов, ткани, нервной системы. Все эти мероприятия от мониторинга состояния беременной женщины до выхаживания ребенка с нарушениями в развитии обеспечивают комплексный подход в проведении медицинского аспекта реабилитации. Программа медицинской реабилитации тесно связана с программой психолого-педагогической реабилитации детей раннего возраста. Реабилитационные мероприятия желательно проводить в домашних условиях в тесном контакте с матерью.

Следует иметь в виду, что реабилитация ребенка должна носить комплексный характер. В ее реализации должны быть задействованы, как уже было замечено, многие специалисты: врач-педиатр, методист по лечебной гимнастике, логопед, психолог, социальный работник (педагог), которые обучают мать специальным коррекционным приемам выработки возрастных навыков у проблемного ребенка, вносят коррективы в предложенные упражнения.

При каждом дошкольном образовательном учреждении может быть организована группа кратковременного пребывания, где будет оказываться комплексная помощь ребенку раннего возраста с отклонениями в развитии, а также квалифицированная помощь его родителям.

Ранняя коррекция включает:

- скрининг-диагностику всех новорожденных с указанием фактора риска в карте развития ребенка;
- расширение деятельности кабинетов здорового ребенка в детских поликлиниках;
- целенаправленное наблюдение педиатром за темпом психофизического развития ребенка из группы риска по месту его жительства;
- оказание психолого-педагогической помощи родителям, имеющих детей с отклонением в развитии;
- раннее начало систематической коррекционной работы.

Ранняя коррекционная работа решает основные задачи:

- формирование характерных для данного возраста психологических новообразований и ведущих видов деятельности (развитие общения, предметно-игровых действий, самостоятельности в быту, развитие восприятия и наглядно-действенного мышления, развития речи и т.д.);

- создание условий для коррекции как общих, так и специфических отклонений в развитии (совершенствовать и развивать общие движения, ручную и мелкую моторику, способствовать социальному развитию, формировать предметную и предметно-игровую деятельность и т. д.).

При общении с детьми младенческого возраста взрослый должен направлять свои усилия на удовлетворение потребностей ребенка в движениях, эмоциональном насыщении, в знакомстве с новыми предметами. Коррекционная работа с детьми младенческого возраста заключается также в развитии функций руки и сенсорно-двигательных координаций в процессе манипулирования, подражания и эмоционально-делового общения, в активизации лепета.

С наступлением раннего возраста и изменением ведущих мотивов и ведущей деятельности взрослый создает условия для развития у ребенка познавательной активности, направленной на исследование свойств объектов и их функционального назначения (Что можно с ним сделать? В чем его значение?). Решающее значение имеет совместная предметно-игровая деятельность, которая является предпосылкой успешного развития высших психических функций: восприятия, речи, мышления, памяти, эмоций, мотивации; обогащения сенсорного опыта. Значимым компонентом содержания взаимодействия на данном этапе детства является удовлетворение потребности ребенка в признании его достижений, что способствует формированию у него образа «Я» и «Я-сознание».

Абилитационную программу помощи следует вести в следующих направлениях: диагностическое, коррекционно-воспитательное. В *диагностическом* направлении ведущим является медико-психолого-педагогическое изучение ребенка в целях, с одной стороны, уточнения диагноза при динамическом наблюдении коррекционно-воспитательной работы, с другой, - разработки индивидуальной программы развития ребенка с постоянной корректировкой программы. Следующее направление – *коррекционно-воспитательное* должно быть направлено на исправление и развитие компенсаторных механизмов становления психики и деятельности проблемного ребенка, а также на предупреждение вторичных отклонений в развитии его познавательной сферы, формирование всех видов деятельности, характерных для данных возрастных этапов, поведения и личностных ориентиров. Коррекционно-воспитательное направление решает также задачи социализации, максимального уровня самореализации, становления нравственных ориентиров в деятельности и поведении. Коррекционные занятия ведут дефектологи, социальные работники, логопеды и носят как групповой, так и индивидуальный характер. Коррекционно-воспитательная работа проводится с психологическим сопровождением, для чего необходимо организовать комнату психологической разгрузки. Коррекционно-воспитательная работа проводится также в тесном контакте с медицинской абилитацией, которая включает медикаментозную терапию, физиолечение, электро-, свето-, лазеро-, магнитотерапию, водолечение, природотерапию, жемчужные ванны, массаж, диетотерапию, фитолечение, лечебную гимнастику. Регулярный врачебный контроль позволит вносить своевременные корректировки в программу индивидуального развития ребенка. Большое внимание должно уделяться развитию двигательных навыков малышей посредством мягких модулей: матов, горок-скаток, бревен, максимально использовать коррекционные игры с гигантскими мячами, мячами-модулями, сухие бассейны. Можно использовать также ходунки, качели, напольные манежи.

Отмечая ключевую позицию медицинских работников в профилактике детской инвалидности и предотвращения рождения ребенка с нарушениями в развитии, особенно на этапе раннего распознавания, комплексной диагностики и организации полноценного выхаживания младенцев с врожденными дефектами и относящихся к группе повышенного риска, следует обозначить главную роль педагогов-дефектологов в системе абилитации.

4.4. Работа с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями

Важнейшей составляющей в системе социальных институтов коррекционной направленности является семья. Именно семья создает среду, в которой проходит процесс первичной социализации ребенка; именно в семье проецируется модель межличностных отношений, формируются ценностные ориентации личности, стиль взаимоотношений с окружающей средой.

Для любой семьи рождение ребенка с отклонением в развитии – это величайшая трагедия. Рождение больного ребенка является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, и, в первую очередь, матерью. Стресс оказывает сильное травмирующее

воздействие на психику родителей, приводит к чувству внутреннего дискомфорта, к различным проявлениям вегетососудистой дисфункции.

Специалисты выявили несколько различных аспектов особенностей таких семей (В. В. Ткачева). Так, на психологическом уровне эмоциональный стресс матери отражается, прежде всего, во взаимоотношениях с супругом. Рождение больного ребенка может усилить и проявить скрытый внутренний конфликт между членами семьи.

В социальном плане могут происходить следующие изменения. Семья становится малообщительной, сужает круг своих знакомых и ограничивает общение с родственниками в силу состояния ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей.

Вследствие сильных нервных перегрузок у матери больного ребенка могут проявляться различные соматические заболевания. Психотравмирующая ситуация, обусловленная рождением в семье ребенка с отклонением в развитии, рассматривается специалистами как фрустрирующая личность матери. Так, в частности, психиатры отмечают у 60% матерей, воспитывающих ребенка с детским церебральным параличом (ДЦП), проявления депрессивной симптоматики в различных формах (В. В. Ткачева).

По статистике, до 50% семей, у которых родился ребенок с отклонением в развитии, распадаются. Одну из главных причин этого явления специалисты видят именно в резком падении после рождения ребенка-инвалида их социального статуса.

Чтобы постоянно быть рядом со своими детьми, матери теряют работу по специальности, чтобы ухаживать за своим малышом, или же устраиваются на низкооплачиваемую, неквалифицированную работу, чаще надомного характера.

Аффективная напряженность матери, возникающая при рождении больного ребенка, неблагоприятно влияет на взаимоотношение матери с ребенком. Такая мать редко улыбается, непоследовательна, неровна в обращении со своим ребенком, постоянно напряжена, скована. Ребенок же в такой ситуации растет нервным, беспокойным, требует к себе постоянного внимания. Но присутствие матери его не успокаивает, а напротив, еще больше возбуждает. Постепенно формируется болезненная зависимость «мать-ребенок», что значительно ухудшает процесс социализации ребенка.

Перечисленные проблемы говорят о возросшей значимости социальной адаптации не только ребенка с патологией, но и семьи, в которой он воспитывается. В сегодняшней экономической ситуации воспитание в семье детей с отклонениями в развитии является сложной задачей и, естественно, что такие семьи испытывают значительные *материальные и моральные трудности*. По данным выборочных исследований, всего 5 % родителей в таких семьях относятся к категории высокооплачиваемых. 36% родителей не имеют постоянного места работы. Мать в этих семьях лишена возможности полноценно работать. Примерно в каждой пятой семье мать не работает из-за того, что не с кем оставить ребенка, а учреждения с дневным пребыванием для детей-инвалидов отсутствуют. В каждой десятой семье мать имеет случайные заработки. Надомные формы труда в настоящее время развиты недостаточно, предприятия не идут на утверждение гибкого трудового графика и предоставление права на неполный рабочий день для матери ребенка-инвалида. На втором месте находятся *проблемы обучения и реабилитации ребенка средствами образования*. При интернатной форме обучения дети в течение как минимум пяти дней в неделю оторваны от семьи. В результате происходит отчуждение семьи от активного процесса воспитания, что сказывается на изолированности семейной системы от нужд и потребностей ребенка. С другой стороны, дети с тяжелой степенью инвалидности находятся за пределами образовательного пространства и направляются в интернаты системы социального обеспечения. Предусмотрена форма надомного обучения, при которой часто на первый план выступают проблемы изоляции от сверстников, выключения из социума. На третье место среди основных проблем семей, имеющих детей с отклонениями в развитии, сами родители при опросах выдвигают *получение полноценной медицинской помощи и социально-бытового обслуживания*. Нуждаемость таких семей в *психологической поддержке*, по разным источникам, составляет лишь 3,5%, что объясняется непривычностью такого рода помощи

для нашего общества, несформированностью соответствующей потребности, боязнью вмешательства в интимную жизнь семьи. Очень низка и правовая самостоятельность семьи, имеющей ребенка-инвалида. Родители плохо ориентируются в быстро меняющемся законодательстве, зачастую не знают, на какие льготы они могут рассчитывать. На сегодняшний день существует достаточное множество различных нормативных актов, которыми определяется отношение общества, государства к инвалидам, и отношения инвалидов с обществом, государством. Многие положения этих актов создают надежное правовое поле жизнедеятельности и социальной защищенности как детей-инвалидов, так и их семей.

Специалисты на основе обследования семей, воспитывающих ребенка с отклонением в развитии, указывают на необходимость целенаправленной работы с родителями проблемных детей.

В социальной работе с такой категорией семей предлагаются следующие направления:

а) *диагностическое* с целью изучения особенностей семейного воспитания, разработки и реализации индивидуальных программ помощи семье;

б) *просветительское* с целью расширения представлений об особенностях развития детей с патологией и методах коррекционно-развивающей работы с ними;

в) *педагогической коррекции* детско-родительских отношений, повышения роли отца в воспитании ребенка;

г) *психокоррекционное*, направленное на гармонизацию семейных отношений, повышение чувства уверенности в своих силах, улучшение психологического климата в семье;

Если еще в начале 90-х годов XX века семьи, имеющие детей-инвалидов, были отдалены практически от общества и самостоятельно справлялись со своими проблемами, то сейчас заметны усилия общества, направленные на адаптацию, реабилитацию таких семей. Налицо позитивная тенденция к приобщению детей с ограниченными возможностями к среде здоровых сверстников, насыщению их жизни яркими событиями. Родители, в свою очередь, в сотрудничестве со специалистами и другими родителями обогащаются эмоционально, учатся преодолевать трудности, связанные с проблемами их детей. Это помогает им легче переносить свои тяготы, побороть чувство беспомощности, одиночества.

В методике психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, выделяются два основных направления: *педагогическое и психокоррекционное*, которые реализуются в индивидуальной и групповой формах.

Основными целями психокоррекционной работы являются создание благоприятного психоэмоционального климата, формирование положительных установок в сознании родителей. Психокоррекционная работа должна быть направлена на гармонизацию родительско-детских, внутрисемейных отношений, на коррекцию неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей детей-инвалидов, на формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Педагогическое направление предусматривает обучение родителей больного ребенка методическим приемам коррекционной педагогики, участие в образовательно-воспитательном процессе. В целях оказания консультаций, информированности людей о своих правах необходимы специализированные службы, призванные решать задачи социальной помощи указанной категории населения. Подобные службы можно организовывать на базе специальных (коррекционных) школ под руководством заместителей директора по социальной защите либо при реабилитационных центрах, а также при группах кратковременного пребывания при дошкольных образовательных учреждениях. Такие школы специализированной помощи могут помочь родителям детей с ограниченными возможностями и детей-инвалидов обрести достойный социальный статус, что в значительной степени укрепляет психологический климат в семье.

4.5. Реабилитационная помощь детям с ограниченными возможностями в центре психолого-педагогической диагностики и реабилитации детей и подростков

Дети с нарушениями развития представляют собой разнородную группу по причинам, формам, степенями выраженности нарушения и нуждаются в индивидуализированной, комплексной специализированной коррекционной помощи, максимальной реабилитации и ранней социальной интеграции, которая возможна при условиях: раннем выявлении проблемных детей, изучения распространенности тех или иных форм дизонтогенеза, интереса и потребностей родителей, образовательных учреждений и социума в отношении таких детей, обеспечения комплексной диагностики, коррекции и компенсации целостного развития детей по индивидуальным программам, социальном адаптировании детей уже в дошкольный период жизни, обеспечении преемственности и подготовки их к школьному обучению, оказания комплексной медико-социальной, социально-правовой, коррекционно-педагогической помощи и психологической поддержки детям с проблемами в развитии.

Организационной формой оказания такой помощи являются центры психолого-педагогической диагностики и реабилитации детей и подростков. В структурной организации таких центров выделяются несколько направлений: диагностическое, учебно-воспитательное, коррекционно-оздоровительное. Реабилитационные центры должны быть ориентированы на оказание специализированной помощи разным категориям детей и подростков, обеспечения всесторонней комплексной диагностики личности, предоставление возможности оптимального развития, коррекционно-педагогической и социально-психологической поддержки, а также оказания помощи родителям и педагогам. Такие центры позволяют также обеспечить координацию усилий специалистов различных профилей: врачей-психиатров, педиатров, невропатологов, педагогов-дефектологов (сурдопедагогов, тифлопедагогов, логопедов, олигофренопедагогов и др.), психологов, юристов. Диагностическое направление осуществляет диагностическую, исследовательскую работу, направленную на изучение личностных особенностей детей к выработке рекомендаций для их максимальной реабилитации. В условиях таких центров создаются условия для коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями. Для осуществления коррекционно-оздоровительных мероприятий организуются коррекционные студии, система специальных кабинетов по лечебно-профилактической и оздоровительной работе, кабинет психоэмоциональной разгрузки, кабинет ЛФК и лечебно-укрепляющего массажа, кабинет спецтерапии, физиотерапии, медицинский и процедурный кабинеты. В других случаях, например, в структуре центра медико-педагогической реабилитации основными подразделениями являются: школа индивидуального обучения, лечебно-профилактический комплекс, медико-психолого-педагогический консилиум, психокоррекционное отделение, комплекс социально-трудовой реабилитации, комплекс креативной реабилитации.

Коррекционное воспитание – создание условий для приспособления к жизни в социуме, преодоление или ослабление недостатков или дефектов развития отдельных категорий людей в специально созданных для этого организациях.

