

The page features a decorative graphic on the right side consisting of three overlapping circles in shades of blue, arranged vertically. Two thin blue lines cross the page diagonally from the top-left towards the bottom-right, intersecting the circles.

Психолого – педагогическое сопровождение детей- инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Методические рекомендации

Рекомендации содержат описание основных нарушений у детей-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Данные рекомендации адресованы педагогам, работающим с детьми данных категорий и всем интересующимся вопросами специальной педагогики и психологии.

Сыктывкар 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
РАЗДЕЛ 1. Психолого–педагогические особенности детей–инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья:	5
1) с нарушениями слуха;	5
2) с нарушениями зрения;	14
3) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА);	23
4) с задержкой психического развития (ЗПР);	35
5) с интеллектуальной недостаточностью;	45
6) с аутизмом (РДА);	58
РАЗДЕЛ 2. Рекомендации для педагогов, работающих с детьми–инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья:	66
1) с нарушениями слуха;	66
2) с нарушениями зрения;	67
3) с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА);	71
4) с задержкой психического развития (ЗПР);	73
5) с интеллектуальной недостаточностью;	77
6) с аутизмом (РДА);	78
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	84
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ	86
СПИСОК ЛИТРАТУРЫ	88

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в России, в силу целого ряда причин, намечается тенденция к увеличению числа детей–инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Категория таких детей крайне неоднородна, однако их общей основной особенностью является нарушение или задержка в развитии.

В условиях модернизации российского образования особую актуальность приобретает проблема создания оптимальных условий для развития, воспитания, образования детей с ограниченными возможностями здоровья.

Данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют, что число таких жителей в мире достигает 13% (3% детей рождаются с недостатками интеллекта и 10% детей с другими психическими и физическими недостатками). Всего в мире около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями. Сегодня практически в каждой пятой семье рождается ребенок с физическими или умственными недостатками в развитии.

На сегодняшний день существует серьезная проблема обучения детей–инвалидов и лиц с ОВЗ, которые испытывают значительные трудности в организации своей учебной, коммуникативной деятельности, поведения в силу имеющихся особенностей развития, а также соматических заболеваний. Но, несмотря на это, такие дети могут учиться по специальным программам и со специально подготовленными педагогами, знающими, как с ними работать.

Следует помнить, что дети–инвалиды и лица с ОВЗ отличаются от здоровых сверстников. Зная особенности таких детей, педагогам будет легче разработать и внедрить в практику работы задачи их успешной социализации в доступные виды деятельности и социальные отношения, учитывая:

- характер инвалидности (нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, психические, и общие заболевания);
- психофизиологические особенности (тип ВНД, темперамент, характер психических процессов и др.);
- недостатки физического здоровья (соматическая ослабленность);
- ограниченные возможности детей-инвалидов, которые не позволяют участвовать в соответствующей их возрасту деятельности (игровой, учебной, трудовой, коммуникативной), что лишает их нормальной социализации. Как следствие, взрослые стремятся уберечь такого ребенка от взаимодействия с социумом, что не способствует формированию и развитию личности ребенка;

- ограниченные возможности для общения (ограничение мобильности и независимости, условия воспитания: мир, ограниченный рамками семьи, обучение на дому, незнание педагогом особенностей ребенка, недостаточное общение со сверстниками, гиперопека).

Материалы, обобщенные в данных рекомендациях, позволят педагогам более обоснованно, грамотно и продуктивно организовать свою работу, а также осуществлять взаимодействие с другими специалистами, включенными в процесс психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

РАЗДЕЛ 1. Психолого – педагогические особенности детей–инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

1) Психолого – педагогические особенности детей и подростков с нарушениями слуха;

В процессе работы с детьми, имеющими нарушения слуха, основное внимание должно быть сосредоточено на раскрытии своеобразия ребенка, особенностей его развития. Для этого необходимо знание общетеоретических закономерностей ребенка с нарушением в развитии, чтобы руководствоваться ими в педагогической работе.

Основная цель такой работы — обеспечить социальный, эмоциональный, интеллектуальный и физический рост и достичь максимального успеха в развитии его возможностей.

Своеобразие развития внимания, восприятия детей, имеющих нарушения слуха, заметно влияет на деятельность памяти. У них доминирует зрительное восприятие, поэтому весь процесс запоминания в основном строится на зрительных образах, в то время как у людей слышащих этот процесс слухо-зрительный и опирается на активную звуковую речь.

Речь выступает как средство взаимосвязи людей с окружающим миром. Здесь как прямое следствие вытекают нарушения в речевом развитии. Нарушение приводит к уменьшению получаемой информации, что сказывается на развитии всех познавательных процессов и тем самым влияет в первую очередь на процесс овладения всеми видами двигательных навыков.

Основная патология может вызвать цепочку следствий, которые, возникнув, становятся причинами новых нарушений и являются сопутствующими. Выявлено, что потеря слуха у детей сопровождается дисгармоничным физическим развитием в 62% случаев, в 43,6% — дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие и др.), в 80% случаев — задержкой моторного развития. Сопутствующие заболевания наблюдаются у 70% глухих детей.

Особенности развития наглядного мышления, как и развития восприятия, у детей с нарушением слуха свидетельствуют о своеобразии развития чувственного познания, практической ориентировки, осмысления закономерностей, существующих в предметном мире.

Существенным качественным отличием в действиях детей с нарушением слуха является то, что у них речь не участвует в процессе решения наглядных задач, отсутствует планирующая функция речи.