Задачи и содержание коррекционного воспитания зависят от характера и степени тяжести аномалии в развитии ребенка. В наиболее тяжелых случаях речь может идти лишь об элементарном приспособлении ребенка к жизни в ближайшем социуме (например, обучение гигиеническим умениям, умениям самостоятельно принимать пищу и т. п., детей, страдающих глубокой умственной отсталостью и некоторыми другими видами аномалий развития). В менее тяжелых случаях, не связанных с органическими поражениями систем и органов, речь идет о максимально возможном для конкретной аномалии и конкретного ребенка коррекции дефектных функций и параллельной адаптации ребенка к жизни в доступных пределах. Особое значение имеет развитие и использование компенсаторных возможностей ребенка. Так, глухих детей учат произношению, словесной речи, чтению. Слепого ребенка учат ориентироваться в пространстве, восприятию окружающего мира при

помощи осязания и слуха. Очень важным аспектом коррекционного воспитания становится работа с семьей и ближайшим окружением, ибо от них зависит, получают ли они подкрепление усилиями, прилагаемые воспитателями, или, наоборот, они будут блокироваться. Коррекционное воспитание становится более эффективным в том случае, если в обществе создаются условия для вовлечения детей, подростков, юношей (да и взрослых) в участие в различных сферах социальной практики. В последнее десятилетие развернулась большая работа по вовлечению инвалидов в спортивные соревнования, конкурсы музыкантов, умельцев и т. д. Все это способствует их социальной реабилитации. Так, для реабилитации аутичных детей в комплексной коррекционной работе специалистами предложены следующие направления деятельности:

психологическая коррекция, которая включает установление контакта со взрослыми, смягчение фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги и страхов, стимуляцию психической активности, направленной на воздействие со взрослыми и сверстниками, формирование целенаправленного поведения, преодоление отрицательных форм поведения. Работу по данному разделу осуществляет психолог.

Педагогическая коррекция. В зависимости от уровня развития нервной системы, знаний и умений аутичного ребенка, характера его пристрастий и интересов создается индивидуальная программа его обучения. Опираясь на данные исследования психолога, педагог ведет собственное обследование, определяет конкретные задачи обучения, вырабатывает методику работы.

Выявление и развитие творческих способностей детей. Музыка – важная область для аутичного ребенка, дающая ему массу положительных эмоций, а пение зачастую является началом речи.

Развитие общей моторики. Лечебная физкультура обязательна и незаменима. В связи с недоразвитием вестибулярного аппарата особое значение приобретают упражнения на равновесие, координацию движений, ориентировку в пространстве.

Работа с родителями аутичных детей. В комплекс работы с родителями входят: психотерапия членов семьи, ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка с РДА, обучение методам воспитания аутичного ребенка, организации его режима, привития навыков самообслуживания, подготовке к школе.

Социальная реабилитация – комплекс мер медицинского, социального, образовательного и профессионального характера, направленных на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности. Процесс социальной реабилитации направлен не только на восстановление способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, но и самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам. Осуществление социальной реабилитации характеризуется комплексностью, последовательностью. В зависимости от профиля нарушения развития определяются важнейшие направления реабилитационной деятельности: диагностическое, медико-социальное, профессионально-трудовое, социально-психологическое, социально-педагогическое. Основными видами реабилитации инвалидов являются: медицинская, социально-средовая, профессионально-трудовая, психолого-педагогическая.

Выпадение детей с ограниченными возможностями из культурно и социально обусловленного пространства вследствие нарушения адекватных взаимосвязей со средой обусловливается несоответствием социопсихологического и психофизиологического статуса ребенка требованиям социальной ситуации. И без надежного социального диагноза вряд ли возможно говорить о построении каких-либо индивидуальных коррекционно-развивающих программ.

Первым этапом диагностики является *предварительное ознакомление с исследуемым объектом*. Сбор первичной информации, накопление материала, характеризующего сущность исследуемого объекта, пополнение базы данных имеет огромное значение для последующей работы с ребенком. Второй этап диагностики – *общая диагностика*. Этот этап

включает комплекс методов по изучению объекта: наблюдение, беседу, анкетирование, интервью, личностный опросник, мониторинг. *Наблюдение* как метод применяется при изучении внешних проявлений поведения людей, без активного вмешательства в их деятельность. Метод *беседы* применяется для получения и корректировки информации на основе вербальной (словесной) коммуникации. *Анкетирование* – метод множественного сбора информации путем опроса респондентов (испытуемых). *Интервью* представляет собой индивидуальный опрос респондентов по заранее определенной теме. *Личностный опросник* характеризуется использованием стандартизированной анкеты, содержащей вопросы, на которые респондент дает либо положительный, либо отрицательный ответ. *Мониторинг* определяется как организация прогнозируемого отслеживания состояния исследуемой проблемы и проводится посредством апробированных тестов для изучения личности, социологических и статистических методов (социометрии, компьютерных технологий сбора и обработки данных и др.), анализа документации (медицинской, педагогической и др.) и продукции деятельности индивидуума (речевой, рисуночной, графической и т.д.).

Третий этап диагностики – *специальная диагностика*. Специальная диагностика дополняет и углубляет результаты общей диагностики. Методы, применяемые в специальной диагностике, идентичны методам общей диагностики, но более конкретизированы. На этом этапе завершается последний этап диагностики и начинается разработка конкретных индивидуальных коррекционных программ развития и социального восстановления личности ребенка с ограниченными возможностями.

Медицинская реабилитация включает в себя комплекс мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности. К таким мерам относятся санаторно-курортное лечение, профилактика осложнений, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, физиотерапия, лечебная физкультура, грязелечение, психотерапия и др. Государство гарантирует инвалидам обеспечение всех видов медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение. Все это должно осуществляться бесплатно или на льготных условиях в соответствии с законодательством РФ и законодательством ее субъектов.

Эффективность лечебно-оздоровительной работы во многом зависит от дифференцированного подхода к каждому ребенку, с учетом ведущего нарушения в его развитии, вторичных и осложняющих расстройств нервно-психической деятельности, сохранных функций и генетической программы. Комплекс лечебно-оздоровительной работы включает организацию общего и индивидуального для каждого ребенка режима, режим питания и диетотерапию, медикаментозное лечение, лечебную гимнастику, массаж, физио-, свето-, фито-, лазеро-, магнитотерапию, ортопедические мероприятия, психотерапию и т. д. В общей системе лечебных и коррекционных мероприятий необходимо соблюдение индивидуально разработанного для каждого ребенка режима. Не менее важной частью является полноценное питание. При организации питания необходимо учитывать возраст ребенка и характер его заболевания. В одних случаях необходимо включение дополнительных ингредиентов, в других – напротив, следует исключить из типового рациона различных продуктов питания. При некоторых заболеваниях диетопитание может быть основным методом лечения (фенилкетонурия).

Применительно к детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата используются ортопедические мероприятия. При двигательных нарушениях одним из регулирующих лечения является лечебная гимнастика и массаж. На улучшение состояния нервной системы, всего организма влияет физиотерапия (водотерапия, грязевые аппликации, горячее укутывание, другие физиотерапевтические средства). С целью стимуляции развития детей и улучшения компенсаторных возможностей мозга, лечения остаточных проявлений органического поражения центральной нервной системы (повышение внутричерепного давления, параличи и парезы конечностей, судорожный синдром, синдром двигательной расторможенности и эмоциональной возбудимости, нарушения слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и т. д.) применяется медикаментозное лечение. Лечение для каждого

ребенка дифференцировано и проводится строго по назначению и под наблюдением врача.

В комплексной реабилитационной программе следует активно привлекать родителей к работе со своим ребенком. Родители при соответствующем руководстве могут преодолевать стрессовые состояния. В качестве основного метода лечения может применяться психотерапия. Психотерапия – это комплексное лечебно-педагогическое воздействие на психику с целью устранения болезненных проявлений и их предупреждений, развитие активного отношения к себе, к своему дефекту и окружающей среде. Психотерапия с детьми с отклонениями в развитии тесно связана с лечебно-оздоровительными коррекционными мероприятиями обучения, воспитания. Психотерапия – это сочетание лечебной педагогики и воспитания личности. Коррекция и терапия – тесно связанные технологии, социальные процедуры. Слово «терапия» означает уход, заботу, лечение; следовательно, решение социальных проблем всегда связано с воздействием на человека, его поведение, деятельность, психику. В научной литературе принято различать понятие «психотерапия» в узком медицинском смысле слова как метод лечения, и в широком, подразумевающем организацию труда и быта.

Психотерапия сегодня применяется в работе кабинетов семейных отношений и социально-психологической помощи, в работе различных социальных служб. Психотерапия может осуществляться при непосредственном контакте с клиентом или опосредованно: с помощью звукозаписи, печатного слова, произведений искусств, музыки, радио, телефона, телевидения и др. средств. Наиболее сильное психотерапевтическое средство – живое слово, непосредственное общение. Главное в психотерапевтической деятельности – стремление раскрыть в человеке-клиенте резерв скрытых возможностей. В психотерапевтической деятельности необходим правильный диагноз, правильная диагностика заболевания, в свою очередь, обеспечивает подбор адекватных методов, которые должны чередоваться, либо применяться в комбинации. В психотерапевтической деятельности необходима обратная связь с клиентом, психотерапия всегда должна быть индивидуализированной, личностно и социально ориентированной. Широко применяются следующие методы психотерапии: суггестивная психотерапия, групповая, поведенческая, семейная, рациональная, самовнушение. Часто используются психоанализ, транзактный анализ, гештальт-терапия, аутогенная тренировка и др. Аутогенная тренировка (создатель – И. Г. Шульц, немецкий психолог) представляет собой упорядоченное использование специальных упражнений и психологических релаксаций, помогает управлять эмоциями, восстанавливать силы, работоспособность, снимать напряжение, преодолевать стрессовые состояния. Поведенческая психотерапия основана на принципах бихевиоризма, способствует изменению поведения ребенка под воздействием позитивного стимула, снимает дискомфорт, неадекватную реакцию. Тренинг как вид поведенческой психотерапии, обучает управлять своими эмоциями, принимать решение, учит коммуникативности, уверенности в себе. Рациональная психотерапия как метод включает приемы разъяснения, внушения, эмоционального воздействия, изучения, коррекцию личности, логическую аргументацию. Активно используется трудотерапия как звено, соединяющее человека с социальной действительностью. По сути, это лечение занятостью, предохранение от личностного распада, создание условий для межличностного общения.

Социально-средовая реабилитация детей-инвалидов – это комплекс мер, направленных на создание оптимальной среды их жизнедеятельности, обеспечение условий для восстановления социального статуса. Такая реабилитационная деятельность нацелена на обеспечение инвалидов специальным оборудованием и оснащением, которое позволяет им стать относительно независимым в бытовом аспекте. Создание безбарьерной среды (строительство пандусов, специальных съездов и др. приспособлений во внешней среде, специальные поручни, расширенные межкомнатные дверные проемы и др. во внутренней среде) являются условиями для интеграции инвалидов в общество.

Под профессионально-трудовой реабилитацией понимается система гарантированных государством мероприятий по профориентации, профессиональному обучению и в дальнейшем трудоустройству инвалидов в соответствии с их здоровьем, квалификацией и личными склонностями. Профессиональное обучение проводится в обычных или специальных учебных заведениях, а также в системе производственно-технического обучения на предприятиях.

Специалисты справедливо считают, что реабилитация детей-инвалидов должна начинаться на самых ранних стадиях болезни, осуществляться непрерывно до достижения в минимально возможные сроки максимального восстановления или компенсации нарушенных функций. В индивидуальных комплексных программах реабилитации детей-инвалидов должны быть отражены не только основные аспекты реабилитации (медицинская, психологическая, педагогическая, социальная, социально-бытовая), но и реабилитационные меры, их объем, сроки проведения и контроль.

В детских домах, школах-интернатах для детей с ограниченными физическими возможностями сосредоточен контингент с различной степенью поражения опорно-двигательного аппарата. Здесь для их реабилитации наряду со спортивно-оздоровительной работой применяется профессионально-трудовое обучение. В интернатах создаются учебно-производственные мастерские преимущественно двух профилей: столярное и швейное дело. Во многих интернатах детей-инвалидов обучают профессиям бухгалтера, машиниста с основами делопроизводства.

Проблемной стороной реабилитационного процесса в условиях дома-интерната для детей с ограниченными возможностями является его определенная замкнутость, что, в свою очередь, также создает определенные трудности в социализации детей, осложняет их адаптацию в обществе. Такие проблемы эффективнее решаются в реабилитационных центрах для детей и подростков с ограниченными возможностями. Примерное положение об этих центрах утверждено Министерством социальной защиты населения Российской Федерации в декабре 1994 года. В соответствии с ним целью деятельности центра является не только оказание детям с отклонениями в психофизическом развитии квалифицированной медико-социальной, психологической, социально-педагогической помощи, но и обеспечение их максимально полной и своевременной адаптации к жизни в обществе, семье, к обучению труду. В некоторых реабилитационных центрах обучение детей-инвалидов школьного возраста в системе дополнительного образования проводится в коллективе их здоровых, нормально развивающихся сверстников. Первые учились не стесняться своего недуга, у них быстрее формировались необходимые коммуникативные знания, а вторые – видеть в своих товарищах по учебе полноценных людей. Но, к сожалению, не каждому инвалиду по карману оказываются расходы на прохождение отдельных курсов медицинской и социально-трудовой реабилитации. В этой связи заслуживает внимание опыт Австралии, где инвалид, проходя курс социально-трудовой реабилитации, получает надбавку к пенсии по инвалидности. И они практически полностью покрывают все расходы на эти цели.

Социально-педагогическая деятельность по поддержке лиц с ограниченными возможностями - это непрерывный педагогический процесс социального воспитания с учетом специфики развития личности человека с особыми потребностями на разных возрастных этапах и при участии всех социальных институтов. Л. С. Выготский предупреждал, что отклонения в развитии приводят к «выпадению» из социального и культурного пространства, к нарушению связи с социумом, культурой как с источником развития. Поэтому организация социально-педагогической деятельности по поддержке лиц с ограниченными возможностями - это построение образовательного пространства. Она осуществляется усилиями различных специалистов, но ведущая и интегрирующая роль в этом процессе принадлежит социальному педагогу. Свою деятельность социальный педагог осуществляет во взаимодействии с представителями всех социальных институтов: педагогами, психологами, врачами, социальными работниками, сотрудниками правоохранительных органов, трудовыми коллективами, родителями и другими

заинтересованными лицами. Содержание работы социального педагога включает следующие направления:

- формирование здоровых, гуманных отношений в социуме;
- содействие саморазвитию личности;
- оказание помощи в социальной адаптации и реабилитации учащихся и выпускников;
- направление усилий на оздоровление и нормализацию отношений в семье;
- решение личных и социальных проблем учащегося;
- выявление и разрешение конфликтных ситуаций в межличностных отношениях;
- организация правового просвещения педагогов, учащихся, разъяснение их прав и обязанностей;
- представление интересов учащихся от имени специального (коррекционного) учреждения в органах внутренних дел или в суде;
- патронаж детей, нуждающихся социально-педагогической помощи.

Важнейшим аспектом инновационной стратегии в организации специализированной помощи детям с ограниченными возможностями является образование принципиально новых форм учреждений, работающих на междисциплинарной основе. Это комплексные психолого-медико-педагогические консультации, реабилитационные и психолого-медико-социальные службы. В системе Министерства труда и социального развития РФ существует сеть специальных учреждений для детей с инвалидностью. Это дома-интернаты для детей с глубокой умственной отсталостью, детские дома для детей с тяжелыми физическими отклонениями, специальные ПТУ, психоневрологические интернаты. В этих интернатах помимо медицинских программ реабилитации вводятся программы развития познавательных возможностей детей и подростков, привития трудовых и социально-бытовых навыков и умений.

4.6. Особенности содержания и организации коррекционно-развивающего образовательного процесса в условиях различных организационных форм

Содержание образования является одним из факторов экономического и социального прогресса общества и должно быть ориентировано на обеспечение самоопределение личности, создание условий для её самореализации, на развитие гражданского общества и на укрепление и совершенствование правового государства. Содержание образования должно обеспечить формирование у обучающегося адекватной современному уровню знаний и уровню образовательной программы (ступени обучения) картины мира; адекватный мировому уровень общей и профессиональной культуры общества; интеграцию личности в системе мировой и национальных культур.

4.6.1. Особые образовательные потребности и условия

Особые образовательные потребности – это потребности в организации специального педагогического процесса, позволяющего преодолевать имеющиеся ограничения возможностей. Особые образовательные потребности имеют социогенный характер.

Специальный образовательный процесс протекает в специальных образовательных условиях, включающих:

- ✓ Наличие современных общеобразовательных и коррекционно-развивающих программ;
- ✓ Учет особенностей развития каждого ребенка, индивидуальный педагогический подход;
- ✓ Адекватную среду жизнедеятельности;

- ✓ Проведение коррекционно-педагогического процесса специальными педагогами и психологическое сопровождение образовательного процесса специальными психологами;
- ✓ Предоставление медицинских, психологических и социальных услуг.

4.6.2. Уровни образования и специальный образовательный стандарт

Дети с особыми образовательными потребностями могут осваивать **разные уровни образования** – это зависит:

- От имеющихся интеллектуальных возможностей;
- Качества и своевременности создания специальных образовательных условий.

Глубоко умственно отсталые дети осваивают в основном программы среднего и социального адаптирования. Другие группы детей с отклонениями в развитии способны получить общее среднее и среднее и высшее профессиональное образование.

Содержание специального образования – педагогически адаптированная система знаний, умений и навыков, опыта творческой деятельности и эмоционально-целостного отношения к миру, усвоение которой обеспечивает развитие ребенка с особыми образовательными потребностями. На специальном образовательном стандарте основывается разработка содержания специального образования. Он отражает требования к общеобразовательной подготовке, коррекционно-развивающей, профилактической и оздоровительной работе, а также к трудовой и начальной профессиональной подготовке лиц с особыми образовательными потребностями. Содержание специального образования обусловлено спецификой отклонений и возрастными особенностями. При разработке требований стандарта учитываются общие и специфические недостатки развития. Для преодоления недостатков предусматриваются изменения в содержании общеобразовательных предметов, коррекционно-развивающие предметы и занятия (например, для слепых – занятия по обучению ориентировки в пространстве, для слабослышащих – уроки предметно-практического обучения, занятия по обучению произношению, для детей с нарушением интеллекта – уроки социально-бытовой ориентировки и др.).

4.6.3. Принципы, задачи и методы (технологии) специального образования

Характер и особенности организации коррекционно-образовательного процесса определяются системой наиболее существенных требований (принципов). Основными принципами специального образования являются следующие:

- ✓ Принцип педагогического оптимизма;
- ✓ Принцип ранней педагогической помощи;
- ✓ Принцип коррекционно-компенсирующей направленности образования;
- ✓ Принцип социально-адаптирующей направленности образования;
- ✓ Принцип развития мышления, языка и коммуникации как средства специального образования;
- ✓ Принцип деятельностного подхода в обучении и воспитании;
- ✓ Принцип дифференцированного и индивидуального подхода;
- ✓ Принцип необходимости специального педагогического руководства.

Методы специального образования – это психолого-педагогические способы помощи в становлении и развитии личности человека с ограниченными возможностями (Н.М. Назарова). Составными частями метода являются разнообразные приемы обучения и воспитания. В процессе обучения детей с отклонениями развития используются методы:

- Организации и осуществления учебно-познавательной деятельности;

- Стимулирования и мотивации учения;
- Контроля и самоконтроля.

Отбор методов специального образования должен проводиться в соответствии с природой образовательных потребностей детей. Так, основными методами обучения являются наглядно-практические методы, словесные методы обучения применяются как дополнительные, особенно на начальных этапах обучения. В специальном образовании ведущими методами и приемами являются упражнения, приучение, воспитывающие ситуации, методы арт-терапии и ряд других.

Совокупность психолого-педагогических установок, определяющих подбор и компоновку форм, методов, способов, приемов и средств, является определенным инструментарием педагогического процесса (технологией). Педагогическая технология реализуется в конкретных технологических процессах. В специальной педагогике применяются различные технологии, как более общие, так и частные (например, технология формирования правильного звукопроизношения).

4.6.4. Формы и средства специального обучения

Основные формы организации обучения: индивидуальная (индивидуально-групповая), групповая (подгрупповая), фронтальная, классно-урочная. Классно-урочная форма – основная форма организации учебного процесса, предполагает твердо регламентированный режим учебно-воспитательной работы. Индивидуальная форма целесообразна, когда у ребенка наблюдаются тяжелые и множественные нарушения в развитии или специфика коррекционных занятий требует постоянной индивидуальной поддержки, контроля, многократности повторения.

Для решения образовательных задач и в соответствии с процессами специального образования выбираются методически обоснованные пути (средства) обучения. Выделяют следующие функции средств обучения: компенсаторную, адаптивную, информативную, интегративную, инструментальную. Средствами специального обучения и воспитания являются наглядные пособия, учебная литература, технические средства, живое слово учителя, собственная деятельность детей, виды искусства, педагогические ситуации, природная среда и окружающая обстановка и др.

В специальном образовании применяются такие средства коммуникации и обучения, как тактильная и жестовая речь, различные виды искусства с целью коррекции психосоматических расстройств, воздействия на когнитивную и эмоционально-волевую сферу, регуляции поведения и т.п.

4.7. Требования к личности педагога-дефектолога

Ключевым звеном коррекционно-образовательного процесса является педагог-дефектолог. Это дипломированный специалист с высшим профессиональным образованием, прошедший подготовку по дефектологическим специальностям (тифлопедагогика, сурдопедагогика, олигофренопедагогика, логопедия, специальная дошкольная педагогика, специальная психология), или по направлению бакалавриата «Специальное (дефектологическое) образование». Кроме базовой подготовки, чтобы стать дефектологом, можно, имея высшее, желательно педагогическое образование, получить вторую специальность или пройти переподготовку в институтах дополнительного и последиplomного образования. К педагогам системы специального образования также относятся воспитатели, музыкальные руководители, инструкторы по лечебной физкультуре и др. специалисты, осуществляющие педагогическую деятельность. Профессию воспитателя

групп детей с особыми образовательными потребностями можно получить в педагогических колледжах.

Основными сферами профессиональной деятельности педагога-дефектолога являются:

- Профилактика различных отклонений в развитии;
- Диагностика и консультирование;
- Педагогическое просвещение;
- Участие в психологической и психотерапевтической помощи;
- Коррекционная образовательная и социально-педагогическая деятельность
- Организация и руководство специальным образованием;
- Преподавательская деятельность;
- Научно-исследовательская деятельность

Педагоги-дефектологи выполняют свои профессиональные обязанности в различных образовательных учреждениях как специальных, так и общего назначения, детских домах и интернатах, центрах помощи инвалидам, психолого-медико-педагогического сопровождения, реабилитационных учреждениях, осуществляют индивидуальное обучение и воспитание на дому.

Наиболее значимые профессиональные и личностные качества, которыми должен обладать дефектолог:

- ✓ Педагогическая направленность – свойство личности педагога, комплекс установок на работу с детьми, имеющими отклонения в развитии, а также профессиональные интересы, профессиональное самосознание;
- ✓ Эмпатия – способность отзываться на переживания другого, сопереживать с ним в процессе взаимодействия, общения;
- ✓ Педагогический такт – чувство меры, проявляющееся в умении держать себя подобающим образом, сохранять личное достоинство, не ущемлять самолюбие детей, родителей, коллег по работе;
- ✓ Педагогическая зоркость – способность педагога фиксировать существенное в развитии ребенка, видеть перспективы, динамику в становлении личности каждого ребенка;
- ✓ Педагогический оптимизм основывается на глубокой вере педагога в возможности каждого ребенка с особыми образовательными потребностями, в результативность специального образовательного процесса;
- ✓ Педагогическая рефлексия – самоанализ проделанных шагов, оценка полученных результатов, соотнесение их с поставленной целью.

Также у дефектолога не должно быть дефектов речи, специалист должен уметь четко выражать свои мысли, выстраивать конструктивное общение с «особыми» людьми и их близкими, устанавливать контакт в ситуациях, где привычная коммуникация невозможна или ограничена.

5. КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ВВЕДЕНИЕ В ДЕФЕКТОЛОГИЮ»

5.1. Вопросы к зачету

1. Предмет и задачи специальной педагогики и специальной психологии.
2. Современные критерии отклоняющегося и нормального развития.
3. Виды психического дизонтогенеза.
4. Теории компенсации дефекта. Л.С. Выготский о дефекте и компенсации.
5. Понятие органической и функциональной патологии. Причины отклонений в развитии.
6. Умственная отсталость, формы и степени выраженности.
7. Дети с задержкой психического развития, общая характеристика.
8. Дети с недостатками слуха, классификация.
9. Дети с недостатками зрения, классификация.
10. Дети с ДЦП, формы ДЦП.
11. Особенности развития детей с недостатками слуха и зрения.
12. Психологические особенности детей с ДЦП.
13. Психологическая характеристика детей с эмоционально-волевыми нарушениями.
14. Проблема интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общество.
15. Система коррекционной помощи и реабилитации детей с ОВЗ в России.
16. Дети с первичными нарушениями речевого развития.

5.2. Итоговый тест

Вариант 1

Задание 1. Выберите правильный вариант ответа. ЗПР, обусловленная неблагоприятными условиями развития ребёнка относится к группе

- 1). психогенных задержек развития;
- 2). соматогенных задержек развития;
- 3). конституциональных задержек развития;
- 4). церебрально-органических задержек развития;

Задание 2. Выберите правильный вариант ответа. Теория и практика обучения и воспитания лиц с отклонениями в интеллектуальном развитии называется:

- 1). тифлопедагогика;
- 2). олигофренопедагогика;
- 3). сурдопедагогика;
- 4). логопедия;

Задание 3. Отметьте правильный вариант. Система педагогических и лечебных мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития называется:

- 1). компенсация;
- 2). адаптация;
- 3). коррекция;
- 4). реабилитация;

Задание 4. Выберите правильный вариант ответа. Причины, вызывающие олигофрению, воздействуют на организм человека

- 1). в эмбриональный период;
- 2). в период родов;
- 3). в ранний период жизни;
- 4). все варианты верные;

Задание 5. Отметьте правильный вариант. Искажённый вариант психического дизонтогенеза наблюдается при

- 1).олигофрении;
- 2).деменции;
- 3).психопатии;
- 4).раннем детском аутизме;

Задание 6. Выберите правильный вариант ответа. Первыми специальными учебно-воспитательными заведениями в России были

- 1).учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 2).учреждения для детей с нарушениями речи;
- 3).учреждения для слепых и для глухих;
- 4).учреждения для умственно отсталых;

Задание 7. Выберите правильный вариант ответа. Основное формирования двигательных и сенсорных систем приходится на период

- 1).внутриутробного развития;
- 2).младенчества;
- 3).раннего дошкольного возраста;
- 4).среднего и старшего дошкольного возраста;

Задание 8. Отметьте правильный вариант. При обучении какой категории аномальных детей НЕ предусмотрено цензовое образование:

- 1).умственно отсталых;
- 2).с тяжёлыми нарушениями речи;
- 3).с ЗПР;
- 4).с сенсорными нарушениями;

Задание 9. Выберите правильный вариант ответа. Наиболее лёгкая степень умственной отсталости наблюдается при

- 1).дебильности;
- 2).имбецильности;
- 3).идиотии;
- 4).задержке психического развития;

Задание 10. Выберите правильный вариант ответа. Система лечебно-педагогических мероприятий, направленных на *первоначальное* формирование утраченной способности к чему-либо называется

- 1).реабилитация;
- 2).абилитация;
- 3).адаптация;
- 4).компенсация;

Задание 11. Выберите правильный вариант ответа. Теория и практика особого образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии называется

- 1).специальная психология;
- 2).психопатология;
- 3).специальная педагогика;
- 4).лечебная педагогика;

Задание 12. Выберите правильный вариант ответа. Современная отечественная система специального образования развивается в рамках модели

- 1).внутрисистемной интеграции;
- 2).дальнейшего разветвления системы дифференцированного образования;
- 3).инклюзивного (интегрированного) образования;
- 4).сочетания модели дифференцированного и интегрированного образования;

Задание 13. Отметьте правильный вариант. К эндогенным нарушениям развития относятся:

- 1).интоксикации плода;
- 2).родовая травма;
- 3).внутриутробное инфицирование плода;
- 4).хромосомные болезни;

Задание 14. Отметьте правильный вариант. Обучение и воспитание глухонемых детей осуществляется на

- 1).основе устно-речевого метода;
- 2).зрительно-кинестической основе;
- 3).тактильной основе;
- 4).зрительной основе;

Задание 15. Выберите правильный вариант ответа Окончательное функциональное развитие корковых отделов больших полушарий завершается к

- 1)3-5 годам;
- 2).7-8 годам;
- 3).10-12 годам;
- 4).15-17 годам;

Задание 16. Выберите правильный вариант ответа. Сложный процесс восстановления и замещения утраченных или нарушенных функций называется:

- 1).адаптация;
- 2).компенсация;
- 3).коррекция;
- 4).реабилитация;

Задание. 17. Выберите правильный вариант ответа. К группе органических причин, вызывающих отклонение в развитии, относится:

- 1).травматическое повреждение ЦНС;
- 2).эмоциональная депривация;
- 3).педагогическая запущенность;
- 4).стрессовая семейная ситуация;

Задание 18. Отметьте правильный вариант. Предметом специальной психологии является

- 1).различные варианты дизонтогенеза;
- 2).методы обучения аномальных детей;
- 3).причины отклонений в развитии;
- 4).дети с отклонениями в развитии;

Задание 19. Выберите правильный вариант ответа. К сурдотехническим устройствам относится:

- 1). «говорящие книги»;
- 2).слуховые аппараты;
- 3).специальные трости;
- 4).шрифт Брайля;

Задание 20. Выберите правильный вариант ответа. Теория и практика обучения лиц с нарушениями слуха называется:

- 1).логопедия;
- 2).дефектология;
- 3).сурдопедагогика;
- 4).тифлопедагогика.

Задание 21. Отметьте правильный ответ. Дифференцированное обучение и воспитание умственно отсталых детей осуществляется в школах

- 1). V вида;
- 2).VI вида ;
- 3).VII вида;
- 4). VIII вида;

Задание 22. Выберите правильный вариант ответа. Активное приспособление индивидуума к условиям социальной среды называется

- 1).реабилитация;
- 2).компенсация;
- 3).морфофункциональная адаптация;

4).социальная адаптация;

Задание 23. Выберите правильный вариант ответа. Факторами, влияющими на развитие аномального ребёнка, являются:

- 1).степень и качество первичного дефекта;
- 2).время поражения;
- 3).социальная ситуация развития;
- 4) все перечисленные факторы;

Задание 24. Исключите неверный ответ. К эндогенным причинам, вызывающим отклонения в развитии, относятся:

- 1).хромосомные болезни;
- 2).поражение эмбриона;
- 3).генетические изменения в генеративных клетках;
- 4).наследственно передающиеся генетические мутации.

Вариант 2

Задание 1. Выберите правильный вариант ответа

Окончательное функциональное развитие корковых отделов больших полушарий завершается к

- 1)3-5 годам;
- 2).7-8 годам;
- 3).10-12 годам;
- 4).15-17 годам;

Задание 2. Исключите неверный ответ. К эндогенным причинам, вызывающим отклонения в развитии, относятся:

- 1).хромосомные болезни;
- 2).поражение эмбриона;
- 3).генетические изменения в генеративных клетках;
- 4).наследственно передающиеся генетические мутации.