Нарушение слуха, прежде всего, сказывается на психике, своеобразии общения с людьми и окружающим предметным миром. Отсутствие внутренней речи и словесного опосредования ограничивают объем внешней информации и всегда сопровождаются замедленностью и снижением восприятия, мышления, внимания, памяти, воображения и всей познавательной деятельности в целом.

Нарушение слухового восприятия вызывают специфические изменения в снижении двигательной памяти, произвольного внимания.

Врожденные или ранние нарушения функций слухового и вестибулярного анализаторов приводят к снижению чувства пространственной ориентировки глухих, что проявляется в ходьбе, беге, упражнениях с предметами.

Потеря или снижение слуха лишает ребенка важного источника информации и ограничивает тем самым процесс его интеллектуального развития. Однако эти недостатки в значительной мере могут быть компенсированы применением специальных методов и технических средств в обучении.

Выделяют следующие группы детей с недостатками слуха:

1. Неслышащие – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса. Эта группа разделяется на подгруппы: неслышащие без речи (дети, родившиеся глухими или потерявшие слух в возрасте до 2–3 лет, до формирования речи) и неслышащие, потерявшие слух, когда речь практически была сформирована – у таких детей необходимо предохранять речь от распада, закреплять речевые навыки.

2. Слабослышащие – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие.

Нарушение слуха непосредственно влияет на речевое развитие ребенка и оказывает опосредованное влияние на формирование памяти, мышления. Что же касается особенностей личности и поведения неслышащего и слабослышащего ребенка, то они не являются биологически обусловленными и при создании соответствующих условий поддаются коррекции в наибольшей степени.

Значительную часть знаний об окружающем мире нормально развивающийся ребенок получает через слуховые ощущения и восприятия. Неслышащий ребенок лишен такой возможности, или они у него крайне ограничены. Это затрудняет процесс познания и оказывает отрицательное влияние на формирование других ощущений и восприятий. В связи с нарушением слуха особую роль приобретает зрение, на базе которого развивается речь глухого ребенка. Очень важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, тактильно-вибрационные ощущения.

Память неслышащих и слабослышащих детей отличается рядом особенностей. Значительно интенсивнее, чем у нормально слышащих детей, меняются представления (происходит потеря отчетливости, яркости воспроизведения объекта, уменьшение размеров, перемещение в пространстве отдельных деталей объекта, уподобление предмета другому, хорошо известному). Запоминание находится в тесной зависимости от способа предъявления материала, поэтому у детей затруднено запоминание, сохранение и воспроизведение речевого материала – слов, предложений и текстов. Специалисты отмечают, что особенности словесной памяти детей с нарушениями слуха находятся в прямой зависимости от замедленного темпа их речевого развития.

Специфические особенности воображения детей с недостатками или отсутствием слуха обусловлены замедленным формированием их речи и абстрактного мышления. Воссоздающее воображение играет особую роль в познавательной деятельности глухих и слабослышащих детей. Его развитие затрудняется ограниченными возможностями ребенка к усвоению социального опыта, бедностью запаса представлений об окружающем мире, неумением перестраивать имеющиеся представления в соответствии со словесным описанием. Исследование творческого воображения глухих и слабослышащих детей также показывает наличие ряда особенностей, связанных с недостаточным объемом информации об окружающем мире. Подчеркивая необходимость развития воображения глухих и слабослышащих детей, специалисты отмечают его важное влияние на процесс формирования личности в целом.

Особенности мышления детей с нарушениями слуха связаны с замедленным овладением словесной речью. Наиболее ярко это проявляется в развитии словесно-логического мышления. При этом наглядно-действенное и образное мышление глухих и слабослышащих учащихся также имеет своеобразные черты. Нарушение слуха оказывает влияние на формирование всех мыслительных операций, приводит к затруднениям в использовании теоретических знаний на практике.

Умственное развитие нормально развивающегося ребенка опирается на речь. У ребенка с нарушением слуха наблюдается расстройство всех основных функций речи (коммуникативной, обобщающей, контрольной, регулирующей) и составных частей языка (словарный запас, грамматический строй, фонетический состав). Поэтому дети, страдающие глубокими нарушениями слуха, в общем уровне развития отстают от своих сверстников. На почве нарушений устной речи ребенка возникает расстройство письменной речи, которое проявляется в форме различных дисграфий и аграмматизмов. При полной потере слуха речь ребенка формируется только в условиях специального обучения и с помощью вспомогательных форм – мимико-жестовой речи, дактильной, чтения с губ.

В соответствии с общими закономерностями психического развития личность глухого и слабослышающего ребенка формируется в процессе общения со сверстниками и взрослыми в ходе усвоения социального опыта. Нарушение или полная потеря слуха приводят к трудностям в общении с окружающими, замедляет процесс усвоения информации, обедняет опыт детей и не может не отразиться на формировании их личности. Слышащие дети значительную часть социального опыта усваивают спонтанно, дети с нарушениями слуха в этом плане ограничены в своих возможностях. Трудности общения и своеобразия взаимоотношений с обычными детьми могут привести к формированию некоторых негативных черт личности, таких как агрессивность, замкнутость. Однако специалисты считают, что при своевременно оказанной коррекционной помощи отклонения в развитии личности детей с глубокими нарушениями слуха могут быть преодолены. Эта помощь заключается в преодолении сенсорной и социальной депривации, в развитии социальных контактов ребенка, во включении его в общественно-полезную деятельность.

Нарушение слуха - полное (глухота) или частичное (тугоухость) снижение способности обнаруживать и понимать звуки. Нарушение слуха - это не только количественное снижение слухового восприятия (человек не слышит тихий голос), но и качественные необратимые стойкие изменения слуховой системы (человек ощущает звучание речи, но не различает звуки и слова, не понимает их смысла). Различают кондуктивные и сенсоневральные нарушения слуха. Кондуктивные нарушения слуха могут возникнуть у любого человека при воспалении среднего уха (отит), образовании серных пробок и пр. Также эти нарушения возникают при деформации строения ушных раковин, заращении слуховых проходов и др. Чаще всего они носят временный характер и могут быть вылечены.

Сенсоневральные нарушения слуха связаны с поражением слухового нерва и являются стойкими и необратимыми. Человеку с такими проблемами необходима поддерживающая терапия, слухопротезирование (подбор, настройка и использование индивидуальных слуховых аппаратов), а также длительная, систематическая психолого-педагогическая и социальная коррекция и реабилитация.

Причины нарушений слуха:

- наследственные (генная предрасположенность родителей);
- инфекционные заболевания матери (краснуха, грипп, герпес, токсоплазмоз, цитомегаловирус) и токсикозы во время беременности;
- лечение матери в период беременности или ребенка раннего возраста лекарственными препаратами, негативно влияющими на слуховой нерв (стрептомицин, канамицин, гентамицин и др.);

- недоношенность (роды ранее 32-й нед. беременности), родовая травма, асфиксия новорожденного;

- вирусные и инфекционные заболевания (менингит, энцефалит, скарлатина, тяжелые формы паротита, кори и гриппа);

- острый и хронический отит, который является наиболее частой причиной сенсоневрального снижения слуха;

- черепно-мозговые травмы ребенка.

В ряде случаев причину нарушения слуха установить не удастся.

Существуют два вида нарушения слуха: глухота (глухие дети) - нарушение слуха, при котором невозможно восприятие речи; тугоухость (слабослышащие дети) - более легкая степень нарушения слуха, при котором восприятие речи затруднено. Эти нарушения являются стойкими и не поддаются лечению. Глухие дети реагируют на голос повышенной громкости у уха, но не различают ни слов, ни фраз. Для глухих детей использование слухового аппарата или кохлеарного импланта обязательно.

Однако даже при использовании слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов глухие дети испытывают трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

Устная речь у этих детей развивается в результате длительной систематической коррекционной работы.

Слабослышащие дети имеют разные степени нарушения слуха:

1-я степень - ребенку доступно восприятие речи разговорной громкости на расстоянии 6 м и более, и даже шепот. Однако в шумной обстановке он испытывает серьезные затруднения при восприятии и понимании речи. Дети общаются при помощи устной речи.

2-я степень - ребенок воспринимает разговорную речь на расстоянии менее 6 м, некоторые дети - также шепотную – до 0,5 метра. Могут испытывать затруднения при восприятии и понимании речи в тихой обстановке. Необходимо обязательное использование слуховых аппаратов на уроке. Дети общаются при помощи устной речи, при этом она имеет специфические особенности.

3-я степень – дети воспринимают речь разговорной громкости неразборчиво на расстоянии менее 2 м, шепот - не слышат. Обычно понимают речь, когда видят лицо говорящего. Необходимо обязательное постоянное использование слуховых аппаратов для общения с окружающими и успешного обучения. Развитие устной речи у этих детей возможно при условии специальной систематической коррекционной работы с сурдопедагогом и логопедом.

4-я степень – у детей восприятие речи разговорной громкости неразборчиво даже у самого уха, шепот не слышат. Понимают речь при наличии слуховых аппаратов, когда видят

лицо говорящего и тема общения понятна. Показано обязательное слухопротезирование или кохлеарная имплантация. Устная речь развивается только в условиях систематической коррекционно – реабилитационной работы.

Слухопротезирование

Для коррекции нарушенного слуха используется слухопротезирование - подбор и настройка индивидуальных слуховых аппаратов или кохлеарное имплантирование.

Слышащие люди часто считают, что индивидуальный слуховой аппарат - это «очки» для слуха, с ним человек сразу становится слышащим и говорящим. Это верно лишь при незначительном понижении слуха (слабослышащие дети I и II степени); при тяжелом снижении слуха (слабослышащие дети III и IV степени, глухие) аппарат лишь улучшает разборчивость восприятия речи, может компенсировать ее нарушение. После слухопротезирования ребенку необходимы специальные занятия с сурдопедагогом по развитию слухового восприятия и речи.

Ребенок должен носить слуховые аппараты постоянно, чтобы иметь возможность все время слышать звуки и речь. Это обязательное условие для успешного обучения и общения. Если аппараты подобраны и настроены правильно, то их постоянное использование не вызывает у ребенка дискомфорт и ухудшение слуха.

Существует еще один современный способ коррекции слуха - кохлеарное имплантирование, которое позволяет детям с тяжелой потерей слуха воспринимать звуки на значительном расстоянии. Обязательным условием для этого являются систематические длительные занятия со специалистами по формированию слухового восприятия и развитию речи.

Восприятие речи детьми с нарушениями слуха

Существуют три способа восприятия речи: слухо-зрительный, слуховой, зрительный.