Задание 3. Выберите правильный вариант ответа. Теория и практика обучения и воспитания лиц с отклонениями в интеллектуальном развитии называется:

- 1).тифлопедагогика;
- 2).олигофренопедагогика;
- 3).сурдопедагогика;
- 4).логопедия;

Задание 4. Выберите правильный вариант ответа. Теория и практика обучения лиц с нарушениями слуха называется:

- 1).логопедия;
- 2).дефектология;
- 3).сурдопедагогика;
- 4).тифлопедагогика.

Задание 5. Отметьте правильный вариант. Система педагогических и лечебных мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития называется:

- 1).компенсация;
- 2).адаптация;
- 3).коррекция;
- 4).реабилитация;

Задание 6. Выберите правильный вариант ответа. ЗПР, обусловленная неблагоприятными условиями развития ребёнка относится к группе

- 1).психогенных задержек развития;
- 2).соматогенных задержек развития;
- 3).конституциональных задержек развития;

4).церебрально-органических задержек развития;

Задание 7. Отметьте правильный ответ. Дифференцированное обучение и воспитание умственно отсталых детей осуществляется в школах

- 1). V вида;
- 2). VI вида ;
- 3). VII вида;
- 4). VIII вида;

Задание 8. Выберите правильный вариант ответа. Основное формирования двигательных и сенсорных систем приходится на период

- 1).внутриутробного развития;
- 2).младенчества;
- 3).раннего дошкольного возраста;
- 4).среднего и старшего дошкольного возраста;

Задание 9. Отметьте правильный вариант. Предметом специальной психологии является

- 1).различные варианты дизонтогенеза;
- 2).методы обучения аномальных детей;
- 3).причины отклонений в развитии;
- 4).дети с отклонениями в развитии;

Задание 10. Выберите правильный вариант ответа. Причины, вызывающие олигофрению, воздействуют на организм человека

- 1).в эмбриональный период;
- 2).в период родов;
- 3).в ранний период жизни;
- 4).все варианты верные;

Задание 11. Выберите правильный вариант ответа. Сложный процесс восстановления и замещения утраченных или нарушенных функций называется:

- 1).адаптация;
- 2).компенсация;
- 3).коррекция;
- 4).реабилитация;

Задание 12. Отметьте правильный вариант. К эндогенным нарушениям развития относятся:

- 1).интоксикации плода;
- 2).родовая травма;
- 3).внутриутробное инфицирование плода;
- 4).хромосомные болезни;

Задание 13. Отметьте правильный вариант. Искажённый вариант психического дизонтогенеза наблюдается при

- 1).олигофрении;
- 2).деменции;
- 3).психопатии;
- 4).раннем детском аутизме;

Задание 14. Выберите правильный вариант ответа. Наиболее лёгкая степень умственной отсталости наблюдается при

- 1).дебильности;
- 2).имбецильности;
- 3).идиотии;
- 4).задержке психического развития;

Задание 15. Выберите правильный вариант ответа. Современная отечественная система специального образования развивается в рамках модели

- 1).внутрисистемной интеграции;
- 2).дальнейшего разветвления системы дифференцированного образования;
- 3).инклюзивного (интегрированного) образования;

4).сочетания модели дифференцированного и интегрированного образования;

Задание. 16. Выберите правильный вариант ответа. К группе органических причин, вызывающих отклонение в развитии, относится:

- 1).травматическое повреждение ЦНС;
- 2).эмоциональная депривация;
- 3).педагогическая запущенность;
- 4).стрессовая семейная ситуация;

Задание 17. Выберите правильный вариант ответа. Активное приспособление индивидуума к условиям социальной среды называется

- 1).реабилитация;
- 2).компенсация;
- 3).морфофункциональная адаптация;
- 4).социальная адаптация;

Задание 18. Выберите правильный вариант ответа. Первыми специальными учебно-воспитательными заведениями в России были

- 1).учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 2).учреждения для детей с нарушениями речи;
- 3).учреждения для слепых и для глухих;
- 4).учреждения для умственно отсталых;

Задание 19. Отметьте правильный вариант. При обучении какой категории аномальных детей НЕ предусмотрено цензовое образование:

- 1).умственно отсталых;
- 2).с тяжёлыми нарушениями речи;
- 3).с ЗПР;
- 4).с сенсорными нарушениями;

Задание 20. Выберите правильный вариант ответа. Система лечебно-педагогических мероприятий, направленных на *первоначальное* формирование утраченной способности к чему-либо называется

- 1).реабилитация;
- 2).абилитация;
- 3).адаптация;
- 4).компенсация;

Задание 21. Отметьте правильный вариант. Обучение и воспитание глухонемых детей осуществляется на

- 1).основе устно-речевого метода;
- 2).зрительно-кинестической основе;
- 3).тактильной основе;
- 4).зрительной основе;

Задание 22. Выберите правильный вариант ответа. Теория и практика особого образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии называется

- 1).специальная психология;
- 2).психопатология;
- 3).специальная педагогика;
- 4).лечебная педагогика;

Задание 23. Выберите правильный вариант ответа. К сурдотехническим устройствам относится:

- 1). «говорящие книги»;
- 2).слуховые аппараты;
- 3).специальные трости;
- 4).шрифт Брайля;

Задание 24. Выберите правильный вариант ответа. Факторами, влияющими на развитие аномального ребёнка являются:

- 1). степень и качество первичного дефекта;
- 2). время поражения;
- 3). социальная ситуация развития;
- 4). все перечисленные факторы;

6. ИНФОРМАЦИОННО-СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО КУРСУ «ВВЕДЕНИЕ В ДЕФЕКТОЛОГИЮ»

6.1. Концепция семейного воспитания «Особые дети в России»

Необходимость разработки концепции семейного воспитания ребенка с отклонениями в развитии обусловлена основными направлениями государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации. *Целью государственной политики* является обеспечение социализации детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах, их полноценной реабилитации, в том числе медицинской, психологической и социальной, для успешной их интеграции в общество. *Главными направлениями* в этой области являются:

- Приоритет семейного воспитания детей с различными отклонениями и особенностями в развитии, защита их прав и интересов;

- Выработка эффективных методов помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями и особенностями в развитии; создание новых учреждений, ориентированных на специфические проблемы семьи, имеющей ребенка с той или иной формой средовой дезадаптации.

Для выполнения этих задач необходимы:

❖ Программа единой государственной системы раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии;

❖ Организация выявления младенцев с отставанием в развитии или группы риска и оказания им и их семьям ранней комплексной помощи;

❖ Обучение и консультирование семьи;

❖ Обеспечение ранней медицинской коррекции; согласованная работа государственных и негосударственных учреждений по социальной защите семьи и сохранению ребенка в семье;

❖ Создание оптимальных условий коррекционного воспитания и обучения детей с различными отклонениями;

❖ Реализация права семьи и детей с отклонениями в развитии на защиту и помощь со стороны государства;

❖ Содействие развитию и укреплению семьи нестандартного ребенка как гуманитарного, так и социального института;

❖ Гуманизация связей семьи с обществом и государством;

❖ Установление гармонических внутрисемейных отношений;

❖ Формирование общественного признания как социальной нормы благополучной семьи, создающей все необходимые условия для развития ребенка с отклонениями и особенностями развития;

❖ Повышение квалификации специалистов, работающих в массовых учреждениях, в области специальной педагогики и психологии, для работы с современной семьей;

❖ Просветительская работа с родителями, имеющими детей как с отклонениями в развитии, так и здоровых детей; обеспечение подготовки и издания книг по семейному воспитанию детей с особенностями развития и поведения;

❖ Выявление детей и семей, требующих социальной помощи, и предоставление им информации о соответствующих службах;

❖ Исследование и оценка состояния семьи и ребенка;

❖ Обеспечение детей с ограниченными возможностями и их семей всем комплексом необходимых услуг;

❖ Создание благоприятного семейного климата, обеспечивающего условия для оптимального развития всех членов семьи нестандартного ребенка;

- ❖ Создание банка данных по всем видам социальной поддержки с адресами служб помощи, поддержки семьи и ребенка;
- ❖ Организация поддержки в средствах массовой информации положительного образа семьи, гарантирующей качественное воспитание и развитие нестандартного ребенка, в том числе и с нарушениями поведения.

Главной идеей настоящей концепции является достижение совместной гармоничной жизни с нестандартным ребенком, максимальное развитие потенциальных возможностей ребенка и каждого члена семьи и успешной интеграции нестандартной семьи и нестандартного ребенка в общество.

6.2. Извлечения из работы Л.С. Выготского «Коллектив как фактор развития дефективного ребенка»

Признание общности законов развития в нормальной и патологической сфере – краеугольный камень всякого сравнительного изучения ребенка. Но эти общие закономерности находят своеобразное конкретное выражение в одном и другом случае. Там, где мы имеем дело с *нормальным развитием*, эти закономерности реализуются при одном комплексе условий. Там, где перед нами разворачивается *атипическое, уклоняющееся от нормы развитие*, те же самые закономерности, реализуясь в совершенно другом комплексе условий, приобретают качественно своеобразное, специфическое выражение, не являющееся мертвым слепком, фотографическим снимком с типического детского развития. Поэтому мы должны отпавляться от общих законов детского развития, а потом изучить их своеобразие в приложении к ненормальному ребенку.

Основное интересующее нас *положение* может быть сформулировано в следующем виде: *исследование высших психических функций в их развитии убеждает нас, что эти функции имеют социальное происхождение как в филогенезе, так и в онтогенезе.*

Относительно *филогенеза* совершенно ясно, что высшие психические функции сложились в исторический период развития человечества и обязаны своим возникновением не биологической эволюции, сформировавшей тип человека, а его историческому развитию как общественного существа. Только в процессе коллективной общественной жизни выработались и развились все характерные для человека высшие формы интеллектуальной деятельности.

В отношении *онтогенеза*, в отношении развития ребенка удалось установить, что и здесь построение и формирование высших форм психической деятельности совершаются в процессе его взаимоотношения и сотрудничества с окружающей социальной средой. ... Высшие процессы детского мышления возникают в процессе социального развития ребенка путем перенесения на самого себя тех форм сотрудничества, которые ребенок усваивает в процессе взаимодействия с окружающей социальной средой. Мы видим, что коллективные формы сотрудничества предшествуют индивидуальным формам поведения, вырастающим на их основе, и являются их прямыми родоначальниками и источниками их возникновения.

Этот закон имеет особое значение для правильного понимания развития и недоразвития высших психических функций у ненормального ребенка. Дефект и недоразвитость высших функций стоят в ином отношении друг к другу, чем дефект и неразвитость элементарных функций. Это различие необходимо усвоить для того, чтобы найти ключ ко всей проблеме психологии ненормального ребенка. В то время как недоразвитие элементарных функций часто есть прямое следствие того или иного дефекта (например, недоразвитие моторики при глухоте, недоразвитие мышления при умственной отсталости и т.д.), недоразвитие высших функций у ненормального ребенка возникает обычно как добавочное, вторичное явление, надстраивающееся на основе его первичных особенностей.

Ошибочно думать, что из дефекта, как из основного ядра, прямо и непосредственно могут быть выделены решительно все симптомы, характеризующие картину в целом. На

самом деле оказывается, что те особенности, в которых проявляется эта картина, имеют очень сложное строение. Они обнаруживают чрезвычайно запутанную структурную и функциональную связь и зависимость и, в частности, доказывают, что *наряду с первичными особенностями* такого ребенка, вытекающими из дефекта, существуют *вторичные, третичные* и т.д. осложнения, вытекающие не из самого дефекта, но из первичных его симптомов. Возникают как бы *добавочные* синдромы ненормального ребенка, как бы сложная надстройка над основной картиной развития. Умение отличить основное и добавочное, первичное и вторичное в развитии ненормального развития – необходимое условие для понимания данной проблемы и для выбора практических действий.

Диалектика развития ненормального ребенка и его воспитания заключается в том, что его развитие и воспитание совершаются *не по прямым, а по обходным путям*. Психические функции, возникшие в процессе исторического развития человечества и зависящие в построении от коллективного поведения ребенка, являются той областью, которая в наибольшей мере допускает выравнивание и сглаживание последствий дефекта и представляет наибольшие возможности для воспитательного воздействия.

Недоразвитие высших функций – вторичная надстройка над дефектом. Недоразвитие проистекает из того факта, который мы можем назвать *выпадением ненормального ребенка из коллектива*. Процесс здесь идет примерно следующим образом. Из-за того или иного дефекта у ребенка возникает ряд особенностей, которые препятствуют нормальному развитию коллективного общения, сотрудничества и взаимодействия этого ребенка с окружающими людьми. Выпадение из коллектива или затруднение социального развития, в свою очередь, обуславливает недоразвитие высших психических функций, которые при нормальном течении дела возникают непосредственно в связи с развитием коллективной деятельности ребенка.

Коллектив, как фактор доразвития высших психических функций, в отличие от дефекта, как фактора недоразвития высших психических функций, находится в наших руках. Насколько практически безнадежно бороться с дефектом и его непосредственными следствиями, настолько законна, плодотворна и многообещающа борьба с затруднениями в коллективной деятельности.

6.3. Центры помощи детям с ограниченными возможностями

Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», художественный реабилитационный центр «Дети Марии», благотворительный горнолыжный центр детей-инвалидов «Снежок», ИГРА (Институт гармоничного развития и адаптации), клуб «Приключение», центр «Леонгард», РООИ «ИРИС» (интеллект, реабилитация, искусство, спорт) и др.

Благотворительный фонд «Даунсайд Ап» (Москва) - главная цель которой – изменить к лучшему жизнь детей с синдромом Дауна в России.

Результаты деятельности благотворительной организации: 50% детей с синдромом Дауна, посещающих программы центра ранней помощи Даунсайт Ап, приняты в детские сады. 52% новорожденных детей с СД обратились в центр из медицинских учреждений (специальный проект Даунсайд Ап по сотрудничеству с родильными домами). С 85 до 67 снизился процент отказов от детей с СД в Москве. 25 детских садов Москвы принимает детей с СД после программ Даунсайт Ап.

Планы благотворительной организации:

- создание регионального ресурсного центра,
- организация тренингов и семинаров в регионах для сотрудников детских садов, школ, родильных домов;
- издание и перевод методических материалов.

Служба помощи детям с раннего возраста охватывает все аспекты развития, поведения, социальной адаптации детей и способствует их подготовке к самостоятельному

существованию, успешному взаимодействию со сверстниками, посещению детских садов и школ.

Наряду с практической деятельностью Даунсайд Ап ведет научно-методическую работу, адаптируя зарубежные методики реабилитации детей к российским условиям, проводит тренинги для педагогов Службы ранней помощи, семинары для врачей и сотрудников роддомов и детских домов.

С момента своего открытия Даунсайд Ап существует на средства, которые поступают в результате частных пожертвований, проведения благотворительных акций, полученных грантов и спонсорских взносов от компаний и корпораций.

Благотворительные мероприятия – ежегодный велопробег по красивейшим местам Подмосковья, выставка художественных работ детей с синдромом Дауна «Мир особого ребенка».

Художественный реабилитационный центр «Дети Марии» (Москва) – работает с учащимися и выпускниками интернатов для детей-сирот и детей с ограниченными возможностями. «Одной из первоочередных проблем, которые необходимо решать в процессе подготовки данных детей к их последующей интеграции в общество, является формирование у них чувства открытости к миру, стремления установить партнерские отношения с обществом, в котором им предстоит жить, научиться не только принимать, но и отдавать. В решении этой проблемы нам помогут методы арт-терапии», - говорят создатели проекта «От «Я» до «Мы», сотрудники Художественного реабилитационного центра «Дети Марии». Этот проект является продолжением и развитием проекта «Клоуны приходят к детям», который проводился центром «Дети Марии» в 2002 году.