При любом снижении слуха ребенок начинает активнее пользоваться зрением. Для полноценного понимания речи говорящего дошкольники и школьники с нарушением слуха должны видеть его лицо, губы и слышать его с помощью слухового аппарата. Это и есть основной способ восприятия устной речи детьми с нарушениями слуха - слухо-зрительный.

При проведении занятий, уроков и внеклассных мероприятий необходимо учитывать эту особенность детей.

Слуховой способ восприятия речи, при котором ребенок слушает, не глядя на собеседника, доступен только детям с незначительной степенью снижения слуха (слабослышащие I степени).

Зрительный способ восприятия речи чаще используют глухие дети, которые по артикуляции собеседника частично воспринимают и понимают речь. Однако зрительное

восприятие глухими детьми речи собеседника затруднено, т.к. не все звуки можно «прочитать» по губам. Например, звуки М, П, Б ребенок «видит» одинаково и различить их может только при «подключении слуха»; звуки К, Г, Х не «видны» совсем - слова КОТ, ГОД, ХОД ребенок «видит» одинаково. Для того, чтобы понять сказанное, он должен научиться по едва улавливаемым видимым признакам угадывать произносимое собеседником и мысленно дополнять невидимые элементы речи.

Плохослышащие дети могут затрудняться в понимании речи (в частности, во время беседы) по ряду причин:

- особенности анатомического строения органов артикуляции говорящего (узкие губы, особенности прикуса и др.);
- специфика артикуляции говорящего (нечеткая, быстрая артикуляция и др.);
- маскировка губ - усы, борода, яркая помада и др.;
- тембровая окраска голоса говорящего;
- место расположения говорящего по отношению к ребенку (спиной к источнику света, спиной или боком к ребенку);
- неполное «слышание» даже со слуховым аппаратом;
- пробелы в овладении языком;
- участие в разговоре двух или более собеседников;
- отсутствие или неисправность слухового аппарата.

Особенности речевого развития детей с нарушениями слуха

Глухие дети могут овладеть речью только в процессе специального коррекционного обучения.

Слабослышащие дети по сравнению с глухими могут самостоятельно, хотя бы в минимальной степени, накапливать словарный запас и овладевать устной речью. Однако наилучшего результата эти дети достигают в процессе специально организованного обучения.

Наблюдения показывают, что успешность овладения любым предметом, зависит от уровня развития речи.

По уровню речевого развития всех плохослышащих детей можно разделить на три группы:

Дети первой группы (с незначительным понижением слуха):

- имеют достаточно объемный словарный запас;
- испытывают затруднения при восприятии отдельных элементов речи и шепота, что нередко вызывает трудности в усвоении программного материала;
- неправильно произносят отдельные звуки в спонтанной речи;

- искажают звуко-слоговую структуру слова;
- допускают аграмматизм, который переносится в письмо;
- испытывают незначительные затруднения при составлении текста.

Ко второй группе относятся глухие и слабослышащие дети, включенные в коррекционную работу с раннего возраста, которые:

- имеют сниженный, по сравнению со слышащими, объем, словарного запаса;
- испытывают определенные специфические трудности при восприятии речи, что вызывает выраженные проблемы в овладении программным материалом.
- произносят звуки смазанно или искаженно;
- затрудняются в интонационном оформлении речи;
- допускают стойкий аграмматизм в устной и письменной речи.
- испытывают трудности при продуцировании связного высказывания;
- бегло читают.

Третья группа - это слабослышащие и глухие дети с грубым системным нарушением речи, которые, как правило, обучаются в специальных коррекционных образовательных учреждениях.

Развитие познавательной сферы детей с нарушениями слуха

1) Внимание:

- сниженный объем внимания;
- меньшая устойчивость, а, следовательно, большая утомляемость, так как получение информации происходит на слухо-зрительный основе. У слышащего школьника в течение урока происходит смена анализаторов: при чтении ведущий зрительный анализатор, при объяснении материала - слуховой. У ребенка с нарушением слуха такой смены нет - постоянно задействованы оба анализатора;
- низкий темп переключения: ребенку с нарушением слуха требуется определенное время для окончания одного учебного действия и перехода к другому;
- трудности в распределении внимания: школьник сохранным слухом может одновременно слушать и писать, ребенок с нарушениями слуха при этом испытывает серьезные затруднения.

2) Память:

- образная память развита лучше, чем словесная (на всех этапах и в любом возрасте);
- уровень развития словесной памяти зависит от объема словарного запаса ребенка с нарушением слуха. Ребенку требуется гораздо больше времени на запоминание учебного материала, практически при всех степенях снижения слуха словесная память значительно отстает.

3) Особенности мышления:

- уровень развития словесно-логического мышления зависит от развития речи плохослышащего учащегося.

Особенности эмоционально-личностного развития детей с нарушениями слуха

Можно выделить различные неблагоприятные факторы, оказывающие влияние на развитие личности и эмоциональной сферы детей с нарушениями слуха.

Нарушение словесного общения частично изолирует глухого от окружающих его говорящих людей, это создает определенные трудности в усвоении социального опыта. Отставание в развитии речи приводит к затруднениям в осознании своих и чужих эмоциональных состояний, это приводит к упрощению межличностных отношений. *Зафиксируем внимание на наиболее выраженных особенностях эмоционально-личностного развития детей данной категории:*

- для плохослышащего педагог играет значительную роль в формировании межличностных отношений (в формировании оценки одноклассников и самооценки) на протяжении длительного времени, вплоть до старших классов;

- у неслышащих и слабослышащих детей необоснованно долго сохраняется завышенная самооценка. Это объясняется тем, что с раннего возраста они находятся в зоне положительного оценивания своих достижений со стороны взрослых;

- возможно проявление агрессивного поведения, связанное с реальным оцениванием возможностей ребенка с нарушением слуха со стороны педагога и сверстников;

- приоритетное общение с педагогом и ограничение взаимодействия со сверстниками;

- «неагрессивная агрессивность» - использование ребенком с нарушением слуха невербальных средств для привлечения внимания собеседника (схватить за руку, постучать по плечу, подойти очень близко, заглядывать в рот сверстника и т.д.), что воспринимается слышащими как проявление агрессивности.

Нельзя не отметить следующие особенности коммуникации детей с нарушениями слуха:

- плохослышащему ребенку воспринимать речь окружающих легче, если он хорошо видит лицо говорящего;

- нередко ошибочные ответы или затруднения в ответах детей вызваны незнанием лексических значений отдельных слов, незнакомой формулировкой высказывания непривычной артикуляцией собеседника;

- при ответе на вопрос «Все ли понятно?» ребенок с нарушением слуха чаще ответит утвердительно, даже если он ничего не понял;

- ребенку с нарушением слуха трудно воспринимать и понимать продолжительный монолог;

- испытывает значительные трудности в ситуации диалога и полилога;

- у ребенка с нарушением слуха имеются психологические барьеры в общении со слышащими.

Психическое развитие детей с нарушениями слуха - это своеобразный путь развития, совершающегося в особых условиях взаимодействия с внешним миром, но оно подчиняется тем же закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормально слышащих детей.

2) Психолого – педагогические особенности детей и подростков с нарушениями зрения

Зрение — самый мощный источник информации о внешнем мире. 85-90% информации поступает в мозг через зрительный анализатор, и частичное или глубокое нарушение его функций вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии ребенка. Зрительный анализатор обеспечивает выполнение сложнейших зрительных функций. Принято различать пять основных зрительных функций:

- 1) центрального зрения;
- 2) периферического зрения;
- 3) бинокулярного зрения;
- 4) светоощущения;
- 5) цветоощущения.

Зрение, при котором глаз различает две точки под углом зрения в одну минуту, принято считать нормальным, равным единице (1,0). Узнавание формы предмета у ребенка появляется раньше (5 месяцев), чем узнавание цвета.

Бинокулярное зрение — способность пространственного восприятия, объема и рельефа предметов, видение двумя глазами. Его развитие начинается на 3—4 месяце жизни ребенка, а формирование заканчивается к 7—13 годам. Совершенствуется оно в процессе накопления жизненного опыта. Нормальное бинокулярное восприятие возможно при взаимодействии зрительно-нервного и мышечного аппаратов глаза. У слабовидящих детей бинокулярное восприятие чаще всего нарушено. Одним из признаков нарушения бинокулярного зрения является косоглазие — отклонение одного глаза от правильного симметричного положения, что осложняет осуществление зрительно-пространственного синтеза, вызывает замедленность темпов выполнения движений, нарушение координации и т. д. Нарушение бинокулярного зрения приводит к неустойчивости фиксации взора. Дети часто бывают не в

состоянии воспринимать предметы и действия во взаимосвязи, испытывая сложности в слежении за движущимися предметами (мячом, воланом и др.), степени их удаленности. В связи с этим таким детям надо давать больше времени для рассматривания предметов и динамического восприятия, а также словесного описания тех предметов и действий, которые учащимся предстоит наблюдать самостоятельно. Важным средством развития бинокулярного зрения являются различные виды бытового труда и игровой деятельности: игра в мяч, кегли и др., моделирование и конструирование из бумаги (оригами), картона, занятия с мозаикой, плетение и т. п.

Периферическое зрение действует в сумерках, оно предназначено для восприятия окружающего фона и крупных объектов, служит для ориентировки в пространстве. Этот вид зрения обладает высокой чувствительностью к движущимся предметам. Состояние периферического зрения характеризуется полем зрения. Поле зрения — это пространство, которое воспринимается одним глазом при его неподвижном положении.

Степень выраженности отставания в психическом развитии зависит от этиологии, тяжести и времени возникновения дефектов зрения, а также от своевременного начала коррекционно-реабилитационной работы. Особенности психического развития слепых и слабовидящих детей является слабость абстрактно-логического мышления, ограниченность знаний и представлений об окружающем с преобладанием общих, неконкретных знаний. Характерен малый объем чувственного опыта, формальный словарный запас и недостаточно точная предметная соотнесенность слов. Дефекты зрения тормозят развитие двигательных навыков и умений, пространственной ориентировки и определяют малую моторную активность ребенка, общую его медлительность. Такие дети, часто пытаются "скрыть" или отрицать дефект, если о нем узнают окружающие. Они чувствуют себя скованно, неестественно и дискомфортно. Стесняются обращаться за помощью. Бывают ранимы и чувствительны к критике.

Благодаря цветовому зрению человек способен воспринимать и различать все многообразие цветов в окружающем мире. Появление реакции на различение цвета у маленьких детей происходит в определенном порядке. Быстрее всего ребенок начинает узнавать красный, желтый, зеленый цвета, а позднее — фиолетовый и синий.