Кроме того, проект направлен также и на детей, с которыми ребята и взрослые из реабилитационного центра будут встречаться в ходе творческих и клоунских акций, - маленьких пациентов региональных больниц и воспитанников региональных детских домов и домов ребенка.

Благотворительный горнолыжный центр детей-инвалидов «Снежок». Цель – содействие восстановлению здоровья и психической реабилитации детей-инвалидов на базе занятий горнолыжным спортом.

«Снежок» объединяет 200 детей-инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата вследствие ДЦП и травм, их родителей.

Работа Центра включает 4 программы:

1. Привлечение семейных детей-инвалидов и их родителей.
2. Работа с детьми инвалидами из интернатов и детских домов.
3. Создание курсов инструкторов горнолыжного спорта для работы с инвалидами.
4. Создание сети подобных школ в Москве и России

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ

Аберрация [аб- + лат. *ergo* уклоняться] – в генетике – отклонение от нормального числа и строения хромосом.

Абилитация – система лечебно-педагогических мероприятий с целью *предупреждения* и *лечения* тех патологических состояний у детей *раннего возраста*, еще не адаптировавшихся в социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможностей учиться, трудиться и быть полезным членом общества.

Аграфия [а- + греч. *grapho* писать, изображать] – нарушение психофизиологических процессов, обеспечивающих закономерную связь звукового и письменного аспектов речевой деятельности, приводящее к полной неспособности овладеть процессом письма или к потере этого навыка; **А.** заключается в неосознании букв как графем, неумении соединять их в слова; возможность списывания при **А.**, как правило, сохраняется; **А.** обычно является следствием общего недоразвития речи, связанного с органическим поражением мозга.

Адаптация – морфофизиологическое приспособление организмов к конкретным условиям существования. Способностью к адаптации обладает как организм в целом, так и отдельные органы; напр., *адаптация глаза* – приспособление глаза к различным условиям освещения. *Адаптация слуха* – изменение восприятия звуковых раздражителей во время или после действия звука какой-либо постоянной интенсивности. В адаптации принимают участие центральные и периферические механизмы нервной системы.

Адаптация социальная – активное приспособление к условиям социальной среды путем усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья затруднена из-за психофизиологических отклонений в развитии. Этим обусловлено значение коррекционно-воспитательной работы с детьми, имеющими различные отклонения в психофизическом развитии.

Азбука для слепых – рельефно-точечный шрифт по системе Брайля, принятый для письма и чтения слепых. (Брайль Луи – французский тифлопедагог, изобретатель азбуки для слепых.) Основой для построения азбуки в шрифте Брайля служит *шеститочие*. Все буквы этого шрифта отличаются друг от друга количеством и расположением входящих в них точек. Для обучения чтению и письму по системе Брайля применяется в качестве учебного пособия рассыпная азбука. Пособие имеет вид плоского ящика, внутри, в верхней части, разделенного слева направо на узкие длинные (по ширине ящика) прямоугольные строчки. Эта часть ящика представляет собой наборное полотно для раскладки букв рассыпной азбуки и составления из них слогов, слов и коротких предложений. Нижняя часть ящика представляет собой «кассу». Она разделяется на клетки по числу букв алфавита, в каждую из которых помещается несколько экземпляров пластинок с определенной буквой. Буквы рассыпной азбуки изображаются рельефными точками на небольших деревянных или пластмассовых пластинах прямоугольной формы. Внизу на каждой пластинке имеется зарубка, ориентируясь на которую слепой ученик придает правильное положение буквам при их восприятии и раскладке. Работа с рассыпной азбукой развивает осязание, уточняет движения рук слепого, облегчает процесс звукобуквенного анализа и синтеза слов и тем самым подготавливает учащегося к успешному овладению чтением и письмом по системе Брайля.

Акт [лат. *actus*] – единичное проявление какой-либо деятельности, действие (напр., волевой **А.**).

Акт коммуникации [лат. *communication* сообщение, связь] – единица сообщения, обладающая смысловой целостностью и могущая быть воспринятой слушающим в данных условиях языкового общения.

Акт речи – отдельный отрезок речи, имеющий в данных условиях определенную целевую направленность; данное артикуляционно-акустическое единство, которое говорящий и слушающий связывают с одинаковым значением в данной ситуации общения.

Алалия [а- + греч. lalia речь] – отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте; причиной А. чаще всего является повреждение речевых областей больших полушарий головного мозга при родах, а также мозговые заболевания или травмы, перенесенные ребенком в доречевой период жизни; тяжелые степени А. выражаются у детей полным отсутствием речи или наличием лепетных отрывков слов; в более легких случаях наблюдаются начатки речи, характеризующиеся ограниченностью запаса слов, аграмматизмом, затруднениями в усвоении чтения и письма.

Алалия моторная [лат. motor двигательный] – недоразвитие экспрессивной речи, выраженное затруднениями в овладении активным словарем и грамматическим строем языка при достаточно сохранном понимании речи; в основном А.м. лежит расстройство или недоразвитие аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора, выраженное, в частности, заменой тонких и сложных артикуляционных дифференцировок более грубыми и простыми; причина – поражение коркового конца речедвигательного анализатора (Брока центр) и его проводящих путей.

Алалия сенсорная [лат. sensus чувство, ощущение] – недоразвитие импрессивной речи, когда наблюдается разрыв между смыслом и звуковой оболочкой слов; у ребенка нарушается понимание речи окружающих, несмотря на хороший слух и сохранные способности к развитию активной речи; причиной А.с. является поражение коркового конца слухоречевого анализатора (Вернике центр) и его проводящих путей.

Анализаторы – нервные механизмы, с помощью которых осуществляются восприятие и анализ раздражений из внешней и внутренней среды организма. Каждый анализатор состоит из воспринимающего раздражения прибора-рецептора, проводящего пути из центрального отдела головного мозга. К анализаторам относятся все *органы чувств (зрения, слуха, вкуса, обоняния, осязания)*, а также специальные рецепторы, расположенные во внутренних органах и мышцах.

Анамнез [греч. anamnesis воспоминание] – совокупность сведений (об условиях жизни человека, о предшествовавших болезни событиях и др.), получаемых в ходе обследования от самого обследуемого и (или) знающих его лиц; А. используется для установления диагноза, прогноза заболевания и выбора коррекционных мероприятий.

Анартрия [ан- + греч. arthroо членораздельно произносить] – тяжелая форма дизартрии, когда речь почти полностью невозможна из-за паралича речедвигательных мышц, резко расстраивающего систему артикуляции.

Анкетный метод – способ получения информации с помощью специального вопросника (анкеты), адресованного обследуемому лицу; А.м. играет видную роль в педагогике, так как дает возможность выяснить степень подготовки и общего развития учащегося, его интересы, стремления и пр.

Аномалия – патологическое отклонение от нормы в функциях организма и его частей, отклонение от общих закономерностей развития.

Аномальные дети – дети, имеющие отклонения от нормального психического или (и) физического развития и нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания; основные группы А. д.: 1) умственно отсталые дети, 2) дети с задержкой психического развития, 3) дети с нарушениями речи, 4) дети с нарушениями слуха (глухие, позднооглохшие, слабослышащие), 5) дети с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие), 6) дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, 7) дети с нарушениями поведения, 8) дети с нарушениями эмоционального развития, 9) дети с комплексными дефектами.

Апперцепция – зависимость восприятия от прошлого опыта человека, запаса знаний и общего содержания его психической жизни, а также от его интересов, привычек, внимания и т.п. Апперцепция – результат системной деятельности головного мозга, в силу которой временные связи, образовавшиеся в прошлом опыте человека, оказывают влияние на

образование новых связей. Умственно отсталые и глухие дети с трудом устанавливают связи между своим прежним опытом и вновь получаемыми знаниями. Поэтому *формирование апперцепции* имеет исключительно большое значение для обучения аномальных детей. Апперцепция способствует более глубокому усвоению нового материала и возбуждению к нему активного отношения.

Асфиксия [а- + греч. sphuxis пульс, пульсация] – удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислого газа в крови и тканях.

Аутизм – [греч. autos сам] – погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности; признак психического расстройства, болезненное состояние психики, характеризующееся *сосредоточенностью человека на своих переживаниях, уходом от реального внешнего мира*. При аутизме часто *нарушается ориентировка во времени*, события настоящего спешиваются с прошедшим, реальное с фантастическим (особенно у детей). Аутизм проявляется как *отрыв от реальности, отгороженность от мира*, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, *пассивность и сверххранимость* в контактах со средой в целом. Поведение аутичного ребенка характеризуется выраженной *стереотипностью, однообразием*. Прежде всего, это *стремление к сохранению привычного постоянства* в окружающем: есть одну и ту же пищу; носить одну и ту же одежду; гулять по одному и тому же маршруту и т.д. Попытки разрушить эти стереотипные условия жизни ребенка вызывают у него диффузную тревогу, агрессию либо самоагрессию. В моторике характерны *вычурность* позы, движений, мимики, ходьба на цыпочках. Движения часто неуклюжи, угловаты, замедленны, плохо координированы, лишены детской пластичности, производят впечатление «деревянных», марионеточных. *Медлительность* сочетается с *импульсивностью*. Также своеобразны у детей *речевые расстройства*. Аутизм проявляется в уменьшении речевого контакта, иногда ребенок совсем перестает пользоваться речью (мутизм) и не реагирует на речь окружающих (сурдомутизм). Часто страдает выразительность речи. Речь может быть бедной, содержащей набор коротких штампов, отдельных слов. Она может быть вычурной, богатой неологизмами. Главная особенность – *автономность речи*, неиспользование ее для диалога, общения и познания окружающего мира. Наиболее ярко симптомы РДА (ранний детский аутизм) проявляются в возрасте 3-5 лет. Основные проявления выраженных форм РДА получили название по имени автора, впервые выделившего их в самостоятельную клиническую единицу, - синдром Каннера.

Афазия [а- + греч. phasis речь] – полная или частичная утрата речи, обусловленная поражением коры доминантного полушария головного мозга при отсутствии расстройств артикуляционного аппарата и слуха.

Афония [а- + греч. phone звук, голос] – отсутствие звучности голоса при сохранности шепотное речи; непосредственная причина А. – несмыкание голосовых складок, вследствие чего при фонации происходит утечка воздуха; А. возникает в результате органических или функциональных нарушений гортани, при расстройстве нервной регуляции речевой деятельности.

Баттаризм [греч. battarismos заикание] – патологически ускоренный темп речи, при котором имеет место неправильное формирование фразы, слова произносятся нечетко, не договариваются.

Беседа – метод обучения, при котором учитель, опираясь на имеющиеся у детей знания, умения и навыки, с помощью вопросов подводит их к пониманию и усвоению новых знаний, к повторению и проверке учебного материала; **Б.** позволяет повысить активную умственную деятельность учащихся, развивает их внимание и речь.

Бинокулярное зрение – зрение, в котором принимают участие оба глаза, а получаемые изображения сливаются в одно, соответствующее рассматриваемому предмету. Бинокулярное зрение обеспечивает объемное (стереоскопическое) восприятие наблюдаемых объектов.

Биолингвистика [био- + лат. lingua язык] – раздел языкознания, изучающий языковое общение как биологическую деятельность, определяемую нейрофизиологическими и генетическими факторами.

Большие полушария головного мозга – высшие отделы головного мозга; состоят из поверхностного слоя – коры больших полушарий и глубоко лежащих отделов – подкорки.

Брадилалия [бради- + греч. lalia речь] – патологически замедленный темп речи.

Брока центр [Р.Р. Broca, фр. антрополог и хирург] – участок коры головного мозга, расположенный в задней трети нижней лобной извилины левого полушария (у правой), обеспечивающий моторную организацию речи.

Вернике центр – область коры головного мозга в заднем отделе верхней височной извилины доминантного полушария, при поражении которой возникает синдром сенсорной афазии.

Воспитание – процесс систематического и целенаправленного воздействия на духовное и физическое развитие личности.

Восприятие речи – анализ и синтез материальных языковых средств, т.е. разнообразных комбинаций речевых звуков, независимо от того, будут ли эти звуки произнесены в устной речи или обозначены в письме.

Восстановление (воспроизведение) – один из процессов памяти, в результате которого происходят узнавание и воспроизведение закрепленные ранее содержания прошлого опыта.

Вторичные расстройства – симптомы психической болезни, не вызванные непосредственно болезненным процессом, а являющиеся реакцией личности на болезнь.

Генеалогический метод [греч. genealogia родословная] – метод изучения характера наследования определенного признака или оценки вероятности его появления в будущем у членов изучаемой семьи, основанные на выяснении родственных связей (родословной) и прослеживании признака среди всех родственников.

Генетика [греч. genetikos относящийся к рождению, происхождению] – наука о наследственности и изменчивости организмов.

Гидроцефалия [гидро- + греч. kephale голова] – избыточное накопление спинномозговой жидкости в области черепа.

Гидроцефалия врожденная – гидроцефалия, развивающаяся во внутриутробном периоде; может возникнуть вследствие инфекционных заболеваний, травм и интоксикаций матери во время беременности.

Гидроцефалия приобретенная – гидроцефалия, возникающая в постнатальном периоде; может быть следствием менингита, менинго-энцефалита, травм черепа, родовых травм новорожденных.

Гипоксия [гип- + лат. oxupenium кислород] – кислородное голодание организма.

Глухие дети – дети с глубоким, стойким двусторонним нарушением слуха, врожденным или приобретенным в раннем детстве. Среди глухих выделяются две категории детей: а) глухие без речи (ранооглохшие), б) глухие, сохранившие речь (позднооглохшие). Чем раньше начинается специальная педагогическая работа с глухими детьми, тем успешнее преодолеваются последствия глухоты.

Глухонемота – тотальное или глубокое нарушение слуха и связанное с этим отсутствие речи.

Глухота – наиболее резкая степень поражения слуха, при которой разборчивое восприятие речи становится невозможным. Тотальная глухота встречается редко. В большинстве случаев при глухоте сохраняется остаточный слух, позволяющих воспринимать очень громкие неречевые звуки. Глухота может быть врожденной и приобретенной.

Госпитализм – явление, возникающее в закрытых детских учреждениях: из-за дефицита общения со взрослыми дети начинают резко отставать в развитии.

Госпитализм ранний – психическая и физическая отсталость, возникающая в первые годы жизни ребенка вследствие «дефицита» воспитания; часто **Г.р.** интерпретируют как результат полной или частичной сепарации ребенка от матери.

Государственные стандарты общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья или специальный образовательный стандарт – образовательные нормативы, определяемые с учетом физических и психических особенностей и ограничений развития обучающихся. Г.С. специального образования применительно к каждой категории лиц с особыми образовательными потребностями отражает требования к общеобразовательной подготовке, коррекционно-развивающей работе, профилактической и оздоровительной работе, а также к трудовой и начальной профессиональной подготовке.

Грамматическая система языка – совокупность форм словоизменения и способов (моделей, типов) построения словосочетаний и предложений, характерных для данного языка, диалекта и т.п.

Дактилография - (от греч. daktylos – палец, grapho – пишу) - способ общения с грамотными глухими и слепоглухими людьми, не владеющими дактилологией, заключающийся в не оставляющем видимого следа воспроизведении букв пальцев на ладони, поверхности какого-либо предмета или в воздухе.

Дактилология – (от греч. daktylos – палец, logos – слово) - дактильная речь, ручная азбука, служащая для замены устной речи при общении грамотных глухих людей между собой и со всеми, знакомыми с дактилологией. Дактильные знаки заменяют буквы, поэтому в дактилологии столько знаков, сколько букв в алфавите данного языка, по очертанию многие дактильные знаки напоминают буквы печатного и рукописного шрифтов. Обычно дактильные знаки изображаются пальцами одной руки, но в некоторых странах, например, в Англии, Австралии, применяется и двуручная дактильная речь. Используется в первоначальный период обучения глухих детей в детском саду.