Глаз человека способен различать разнообразные цвета и оттенки при смешивании трех основных цветов спектра: красного, зеленого и синего (или фиолетового). Выпадение или нарушение одного из компонентов называется дихромазией. Впервые это явление описал английский ученый-химик Дальтон, который сам страдал этим расстройством. Поэтому нарушения цветового зрения в некоторых случаях называют дальтонизмом. При нарушении

восприимчивости красного цвета красные и оранжевые оттенки детям кажутся темно-серыми или даже черными. Желтый и красный сигнал светофора для них — один цвет.

У слабовидящих детей расстройства цветоразличения зависят от клинических форм слабовидения, их происхождения, локализации и течения.

У незрячих вместо зрения управление движениями рук заменяется мышечным чувством. Отмечен факт наличия как у нормальновидящих, так и у незрячих, слабовидящих кожно-оптической чувствительности («кожного зрения»), способности кожных покровов реагировать на световое и цветовое воздействие. Различение цветовых оттенков происходит благодаря различным качествам цветоощущения. Цветовые тона делятся на:

- 1) «гладкие» и «скользкие» — голубой и желтый цвета;
- 2) «притягивающие» или «вязкие» — красный, зеленый, синий;
- 3) «шероховатые» или «тормозящие» движения рук — оранжевый и фиолетовый.

Самым «гладким» улавливается белый цвет, а «тормозящим» — черный.

Педагогам необходимо иметь сведения о цветоразличительных возможностях обучающихся. Это важно при демонстрации и использовании цветного спортивного инвентаря (мячи, обручи, скакалки, лыжи и пр.), наглядных пособий, рассматривании репродукций и т.д. При изготовлении наглядных пособий используются преимущественно красный, желтый, оранжевый и зеленый цвета.

Светоощущение — способность сетчатки воспринимать свет и различать его яркость. Различают световую и темновую адаптацию. Нормально видящие глаза обладают способностью приспосабливаться к разным условиям освещения.

Световая адаптация — приспособление органа зрения к высокому уровню освещения. Световая чувствительность появляется у ребенка сразу же после рождения.

Люди, у которых нарушена световая адаптация, в сумерках видят лучше, чем на свету. У некоторых детей с нарушением зрения отмечается светобоязнь. В этом случае дети пользуются темными очками. Такому ребенку следует предложить место для занятий в теневой части или стать спиной к солнцу (источнику света).

Расстройство темновой адаптации приводит к потере ориентации в условиях пониженного освещения.

По данным ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения, 1999), во всем мире насчитывается более 35 млн незрячих, в России — 260 тыс. Слепота бывает врожденной и приобретенной. Врожденная слепота — нарушение развития некоторых отделов головного мозга, зрительных нервов, сетчатки глаза. Приобретенная слепота развивается после перенесенных глазных заболеваний: глаукомы, трахомы, кератита, поражения зрительного

нерва, а также после травм глазного яблока, повреждений глазницы и черепно-мозговых травм.

Ребенок с нарушением зрения — термин, касающийся как незрячих, так и слабовидящих. Незрячих делят на тотально слепых ($Vis = 0$) и детей с остаточным зрением (Vis от 0 до 0,04 с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). Слабовидящие дети по состоянию зрительных функций разнообразны. Это обусловлено прежде всего клиническими формами и степенью их глазной патологии. Слабовидящими считают людей, имеющих остроту зрения от 0,2 до 0,6 (с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). К данной категории относятся дети со следующими заболеваниями: близорукость, дальнозоркость, косоглазие, астигматизм, альбинизм, амблиопия, нистагм, микрофтальм, дети с монокулярным зрением, а также с нарушениями центрального и периферического зрения и др.

К сопутствующим заболеваниям, встречающимся у детей с нарушением зрения, относятся: общее недоразвитие речи (ОНР) разных уровней, сопровождающееся различными типами дизартрии, недоразвитие письменной речи смешанного характера (разные виды дисграфии), соматические заболевания, задержка психического развития, детский церебральный паралич, минимальная мозговая дисфункция (ММД).

Психофизическое развитие детей с нарушением зрения проходит по тем же законам и этапам, что и у нормально видящих сверстников, но имеет ряд особенностей и некоторых отклонений.

Развитие познавательной сферы детей с нарушениями зрения

Нарушение зрения определяет слабое развитие психомоторной сферы, запаздывает формирование целенаправленных предметно-игровых действий, возможны появления навязчивых стереотипных движений: раскачивание головы, туловища, размахивание руками. Все это объясняется обеднением чувственного опыта, разрывом связи между ребенком и окружающей действительностью.

Этиология дефектов зрения может быть связана как с экзогенными, так и эндогенными факторами. Имеют значение различные экзогенные воздействия на плод в период беременности (такие инфекции, как туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, вирусные заболевания, болезни обмена веществ, интоксикации беременной матери алкоголем, лекарственными препаратами — гормональными, снотворными и т.д.). Нередкой причиной является патология родов. Среди постнатальных заболеваний основное место занимают острые и хронические инфекции, реже — менингиты и опухоли мозга. Наследственным факторам в происхождении патологии зрения отводится от 15 до 17%.

Огромное значение для возникновения вторичных нарушений развития имеет степень выраженности сенсорного дефекта. При нарушениях зрения вторично страдает двигательная сфера. На уровне слабовидения зрительное восприятие ограничивается замедленностью, узостью обзора, недостаточностью четкости и яркости, нередко искаженностью предметов. Поэтому при слабовидении будут сохраняться значительно большие потенциальные возможности нервно-психического развития, чем при слепоте.