Дауна болезнь (по имени английского врача А.Дауна) – одна из клинических форм олигофрении, при которой дефект умственного развития сочетается со своеобразным видом больного: недоразвитием черепа, плоским затылком, косым расположением глаз, широкой запавшей переносицей, полуоткрытым ртом, деформированными ушами. При болезни Дауна нерасхождение двадцать первой пары хромосом приводит к тому, что у этих больных во всех клетках организма имеется не 46, как в норме, а 47 хромосом. При болезни Дауна поражаются все органы и системы. Наибольшие изменения обнаруживаются в центральной нервной системе и железах внутренней секреции.

Дебильность – легкая степень умственной отсталости. По классификации ВОЗ дебильность – незначительная степень умственной отсталости (IQ 50-70). К этой категории относится 70-80% от общего количества лиц с интеллектуальной недостаточностью. Дети с незначительной умственной отсталостью после обследования ПМПК направляются в специальную (коррекционную) школы 8 вида, специальные классы общеобразовательной школы. Девушки и юноши с незначительной степенью умственной отсталости осваивают в соответствии со своими умственными способностями профессии, трудоустраиваются, создают семьи, признаются дееспособными, т.е. способными отвечать за свои поступки перед законом и т.п.

Деградация – в психиатрии: общее прогрессирующее и частично обратимое состояние психики.

Деменция – слабоумие, стойкое ослабление познавательной деятельности, снижение критики и памяти, обеднение эмоций, нарушение поведения. В отличие от олигофрении нарушения при деменции наступают после периода нормального развития ребенка вследствие органического поражения мозга (шизофрении, эпилепсии, менингоэнцефалита, травм).

Деонтология [греч. deon, deontos должное, надлежащее + logos учение] – совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Депривация – [англ. deprivation лишение, утрата] – лишение или ограничение возможностей удовлетворения к.-л. потребностей организма; психическое состояние,

возникшее в результате таких жизненных ситуаций, которые затрудняют удовлетворение некоторых основных (жизненных) психических потребностей субъекта в достаточной мере и в течение длительного времени.

Дети с нарушениями речи – дети, имеющие отклонения в развитии речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте.

Дефект [лат. defektus недостаток] – недостаток к.-л. органа, выпадение какой-нибудь физиологической или психической функции.

Дефект психики [греч. psychikos относящийся к душе] – недостаточность, неполноценность к.-л. функции психической деятельности.

Дефект развития – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития. Основные виды дефектов: нарушения зрения, слуха, двигательные нарушения, нарушения психики, речи. Встречаются сложные дефекты, например: нарушения слуха и зрения (слепоглухонемые дети).

Дефектология [лат. defectus недостаток + греч. logos учение] – наука о психофизиологических особенностях развития детей с психическими или (и) физическими недостатками, о закономерностях их воспитания, образования и обучения.

Дефицитарное развитие – патологическое формирование личности у детей с тяжелыми сенсорными и двигательными нарушениями, при которых недостаток сенсорных стимулов вызывает явление депривации и нарушения эмоциональной сферы. Термин предложен в 1976 году В.В.Ковалевым.

Деятельность речевая – 1) речь как процесс (в отличие от речи как произведения), выступающая одновременно как предмет разных наук: языкознания, психологии, физиологии и др.; 2) язык как социальный продукт речевой способности, как сложение а) совокупности необходимых условий, усвоенных общественным коллективом, для осуществления этой способности и б) индивидуального говорения, включающего также слушателя как соучастника речевого акта; 3) речь индивида.

Диалог [греч. dialogos] – одна из форм речи, при которой каждое высказывание прямо адресуется собеседнику и оказывается ограниченным непосредственной тематикой разговора; характеризуется относительной краткостью отдельных высказываний и относительной простотой их синтаксического построения.

Дидактические принципы – основополагающие требования к практической организации учебного процесса; к **Д. п.** относят: научность обучения, связь теории с практикой в обучении, наглядность обучения, сознательность и активность в обучении, прочность усвоения знаний учащимися, систематичность и последовательность в обучении, доступность обучения, индивидуальный подход к учащимся, единство образовательных, развивающих и воспитательных функций обучения.

Дидактогения – негативное психическое состояние ученика, вызванное нарушением педагогического такта со стороны педагога. Для детей с отклонениями в развитии особенно болезненным является акцентирование внимания на дефекте. Дидактогения выражается в повышенном нервно-психическом напряжении, страхах, подавленном настроении и т.п. Отрицательно сказывается на учебной деятельности школьников, затрудняет общение, нередко перерастает в невроз. **Олигофрения** – особая форма психического недоразвития, выражающаяся в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие органического поражения головного мозга в перинатальный и ранний постнатальный периоды.

Дизартрия [диз- + греч. arthroo членораздельно произносить] – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Для дизартрии, в отличие от афазии, характерна ограниченная подвижность органов речи: мягкого неба, языка, губ.

Дизонтогенез [диз- + онтогенез] – нарушение индивидуального развития организма.

Дизонтогенетический – связанный с нарушением онтогенеза.

Дисграфия [дис- + греч. grapho писать, изображать] – частичное нарушение процесса письма, при котором наблюдаются стойкие и повторяющиеся ошибки: искажения и замены букв, искажения звуко-слоговой структуры слова, нарушения слитности написания отдельных слов в предложении, аграмматизмы на письме.

Дислалия – дефектное звукопроизношение при нормальном слухе и сохранной иннервации (связь нервных волокон с каким-либо органом или частью тела) речевого аппарата, недоразвития фонематических процессов, неблагоприятных условий речевого воспитания ребенка.

Дислалия органическая – нарушение звукопроизношения, обусловленное анатомическими дефектами периферического аппарата речи (органов артикуляции).

Дислалия физиологическая [греч. physis природа logos понятие, учение] – расстройство звукопроизношения, которое наблюдается у детей в возрасте до пяти лет и обусловлено недостаточным развитием движений органов артикуляции, а также недостаточной сформированностью фонематического слуха; **Д.ф.** можно назвать возрастным нарушением звукопроизношения.

Дислалия функциональная [лат. functio деятельность] – нарушение звукопроизношения при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата и центральной нервной системы.

Дислексия – частичное, специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций, участвующих в акте чтения. Д. проявляется в стойких, повторяющихся ошибках, побуквенном, угадывающем характере чтения, разнообразных искажениях звуковой и слоговой структура слов, аграмматизме, недостаточном понимании прочитанного.

Дисплазия [дис- + греч. plasis формирование, образование] – неправильное развитие органов или тканей.

Дисфония [дис- + греч. phone голос] – расстройство голосообразования, при котором голос сохраняется, но становится неполноценным – хриплым, слабым, вибрирующим и т.п.; **Д.** возникает в результате органических или функциональных нарушений центрального или периферического происхождения.

Дом ребенка – лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для воспитания с момента рождения до 3 лет детей-сирот, а также детей, родители которых тяжело больны, оказались в тяжелых жизненных ситуациях или лишены родительских прав.

Дом ребенка санаторный – дом ребенка для воспитания и лечения детей с дефектами слуха, речи, с органическими поражениями центральной нервной системы или соматически ослабленных после перенесенных тяжелых заболеваний.

Естественный эксперимент – метод психологии и педагогики; **Е.с.** проводится в естественных условиях трудовой, учебной или игровой деятельности; испытуемый не знает, что он является объектом исследования, и это позволяет избежать отрицательного влияния эмоционального напряжения и преднамеренности ответной реакции.

Задержка психического развития – временное отставание развития психики в целом или отдельных ее функций.

Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата; расстройство речи с преимущественным нарушением коммуникативной ее функции. По характеру судороги могут быть клоническими, тоническими, смешанными и локализоваться в разных отделах речевого аппарата, голосовые, дыхательные, артикуляторные судороги)

Заикание невротоподобное – заикание, по внешнему проявлению сходное с невротическим заиканием, но имеющее непсихогенное происхождение; наблюдается при шизофрении, эпилепсии, разных видах олигофрении, чаще всего вызывается органическим поражением центральной нервной системы; термин «**З.н.**» нередко используют как синоним термина «Заикание органическое».

Заикание невротическое [греч. neuron нерв] – заикание, обусловленное воздействием психотравмирующих факторов; термин «**З.н.**» часто употребляются как синоним термина «Заикание функциональное».

Заикание органическое – заикание, вызванное органическими поражениями центральной нервной системы (при черепно-мозговых травмах, нейроинфекциях и т.п.); может возникнуть в любом возрасте.

Заикание функциональное [лат. functio деятельность] – заикание, вызванное психической травмой или др. факторами, при котором отсутствуют органической поражения речевых механизмов центральной и периферической нервной системы; возникают обычно у детей в возрасте от 2 до 5 лет в период активного формирования фразовой речи.

Зона ближайшего развития – динамический принцип изучения умственного развития ребенка, позволяющий оценить его дальнейшие возможности; **З.б.р.** определяется содержанием тех задач, которые ребенок еще не может решить самостоятельно, но уже решает с помощью взрослого, ведь то, что первоначально делается ребенком под руководством взрослого, становится затем его собственным достоянием; термин введен Л.С. Выготским.

Идиотипические причины отсутствия речи [*идио-* + греч. typos отпечаток, образец, тип] – индивидуальные причины: наследственная склонность к задержке развития речи, общая моторная отсталость, нарушения эмоционального развития ребенка, расщепление неба, недостатки слуха, умственная отсталость.

Идиотия - (от греч. idioteia - невежество) – наиболее глубокая степень олигофрении. В выраженных случаях инстинкты, примитивные реакции полностью отсутствуют. Речь не развита, больные могут издавать нечленораздельные звуки. Способность ходить появляется поздно, движения неуклюжие, малокоординированные, часто наблюдаются стереотипные покачивания, сгибания туловища, повороты головы и др. В одних случаях преобладает апатия, вялость, в других – неадекватный плач, гнев, злобность. По классификации ВОЗ, идиотия – тяжелая степень умственной отсталости. (IQ 25 – 39).

Имбецильность – (от лат. imbecillus – слабый, немощный) – средняя степень олигофрении. Больные И. могут говорить, понимать жесты и обращенную к ним речь. Имбецилам могут быть привиты элементарные навыки. По классификации ВОЗ, имбецильность – умеренная степень умственной отсталости. (IQ – 35 – 49).

Импрессивная речь [лат. impressio впечатление] – восприятие, понимание речи; **И.р.** устная выражается в слуховом восприятии устной речи, а **И.р.** письменная – в зрительном восприятии текста (чтении).

Иннервация [*ин-* + *нерв*] – обеспечение органов и тканей нервами и, следовательно, связью с центральной нервной системой.

Инсульт [лат. insulto наскокивать, нападать] – вызванное патологическим процессом острое нарушение мозгового кровообращения с развитием стойких симптомов поражения центральной нервной системы.

Интоксикация [*ин-* + греч. toxikon яд] – отравление организма ядовитыми веществами.

Интранатальный [*интра-* + лат. natus рождение] – происходящий во время родов.

Катамнез [*ката-* + греч. mnesis память] – совокупность сведений о состоянии больного и течении его болезни после окончания лечения до настоящего времени – момента собирания катамнеза.

Компенсаторный процесс [лат. compenso уравнивать, возмещать] – совокупность реакций организма на повреждение, выражающихся в возмещении нарушенной функции организма за счет деятельности неповрежденных систем, отдельных органов или их составных частей.

Компенсация [от лат. compenso уравнивать, возмещать] – состояние полного или частичного возмещения функций поврежденных систем организма за счет компенсаторных процессов.

Компенсация нарушенных функций – возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций.

Коррекция [лат. *corregere* исправлять] – исправление к.-л. недостатков; напр. **К.** зрения, **К.** движений, **К.** речи.

Критерий – признак, на основании которого производится оценка, определение или классификация чего-либо.

Лексика – вся совокупность слов, входящих в состав к.-л. языка или диалекта.

Ликвор [лат. *liquor* жидкость] – жидкая среда, заполняющая полости спинного и головного мозга.

Лингвистика [лат. *lingua* язык] – наука об общих законах строения и функционирования языка.

Личность – человек как индивидуальность, характеризующаяся комплексом мировоззренческих, психологических и поведенческих устойчивых признаков, которые формируются под воздействием конкретных общественных условий на основе совокупности врожденных и приобретенных биологических предпосылок.

Логопатия [*лого-* + греч. *pathos* страдание, болезнь] – общее название речевых расстройств.

Логопед – коррекционный педагог, занимающийся устранением недостатков речи у детей и взрослых.

Логопедические занятия – занятия, проводимые логопедом с целью коррекции речи логопатов; различают индивидуальные, подгрупповые, фронтальные (групповые); на **Л.з.** осуществляется коррекция всех компонентов речи, дыхания, голоса.

Логопедические пункты – спец. учреждения, в которых под руководством логопеда проводятся занятия по устранению недостатков устной и письменной речи.

Логопедические ясли – см. *Ясли для детей с недостатками речи.*

Логопедический детский сад – учреждение для воспитания и обучения детей в возрасте от 3 до 7 лет, имеющих нарушения речи.

Логопедический кабинет – специализированный кабинет для проведения приема логопедом детей и взрослых, страдающих нарушениями речи; организуется при поликлиниках и больницах.

Логопедический кабинет для взрослых при больницах и диспансерах – осуществляет амбулаторное и стационарное лечение взрослых (с 14 лет), страдающих заиканием, афазией или имеющих нарушения голоса; проводит консультации врачей-специалистов.

Логопедический кабинет при детской поликлинике – охватывает контингент детей в возрасте от 2 до 14 лет, имеющих любые речевые нарушения; амбулаторно осуществляет первичный прием по направлениям врачей детских учреждений, профилактический прием детей, поступающих в школу, отбор в спец. детские учреждения, занятия.

Логопедический кабинет школьный – осуществляет прием и занятия с детьми от 7 до 16 лет, страдающих дислалией, дислексией, дисграфией, заиканием.

Логопедический санаторий – специализированный оздоровительный летний лагерь для лечения преимущ. заикающихся детей.

Логопедический стационар – лечебно-учебное учреждение для оказания специализированной помощи дошкольникам и школьникам, страдающим тяжелыми речевыми нарушениями; организуется в качестве спец. отделения психоневрологической больницы, осуществляющего коррекционное, медикаментозное, психотерапевтическое и физиотерапевтическое воздействие.

Логопедия [*лого-* + греч. *paideia* воспитание, обучение] – наука, изучающая людей с речевыми нарушениями и разрабатывающая методы коррекционно-педагогической работы с ними.

Логопсихология [*лого-* + *психология*] – отрасль специальной психологии, изучающая психику людей с речевыми нарушениями.

Менингит [от греч. *meninx* мозговая оболочка] – воспаление оболочек головного и (или) спинного мозга.

Менингоэнцефалит [греч. *meninx* мозговая оболочка + *enkephalos* головной мозг + *-itis*] – сочетанное воспаление оболочек и веществ головного мозга.

Монолог [*моно-* + греч. *logos* речь] – форма речи, развернутое высказывание одного лица, не рассчитанное на словесную реакцию собеседника.

Нарушение чтения и письма – резкое затруднение в овладении графической формой речи, связанное чаще всего с общим недоразвитием речи у детей при нормальном слухе и нормальных умственных способностях; проявляется чаще всего в общем искажении звукового состава слов и замене букв.

Наследственные заболевания – заболевания, обусловленные мутациями, преимущественно хромосомными или генными; при передаче наследственных признаков у человека, наряду с передачей основных качественных особенностей, свойственных родителям, могут передаваться как непосредственно наследственные болезни (напр., эпилепсия), так и специфическая слабость организма в виде предрасположенности к определенным заболеваниям, которая при соответствующих неблагоприятных условиях может со временем развиваться (как нередко наблюдается при возникновении заикания у детей).

Невропатология [*невро-* + *патология*] – раздел клинической медицины, изучающий этиологию, патогенез и клинические проявления болезней нервной системы и разрабатывающий методы их диагностики, лечения и профилактики.

Нейролингвистика [*нейро-* + *лингвистика*] – научная дисциплина, изучающая мозговые механизмы речевой деятельности и те изменения в речевых процессах, которые возникают при локальных поражениях мозга.

Норма языковая – совокупность общеупотребительных языковых средств и правил их отбора и использования, признаваемые обществом наиболее пригодными в конкретный исторический период.

Обвитие пуповины – обматывание пуповиной частей плода (шеи, конечностей, туловища), в результате чрезмерной подвижности плода и большой длины пуповины; **О.п.** вокруг шеи может вызвать асфиксию плода.

Обучение – процесс усвоения определенных знаний, умений и навыков под руководством специального лица (учителя, инструктора и т.п.); в результате обучения человек приобретает образование.

Общее недоразвитие речи – различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

Олигофрения – особая форма психического недоразвития, выражающаяся в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие органического поражения головного мозга в перинатальный и ранний постнатальный периоды.

Олигофренопедагогика – наука о воспитании и обучении умственно отсталых детей; раздел коррекционной педагогики (дефектологии).

Онтогенез [греч. *on, ontos* сущее, существо + *генез*] – совокупность последовательных морфологических, физиологических и биохимических преобразований организма от его зарождения до конца жизни.

Онтогенетическое развитие – индивидуальное развитие организма.

Ортодонтия [*орт-* + греч. *odus, odontos* зуб] – раздел стоматологии, изучающий диагностику, профилактику и лечение аномалий развития и деформаций зубов, зубных рядов и челюстей.

Орфоэпия [греч. *orthos* правильный + *epos* речь] - 1) раздел языкознания, изучающий нормативное литературное произношение; 2) совокупность произносительных норм национального языка, обеспечивающих единство его звукового оформления.

Основные компоненты речевой системы – фонетика, лексика, грамматика.

Особенности восстановления у детей с отклонением в психофизическом развитии связаны с характером их дефекта. Глухие и слабослышащие дети гораздо успешнее воспроизводят наглядно-образный материал, чем словесный. Слепые и слабовидящие дети успешнее воспроизводят наглядно-образный материал, чем словесный. Слепые и слабовидящие дети успешнее воспроизводят словесный материал.

Оториноларингология [*ото-* + греч. *rhis, rhinos* нос + *larynx, laryngos* гортань + *logos* учение, наука] – отрасль медицины, изучающая этиологию, патогенез, клиническое течение болезней уха, носа, околоносовых пазух, глотки и гортани и разрабатывающая методы диагностики, лечения и профилактики этих болезней.

Паралич [греч. *paralyo* расслабляю] – выпадение функции к.-л. мышцы или конечности вследствие нарушения иннервации.

Паралич детский церебральный (лат. *cerebrum* головной мозг) – болезнь, развивающаяся вследствие поражения головного мозга внутриутробно, во время родов или на первом году жизни ребенка, проявляющаяся двигательными расстройствами по типу параличей и парезов, реже гиперкинезов и атаксии, а также нарушениями речи и психики.

Паратипические причины отсутствия речи – причины, вызываемые внешними явлениями – тяжелые роды, ненормальное положение ребенка во время родов, патологические изменения в центральной нервной системе, неправильное воспитание и др.

Парез [греч. *pareisis* ослабление] – уменьшение силы или амплитуды произвольных движений, обусловленное нарушением иннервации соответствующих мышц; неполный паралич.

Патогенез [*пато-* + греч. *genesis* происхождение, развитие] – 1) учение об общих закономерностях развития, течения и исхода болезней; 2) механизм развития конкретной болезни, патологического процесса или состояния.

Патология [*пато-* + греч. *logos* учение, наука] – наука, изучающая закономерности возникновения и развития болезней, отдельных патологических процессов и состояний.

Патопсихология [*пато* + *психология*] – раздел психологии, изучающий закономерности изменений психической деятельности и свойств личности при болезни; анализ патологических изменений осуществляется на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме.

Педагогика [греч. *paedagogike*] – наука о воспитании и обучении человека; раскрывает сущность, цели, задачи и закономерности воспитания, его роль в жизни общества и развитии личности, обеспечивает теоретические основы процессов образования и обучения.

Педагогика лечебная – система медико-педагогических мероприятий, направленных на коррекцию дефекта и развитие аномальных детей, находящихся в условиях лечебных учреждений; начало П.л. положено врачами-психиатрами: Э. Сегеном, И.В. Маляревским, А.С. Грибоедовым, В.П. Кащенко, Г.И. Россолимо и др.

Педагогика специальная – наука о воспитании и обучении аномальных детей; в более широком смысле под **П.с.** понимаются те или иные отрасли педагогики, имеющие своим предметом воспитание и обучение вне массовой общеобразовательной школы (музыкальная педагогика, военная наука и т.п.).

Педагогическая запущенность – отклонение от нормы в развитии ребенка, обусловленное недостатками обучения и воспитания; причинами **П.з.** могут быть: отсутствие правильного воспитания в семье, частная смена школ и преподавателей, недостаточное внимание учителей к отстающему ребенку, пропуски школьных занятий, безнадзорность; **П.з.** может возникнуть вследствие замедленного развития ребенка; так, дети, которые по этой причине оказываются не подготовленными к школьному обучению без применения в школе коррекционно-воспитательных мероприятий вскоре становятся педагогически запущенными.

Педиатрия [греч. *paidos* дитя + греч. *iatreia* лечение] – наука о детских заболеваниях и их лечении.

Периферический – внешний, удаленный от центра чего-либо; напр., периферический отдел анализатора.

Полтерн – патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера.

Постнатальный [*пост-* + лат. *natus* рождение] – возникающий или происходящий непосредственно после рождения.

Принцип [лат. *principium* начало, основа] – основное исходное положение к.-л. теории, учения, науки; внутреннее убеждение человека.

Психиатрия [*псих-* + греч. *iatreia* врачевание, лечение] – отрасль клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез, клинику и распространенность психических заболеваний и болезней человека вообще в их нервно-психической обусловленности, разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики, порядок и методы экспертизы и реабилитации больных.

Психолингвистика [*пато-* + греч. *logos* учение, наука] – наука о закономерностях порождения и восприятия речевых высказываний.

Психология [*психо-* + греч. *logos* учение, наука] – наука о закономерностях развития и функционирования психики как особой формы жизнедеятельности.

Психология возрастная – раздел психологии, в котором изучаются вопросы развития психики в онтогенезе, закономерности перехода от одного периода психического развития к другому на основе смены видов ведущей деятельности.

Психология педагогическая [греч. *paideia* воспитание] – раздел психологии, изучающий закономерности процесса усвоения индивидом социального опыта в условиях учебно-воспитательной деятельности.

Психология речи – раздел психолингвистики, изучающий внутреннюю сторону речи.

Психология специальная – раздел психологии, посвященный изучению психологических особенностей людей с различными аномалиями.

Психотерапия [*психо-* + *терапия*] – психологическое воздействие с целью лечения больных или коррекции их поведения; **П.** носит интердисциплинарный характер, являясь точкой пересечения ряда областей знания: медицины, психологии, социологии, педагогики и др.

Реабилитация [лат. *rehabilitatio*] – 1) восстановление в правах; 2) восстановление доброго имени, репутации; 3) восстановление или компенсация нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов, достигаемое применением комплекса медицинских, педагогических и социальных мероприятий.

Резус-фактор – антиген, содержащийся в эритроцитах макак-резус (отсюда название) и людей; по наличию или отсутствию **Р.-ф.** выделяют резус-положительные (ок. 85% людей) и резус-отрицательные (ок. 15% людей) организмы; при переливании резус-отрицательным лицам резус-положительной крови или при беременности резус-отрицательной женщины резус-положительным плодом возможны иммунные осложнения (гемолитическая болезнь новорожденных и др.).

Речевая деятельность – в психологии – речь с точки зрения деятельностного подхода, т.е. речь, выступающая или в виде целостного акта деятельности (если она имеет специфическую мотивацию, не реализуемую др. видами деятельности), или в виде речевых действий, включенных в неречевую деятельность; структура **Р.д.** включает этапы ориентировки, планирования (в форме «внутреннего программирования»), реализации и контроля.

Речевая карта – основной документ, характеризующий состояние речи ребенка, поступившего в логопедическое учреждение; заполняется логопедом при обследовании; включает фамилию, имя, отчество, возраст, домашний адрес ребенка, заключения специалистов (психоневролога, невропатолога, отоларинголога и др.), сведения о перенесенных заболеваниях, о ходе речевого развития, жалобы педагога и родителей; при обследовании в **Р.к.** фиксируется состояние артикуляционного аппарата ребенка (строение,

подвижность), состояние устной речи – звукопроизношение, словарный запас, грамматический строй, особенности развития звукового анализа и синтеза, темп и ритм речи; в **Р.к.** приводятся образцы устной речи, отмечается также наличие и состояние навыков письменной речи и прилагаются образцы письма; в конце **Р.к.** логопед записывает краткое заключение, а также краткий общий план коррекционной работы.

Речевая культура – степень соответствия речи нормам орфоэпии, словоупотребления, грамматики и т.д., установленным для данного языка; способность следовать лучшим образцам в своей индивидуальной речи.

Речевая среда – речь окружающих людей и читаемые книги, различают естественную **Р.с.**, в которой усвоение речи происходит спонтанно, и искусственную **Р.с.**, т.е. специально организованную, максимально пригодную для обучения.

Речевой аппарат – система органов, принимающих участие в образовании звуков речи; в этой системе различают периферический и центральные отделы; в состав периферического отдела **Р.а.** входят органы голосообразования, дыхания и артикуляции, а также относящиеся к ним чувствительные и двигательные центры; центральный отдел **Р.а.** находится в головном мозге и состоит из корковых центров, подкорковых узлов, проводящих путей и ядер соответствующих нервов.

Речевой аппарат периферический – отдел речевого аппарата, состоящий из трех основных частей: 1) легкие с дыхательным горлом (трахеей); б) гортань с голосовыми складками; в) ряд полостей, расположенных выше голосовых складок (надскладочная часть гортани, глотка, полости носа и рта); образование звуков речи происходит во время выдоха.

Речевые зоны – специфические зоны в коре головного мозга, в которых представлены центры экспрессивной и импрессивной речи; см. *Брока центр, Вернике центр.*

Речи нарушения – отклонение от нормы, принятой в данной речевой среде.

Речи нарушения темпо-ритмические – см. *Баттаризм, Брадилалия, Заикание, Итерации физиологический, Полтерн, Тахилалия.*

Речи функция – одна из основных функций речи: 1) коммуникативная (осуществление процесса общения); 2) **Р.** как средство выражения и образования, развития мыслей; 3) сигнификативная (номинативная) – обозначение предметов, явлений, действий, живых существ и т.д.

Речь – сложившаяся исторически в процессе материальной преобразующей деятельности людей форма общения, опосредованная языком; между **Р.** и языком сложные диалектические взаимоотношения: **Р.** осуществляется по правилам языка и, в то же время, под влиянием ряда факторов (требования общественной практики, развитие науки и т.п.) она изменяет и совершенствует язык; **Р.** является основным механизмом мышления; вне **Р.** невозможно формирование сознания.

Речь внешняя – речь, имеющая звуковое выражение.

Речь внутренняя – различные виды использования языковых значений вне процесса реальной коммуникации; **Р.в.** в онтогенезе формируется в процессе интериоризации внешней речи; выделяют три основных типа **Р.в.**: а) внутреннее проговаривание – «речь про себя», сохраняющая структуру внешней речи, но лишенная фонации, т.е. произнесения звуков, и типичная для решения мысленных задач в затрудненных условиях; б) собственно **Р.в.**, когда она выступает как средство мышления, пользуется специфическими единицами (код образов и схем, предметный код, предметные значения) и имеет специфическую структуру, отличную от структуры внешней речи; в) внутреннее проговаривание, т.е. формирование и закрепление в специфических единицах замысла (типа, программы) речевого высказывания, целого текста и его содержательных частей.

Речь диалогическая – форма речи, при которой каждое высказывание прямо адресуется собеседнику и оказывается ограниченным непосредственной тематикой разговора; **Р.д.** характеризуется относительной краткостью отдельных высказываний и относительной простотой их синтаксического построения.

Речь монологическая – оформление речи как обращенной прежде всего к самому себе, не рассчитанной на словесную реакцию собеседника; **Р.м.** характеризуется более сложным синтаксическим построением и стремлением охватить более обширное тематическое содержание по сравнению с тем, которое характеризует обмен репликами в диалоге.

Речь письменная – вербальное (словесное) общение при помощи письменных текстов; может быть отсроченной и непосредственной; отличается от речи устной не только тем, что использует графику, но и в грамматическом (прежде всего синтаксическом) и стилистическом отношениях; **Р.п.** характеризуется сложной композиционно-структурной организацией.

Речь устная - вербальное (словесное) общение при помощи языковых средств, воспринимаемых на слух; характеризуется тем, что отдельные компоненты речевого сообщения порождаются и воспринимаются последовательно; процессы порождения **Р.у.** включают этапы ориентировки, одновременного планирования (программирования), речевой реализации и контроля; при этом планирование в свою очередь совершается параллельно по двум направлениям и касается содержательной и моторно-артикуляционной сторон **Р.у.**

Речь экспрессивная - [лат. *expressio* выражение] – активное устное и письменное высказывание.

Ринолалия [лат. *rhinolalia* от греч. *rhis* (*rhinos*) нос + греч. *lalio* речь] – вид органической дислалии; расстройство звукопроизношения, образующееся в результате излишнего или недостаточного в процессе речи резонирования в носовой полости; такое нарушение резонанса происходит от неправильного направления голосовыдыхательной струи вследствие либо органических дефектов носоглотки, носовой полости, мягкого и твердого неба, либо расстройств функции мягкого неба; различают открытую, закрытую и смешанную **Р.**

Ринолалия закрытая – расстройство звукопроизношения, которое выражается в изменении тембра голоса; причинами **Р.з.** являются органические изменения в носовой или носоглоточной области или функциональные расстройства носоглоточного затвора, в связи с чем выделяют **Р.з.** органическую и **Р.з.** функциональную; **Р.з.** образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произношения фонем; при этом фонемы [м], [н], [н'] звучит как [б], [д], [д']; одним из внешних признаков **Р.з.** является постоянно открытый рот.

Ринолалия открытая – патологическое изменение тембра голоса и искаженное произношение звуков речи, возникающее, когда мягкое небо при произнесении звуков речи сильно отстает от задней стенки глотки, оставляя значительную щель (укорочение мягкого неба, параличи и парезы мягкого неба) или при механических дефектах твердого и мягкого неба, когда значительная часть воздуха попадает в носовую полость.

Ринолалия смешанная – состояние, когда при носовой непроходимости имеется также недостаточный небно-глоточный затвор; на произношении это отражается понижением носового резонанса, главным образом для носовых фонем, при одновременном искажении остальных фонем, тембр которых становится как при ринолалии открытой; различают **Р.с.** переднюю и **Р.с.** заднюю; обе формы могут быть органическими или функциональными.

Ринофония [греч. *rhis* (*rhinos*) нос + греч. *phone*] – носовой (гнусавый) оттенок голоса, возникающий из-за неправильного направления голосовыдыхательной струи вследствие либо механических дефектов носоглотки, носовой полости, мягкого и твердого неба, либо расстройств функции мягкого неба.