Исследования специалистов показывают, что задержка развития, вызванная нарушением зрения, при соответствующих условиях обучения и воспитания преодолевается. Однако этот процесс занимает длительное время, требует больших усилий и знания специфических отклонений и сохранных возможностей детей.

Нарушение зрения оказывает негативное воздействие на развитие всех психических функций слепого и слабовидящего ребенка, психические процессы приобретают своеобразие как в процессе формирования, так и в результате их реализации в соответствующей деятельности. Однако это не означает, что они не могут достигать того же уровня развития, как у детей без нарушений зрительных функций. Например, произвольное и непроизвольное внимание ребенка с нарушением зрения формируется в деятельности, которая активизирует духовные потребности, интересы, волевые качества и определяет уровень развития и направленность внимания.

Серьезные нарушения зрения отражаются на сенсорной организации человека и его познавательной деятельности. Полная или частичная потеря зрения приводит к перестройке работы других анализаторных систем: у тотально слепых утраченные зрительные функции замещаются деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов, у частично зрячих доминирующим видом восприятия остается зрение.

Полная или частичная утрата функции зрения, ограничивая возможность чувственного отражения внешнего мира, отражается и на процессе развития мышления. У слепых и слабовидящих детей затруднены операции анализа и синтеза, отмечается недостаточная полнота сравнения. Наблюдаются нарушения классификации, обобщения, абстрагирования и конкретизации. Однако эти недостатки не делают мышление таких людей неотвратимо неполноценным. В условиях специального обучения в значительной мере устраняется основная причина замедленного развития мышления – пробелы в сфере чувственных, конкретных знаний, и это способствует коррекции отклонений в развитии мышления слепых и слабовидящих детей.

Неблагоприятные условия воспитания (чрезмерная опека или, наоборот, недостаток внимания) детей рассматриваемой категории приводят к возникновению у них таких личностных качеств, как эгоизм, установка на постоянную помощь, равнодушие к

окружающим и др. Ограниченные контакты с окружающими влекут за собой замкнутость, некоммуникабельность, стремление уйти в свой внутренний мир. Это затрудняет формирование деловых и личностных взаимоотношений с окружающими.

Органические расстройства зрительного анализатора, нарушая социальные отношения, изменяя статус ребенка со зрительной недостаточностью, провоцируют возникновение у него ряда специфических установок, опосредованно влияющих на психическое развитие ребенка со зрительной депривацией. Неудачи и трудности, с которыми ребенок сталкивается в обучении, в игре, в овладении двигательными навыками, пространственной ориентировке, вызывают сложные переживания и негативные реакции, проявляющиеся в неуверенности, пассивности, самоизоляции, неадекватном поведении и даже агрессивности. Многим детям с нарушением зрения присуще астеническое состояние, характеризующееся значительным снижением желания играть, нервным напряжением, повышенной утомляемостью. Нужно иметь в виду, что дети с депривацией зрения оказываются в стрессовых ситуациях чаще, чем их нормально видящие сверстники. Постоянно высокое эмоциональное напряжение, чувство дискомфорта могут в отдельных случаях вызвать эмоциональные расстройства, нарушения баланса процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Особенности внимания.

Из-за недостатка зрения нарушено произвольное внимание (узкий запас знаний и представлений). Снижение произвольного внимания обусловлено нарушением эмоционально-волевой сферы и ведет к расторможенности — низкому объему внимания, хаотичности, т. е. нецеленаправленности, переходу от одного вида деятельности к другому, или, наоборот, к заторможенности детей, инертности, низкому уровню переключаемости внимания. Внимание часто переключается на второстепенные объекты.

Рассеянность детей нередко объясняется переутомлением из-за длительного воздействия слуховых раздражителей. Поэтому у детей с патологией зрения утомление наступает быстрее, чем у нормально видящих сверстников. Но внимание слепых и слабовидящих подчиняется тем же законам, что и у нормально видящих, и может достигать того же уровня развития.

Особенности памяти.

Дефекты зрительного анализатора, нарушая соотношение основных процессов возбуждения и торможения, отрицательно влияют на скорость запоминания. Быстрое забывание усвоенного материала объясняется не только недостаточным количеством или отсутствием повторений, но и недостаточной значимостью объектов и обозначающих их понятий, о которых дети с нарушением зрения могут получить только вербальное знание.

Ограниченный объем, сниженная скорость и другие недостатки запоминания детей с нарушением зрения имеют вторичный характер, т.е. обусловлены не самим дефектом зрения, а вызываемыми им отклонениями в психическом развитии.

У детей с нарушением зрения увеличивается роль словесно-логической памяти. Выявлена слабая сохранность зрительных образов и снижение объема долговременной памяти. Объем кратковременной слуховой памяти у всех категорий детей с нарушением зрения высокий. Образы памяти незрячих при отсутствии подкрепления имеют тенденцию к быстрому угасанию. Значимость вербальной информации для детей с нарушением зрения играет особую роль в его сохранении. С возрастом происходит переход от произвольного вида памяти к произвольному. Ухудшение двигательной памяти наблюдается у мальчиков в 10—11 и 14—15 лет, у девочек 12—15 лет.

Процесс узнавания у слабовидящих зависит от того, насколько полно был сформирован ранее образ воспринимаемого объекта.

Особенности восприятия.