Ринофония закрытая – ринофония, при которой носовые согласные приобретают ротовое резонирование, гласные теряют звучность, тембр становится неестественным.

Ринофония открытая – ринофония, при которой имеет место патологическая назализация всех ротовых звуков, слабый и сдавленный голос.

Симптом [греч. *symtoma* совпадение, признак] – признак к.-л. болезни; различают **С.** субъективные (основанные на описании больным своих ощущений) и объективные (полученные при обследовании больного); признак к.-л. явления, представляющего собой отклонение от нормального течения к.-л. процесса.

Симптомокомплекс – совокупность симптомов, присущих к.-л. заболеванию или группе заболеваний.

Синдром [греч. *syndrome* стечение] – закономерное сочетание признаков (симптомов), имеющих общий патогенез и характеризующих определенное болезненное состояние.

Словарь – 1) лексика, словарный состав языка, диалекта к.-л. социальной группы, словарный запас отдельного человека; см. *Лексикон*; 2) справочное издание, содержащее собрание слов (или морфем, словосочетаний, идиом и т.п.), расположенных и толкуемых по определенному принципу.

Словарь активный – 1) часть словарного состава совр. языка, которая свободно употребляется в живом повседневном общении во всех сферах жизни человеческого общества; противопоставляется пассивному словарю; **С.а.** включает как слова общенародного употребления, так и те, которые ограничены в своем использовании (профессионализмы; эмоционально-экспрессивная лексика и т.п.); слова **С.а.** лишены оттенков архаичности и новизны и образуют ядро лексической системы языка; 2) активный запас слов отдельного носителя языка – часть словарного состава языка, которая свободно употребляется в повседневной жизни конкретным человеком; зависит от возраста, психического развития, образования, социальной среды и др.

Словарь пассивный – 1) часть словарного состава языка, понятная всем владеющим данным языком, но мало употребляемая в повседневном общении (книжная лексика, неологизмы, еще не ставшие привычными и др.); 2) пассивный запас слов отдельного носителя языка – часть словарного состава языка, понятная конкретному человеку; зависит от возраста, психического развития, образования, социальной среды и др.

Слово – важнейшая структурно-семантическая единица языка, служащая для наименования предметов, процессов, свойств; в структурном отношении **С.** состоит из морфем, от которых отличается самостоятельностью и свободным воспроизведением в речи, и представляет собой материал для построения предложения, в отличие от которого не выражает сообщения; объединяя в себе лексическое и грамматическое значения, **С.** принадлежит к определенной части речи, выражает все предопределяемые системой данного языка грамматические значения (напр., значения рода, числа и падежа); в **С.** закрепляются результаты познавательной деятельности людей, без **С.** невозможны не только выражение и передача понятий и представлений, но и само их формирование; значение **С.** выступает как обобщенное отражение обозначаемого им объекта или явления.

Слог – минимальная единица речевого потока; с точки зрения артикуляции **С.** определяется как минимальная произносительная единица, т.е. такая последовательность речевых движений, которая образуется единым дыхательным толчком (Р. Стетсон), единым импульсом мускульного напряжения (Л.В. Щерба) или в результате одной управляющей команды (Л.А. Чистович и др.); при акустическом подходе **С.** определяют как волну нарастания и ослабления звучности; при том и другом подходе вершиной **С.** считается гласный, являющийся слогаобразующим элементом, согласные считаются его периферическими элементами.

Соматический – 1) термин, применяемый для обозначения разного рода явлений в организме, связанных с телом, в противоположность психике; 2) в генетике – термин, противопоставляющийся понятию зародышевой плазмы, т.е. половым клеткам.

Специфика [лат. *specificus*, видоопределяющий, видовой] – то, что свойственно исключительно данному предмету или явлению; отличительные особенности чего-либо, своеобразие.

Специфический [лат. *specificus* , видоопределяющий, видовой] – составляющий отличительную черту, особенность кого, чего-либо, свойственный только данному лицу или предмету, явлению; характерный.

Среда социальная – окружающие человека общественные, материальные и духовные условия его существования и деятельности; **С.с.** в широком смысле – макросреда – охватывает общественно-экономическую систему в целом; **С.с.** в узком смысле – микросреда – включает непосредственное окружение человека – семью, учебную группу и др.

Стресс [англ. *stress* напряжение] – состояние чрезмерно сильного и длительного психологического напряжения, которое возникает у человека, когда его нервная система получает эмоциональную перегрузку.

Сурдопедагогика [лат. *surdus* глухой + *педагогика*] – раздел коррекционной педагогики, разрабатывающий содержание, принципы, формы, методы, приемы и средства обучения и воспитания глухих и слабослышащих детей, способы коррекции недостатков их развития в условиях обучения и воспитания.

Сшибка – нарушение динамики нервных процессов вследствие перенапряжения, быстрой смены возбуждения и торможения; в результате **С.** возникает запредельное торможение; см *Торможение запредельное*.

Тест - [англ. *test* проверка] – система заданий, представляющих собой ограниченное во времени стандартизированное испытание, позволяющее измерить уровень развития определенного психологического свойства (качества) личности.

Тифлопедагогика [греч. *typhlos* слепой + *педагогика*] – раздел дефектологии (коррекционной педагогики); наука, разрабатывающая содержание, методы, приемы и средства обучения и воспитания детей с нарушениями зрения.

Томография [греч. *tomos* ломать, слой + *grapho* пишу] – рентгенологический метод исследования объекта с получением на рентгенограмме изолированного теневого изображения любого слоя объекта.

Фактор риска – общее название условий и особенностей образа жизни, а также врожденных или приобретенных свойств организма, которое повышают вероятность возникновения у индивидуума болезни (не будучи ее причиной) или способны неблагоприятно влиять на течение и прогноз имеющегося заболевания.

Факторный анализ [от лат. *factor* действующий, производящий + греч. *analysis* разложение, расчленение] – метод многоступенчатой математической статистики, применяемой при исследовании статистически связанных признаков с целью выявления определенного числа скрытых от непосредственного наблюдения факторов.

Фармакотерапия [*фармако-* + *терапия*] – лечение заболеваний лекарственными средствами.

Физиологическая психология – изучение психики путем проведения экспериментов с помощью различных приборов; в основном рассматривает физиологию высшей нервной деятельности и органов чувств и связанные с ней закономерности ощущений.

Философия [греч. *philosophia* от *phileo* люблю + *sophia* мудрость] – наука о наиболее общих законах развития природы, человеческого мышления.

Философия языка – отрасль языкознания, изучающая общепhilosophскую основу языка и речи.

Фонастения [греч. *phone* голос + *asthenes* слабый] – нарушение функции голосообразования без видимых органических изменений в голосовом аппарате; при **Ф.** наблюдается: быстрая утомляемость и прерывание («осечки») голоса, неприятные ощущения в горле при пении, разговоре (царапанье, жжение).

Фонема [греч. *phonema* звук] – минимальная единица звукового строя языка; фонемы служат для построения и различения значимых единиц языка: морфем, слов, предложений.

Фонематика – обширная область знаний, включающая кроме фонетики и фонологии физический, физиологический и психологический аспект речеобразования.

Фонетика – раздел языкознания, изучающий акустические и физиологические (артикуляционные) особенности звуков речи.

Фонопедия [*фоно-* + греч. *paideia* воспитание, обучение] – раздел логопедии, предусматривающий формирование навыка правильного голосообразования с помощью педагогических приемов при постоянной активизации мышечного аппарата с минимальной на него нагрузкой.

Фраза [греч. *phrasis* выражение, оборот речи] – законченный оборот речи, предложение; наименьшая самостоятельная единица речи, актуализированная единица общения.

Школа-интернат для детей с нарушениями речи – спец. учебно-воспитательное учреждение для детей, страдающих тяжелыми речевыми нарушениями при нормальном слухе.

Экзогенный [*экзо-* + греч. *-genes* порождаемый, происходящий] – возникающий под влиянием воздействия внешних факторов.

Эксперимент [лат. *experimentum* проба, опыт] – 1) научно поставленный опыт, наблюдение исследуемого явления в точно учитываемых условиях, позволяющих следить за ходом явления и многократно воспроизводить его при повторении этих условий; 2) вообще опыт, попытка осуществить что-либо.

Эксперимент естественный – метод научного психологического исследования, при котором ребенок находится в естественных условиях и не знает о том, что подвергается изучению.

Эксперимент обучающий – один из наиболее сложных и продуктивных методов эксперимента; служит основой для построения наиболее эффективных методов работы с аномальными детьми, направленных на компенсацию их дефектов.

Эксперимент педагогический – научно поставленный опыт воспитания или обучения в точно учитываемых условиях, сопоставляемый с аналогичным опытом, который проводится в других условиях или на другом контрольном объекте.

Эксперимент психолого-педагогический – форма естественного эксперимента; сочетает психологическое изучение ребенка с проведением воспитательной и образовательной работы.

Экспериментально-психологический тест – общее название методов исследования некоторых сторон психической деятельности (памяти, внимания, восприятия, мышления и др.), основанных на выполнении исследуемых стандартных заданий.

Эмбол речевой – 1) звуки, часть слова или короткое словосочетание, многократно повторяемые больным при попытке говорить; 2) см. *Эмболофразия*.

Эмболофразия [греч. *embolus, embolon* клин + греч. *phrasis* речь, оборот речи] – включение в речь лишних по (смыслу) звуков, слогов и слов; обычно наблюдается при заикании и афазии.

Эмбрио- [греч. *embryon* зародыш] – составная часть сложных слов, означающая «относящийся к эмбриону, к зародышу».

Эмбриогенез [*эмбрио-* + греч. *genesis* происхождение, развитие] – см. *Эмбриональное развитие*.

Эмбриональное развитие – 1) развитие организма от оплодотворения до рождения; 2) период внутриутробного развития, в течении которого преобладают процессы формирования основ организации и закладки органов.

Эмбриопатия [*эмбрио-* + греч. *pathos* страдание, болезнь] – общее название аномалий развития, возникающих в период эмбрионального развития.

Эндо- [энд- + греч. *endon* внутри] – составная часть сложных слов, означающая «внутри», «внутренний».

Эндогенный [*эндо-* + греч. *-genes* порождаемый, возникающий] – возникающий, развивающийся в организме вследствие внутренних причин.

Энцефал- [экзо- + греч. –genes порождаемый, происходящий] – составная часть сложных слов, означающая «относящийся к головному мозгу».

Энцефалит [энцефал- + -ит] – воспаление головного мозга.

Энцефалопатия [энцефало- + греч. pathos страдание, болезнь] – общее название болезней головного мозга, характеризующихся его дистрофическими изменениями.

Этио- [греч. aitia причина] – составная часть сложных слов, означающая «относящийся к причине болезни».

Этиология [этио- + греч. logos учение, наука] – 1) учение о причинах и условиях возникновения болезней; 2) причина возникновения болезни или патологическое состояние.

Эхография [эхо- + греч. grapho писать, изображать] – метод исследования, основанный на послышке в глубину обследуемого участка тела ультразвуковых импульсов, которые, последовательно отразившись от различных структур, формируют изображение их плотности на экране электронно-лучевой трубки.

Язык – система знаков, служащая средством осуществления человеческого общения, мышления; социально-психологическое явление, общественно необходимое и исторически обусловленное; 2) мышечный орган, покрытый слизистой оболочкой, расположенный в полости рта; участвует в жевании, артикуляции, содержит вкусовые рецепторы.

Язык детский – язык детей младшего возраста, характеризующийся упрощенной системой фонем, ограниченным использованием фонологических противопоставлений и грамматических средств, обилием аналогических образований в морфологии, простотой синтаксического построения и употреблением специальных «детских слов».

Языкознание – наука о естественном человеческом языке вообще и о всех языках мира как индивидуальных его представителях.

Ясли для детей с недостатками речи – воспитательное учреждение для детей от 1,5 до 3 лет, имеющих недостатки речи.

СПИСОК ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

1. Специальная педагогика : учеб. пособие для вузов - М. : Академия, 2008. - 395 с. - (Высшее профессиональное образование) - Рек. УМО
2. Специальная педагогика. В 3 т. Т. 2. Общие основы специальной педагогики : учеб. пособие для вузов - М. : Академия, 2008. - 348 с. - (Высшее профессиональное образование) - Доп. УМО
3. Специальная психология : учеб. пособие для вузов / под ред. В. И. Лубовского. - 4-е изд., испр. - М. : Академия, 2007. - 461 с. - (Высшее профессиональное образование).

Дополнительная литература

1. Глухов В.П. Основы специальной педагогики и психологи (курс лекций) / В. П. Глухов, Учебное пособие для студентов гуманитар. и педагогич. вузов. – М.: В. Секачев, 2011. – 256 с.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте.- М.:2003г.
3. Ляпидевский С. С. Невропатология: Естественнаучные основы специальной педагогики : Учебник для вузов - М. : ВЛАДОС, 2000. - 383 с. - (Коррекционная педагогика) - Рек. Мин. обр. РФ.
4. Мастюкова Е. М. Основы генетики. Клинико-генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии : учеб. пособие для вузов / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина ; под общ. ред. В. И. Селиверстова, Б. П. Пузанова. - М. : ВЛАДОС, 2005. - 367 с. - (Коррекционная педагогика).
5. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учеб.-метод. комплекс / Т.Г. Неретина. – М.: Флинта: МПСИ, 2008. – 376с. – Кол-во
6. Новоторцева Н. В. Коррекционная педагогика и специальная психология : словарь : учеб. пособие для вузов / Н. В. Новоторцева. - 4-е изд., перераб. и доп. - СПб. : КАРО, 2006. - 138 с.
7. Основы специальной педагогики и психологии : учеб. пособие / Н. М. Трофимова [и др.]. - М. : Питер, 2006. - 304 с. : ил. - (Учебное пособие).
8. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студентов пед. вузов. Под ред. Л.В.Кузнецовой.-М.: «Академия», 2005г.
9. Основы управления специальным образованием [Текст]: Учеб. пособие для пед. вузов / Н.Н. Малофеев [и др.]; Под ред. Д.С. Шилова. - М. : Академия, 2001. - 336 с. - (Высшее образование).
10. Специальная дошкольная педагогика : Учеб. пособие для вузов - М. : Академия, 2002. - 312 с. - (Высшее образование).
11. Специальная педагогика. В 3 т. Т. 1. История специальной педагогики : учеб. пособие для вузов / Назарова Н. М., Пенин Г. Н. - М. : Академия, 2007. - 352 с. - (Высшее профессиональное образование) - Доп. УМО – Кол-во
12. Специальная педагогика. В 3 т. Т. 3. Педагогические системы специального образования [Текст] : учеб. пособие для вузов / под ред. Н. М. Назаровой. - М. : Академия, 2008. - 398 с. - (Высшее профессиональное образование). - Библиогр. в конце глав. - Доп. УМО. - ISBN 978-5-7695-4701-0
13. Усанова О. Н. Специальная психология : учеб. пособие для вузов / О. Н. Усанова. - СПб. : Питер, 2006. - 395 с. - (Учебное пособие). - Рек. УМО.

Учебное текстовое электронное издание

Исаева Елена Викторовна

ВВЕДЕНИЕ В ДЕФЕКТОЛОГИЮ

Учебное пособие

0,69 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2015 год

ФГБОУ ВПО «МГТУ»

Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВПО «Магнитогорский государственный

технический университет им. Г.И. Носова»

Кафедра специального образования и медико-биологических дисциплин

Центр электронных образовательных ресурсов и

дистанционных образовательных технологий

e-mail: ceor_dot@mail.ru