У детей с депривацией зрения ослаблены зрительные ощущения, а восприятие внешнего мира ограничено. Эти затруднения сказываются на степени полноты, целостности образов отображаемых предметов и действий, но они могут только изменить тип восприятия, но не влияют на физиологический механизм восприятия. В зависимости от степени поражения зрительных функций нарушена целостность восприятия. У слабовидящих доминирует зрительно-двигательно-слуховое восприятие. Они способны одновременно воспринимать одно-два движения или отдельные элементы движений.

Процесс узнавания у слабовидящих детей цветных, контурных и силуэтных изображений не однозначен. Из всех видов изображений лучше всего дети узнают цветные картинки, так как цвет дает им дополнительную к форме изображений информацию. Значительно сложнее дети с нарушением зрения ориентируются в контурных и силуэтных изображениях. Чем сложнее форма предмета и менее приближена к геометрическим формам, тем труднее дети опознают объект. При восприятии контурных изображений успешность опознания зависит от четкости, контрастности и толщины линии. Так, линии толщиной в 1,5 мм и выполненные черным цветом на белом фоне дети воспринимают быстрее всего.

Особенности мышления.

Дети с нарушением зрения не имеют возможности воспринимать окружающую ситуацию в целом, им приходится анализировать ее на основании отдельных признаков, доступных их восприятию. Тифлопсихологи утверждают, что дети с нарушением зрения проходят те же стадии в развитии мышления и примерно в том же возрасте и могут решать

задачи, не опираясь на зрительные восприятия. При сохранном интеллекте мыслительные процессы развиваются, как у нормально видящих сверстников. Однако наблюдаются некоторые отличия. У детей с нарушением зрения сужены понятия об окружающем мире (особенно у детей младших классов), суждения и умозаключения могут быть не вполне обоснованы, так как реальные субъективные понятия недостаточны или искажены. У слабовидящих отмечается словесно-логическое и наглядно-образное мышление.

Особенности физического развития и двигательных нарушений

Нарушение зрения затрудняет пространственную ориентировку, задерживает формирование двигательных навыков, ведет к снижению двигательной и познавательной активности. У некоторых детей отмечается значительное отставание в физическом развитии. В связи с трудностями, возникающими при зрительном подражании, овладении пространственными представлениями и двигательными действиями, нарушается правильная поза при ходьбе, беге, в естественных движениях, в подвижных играх, нарушается координация и точность движений.

Особенности речевого развития детей с нарушением зрения

Дети, имеющие зрительные нарушения, отличаются замедленностью формирования речи. Проявляется это в ранние периоды ее развития из-за недостаточности активного взаимодействия детей, имеющих патологию зрения, с окружающими людьми, а также обедненности предметно-практического опыта детей. В связи с этим наблюдаются специфические особенности формирования речи, проявляющиеся в нарушении словарно-семантической стороны речи, в формализме употребления значительного количества слов с их конкретными чувственными характеристиками. Их употребление детьми бывает слишком узким, когда слово связывается только с одним знакомым ребенку предметом, его признаком или, наоборот, становится слишком общим, отвлеченным от конкретных признаков, свойств предметов и явлений окружающей жизни.

Дети с глубокими нарушениями зрения не имеют возможности в полном объеме воспринимать артикуляцию собеседника, не имеют четкого образа движения губ во время разговора, из-за чего они часто допускают ошибки при звуковом анализе слова и его произношении.

Наиболее распространенным дефектом речи при слепоте и слабовидении у дошкольников и младших школьников является косноязычие разного характера - от сигматизма (неправильное произношение свистящих и шипящих звуков) до ламбдацизма (неправильное произношение звука «Л») и ротацизма (неправильное произношение звука «Р»).

Трудности, связанные с овладением звуковым составом слова и определением порядка звуков, нередко проявляются в письменной речи. Нарушения звуковой последовательности при написании слов в значительной степени объясняется отсутствием или неполноценностью зрения. Дети при письме из-за недостаточности звукового анализа слова делают пропуски букв, замены или перестановки.

Недостаточность словарного запаса, непонимание значения и смысла слов делают рассказы детей информативно бедными, им трудно строить последовательный, логичный рассказ из-за снижения количества конкретной информации.

Устная речь детей с нарушением зрения часто бывает сбивчива, отрывочна, непоследовательна. Они не всегда планируют свои высказывания. К трудностям развития речи детей со зрительной патологией относят особенности усвоения и использования неязыковых средств общения - мимики, жеста, интонации, являющихся неотъемлемым компонентом устной речи. Не воспринимая совсем или плохо воспринимая зрительно большое количество мимических движений и жестов, придающих одним и тем же высказываниям самые различные оттенки и значения, и не пользуясь в своей речи этими средствами, слепые и слабовидящие дети существенно обедняют свою речь, она становится маловыразительной. У этих детей наблюдается снижение внешнего проявления эмоций и ситуативных выразительных движений, что оказывает влияние на интонационное оформление речи, вызывая ее бедность и монотонность.

Чаще всего указанные своеобразия личности детей со зрительными дефектами обусловлены рядом причин: недостатком чувственного опыта, трудностями ориентировки в окружающем пространстве (боязнь нового), отсутствием соответствующих условий воспитания, ограничением в деятельности, отрицательными попытками наладить контакты со зрячими. На фоне этого у детей с нарушением зрения наблюдается неуверенность в своих возможностях, снижается интерес к результату труда, не формируются умения преодолевать трудности.

Таким образом, органический дефект, нарушая познавательную деятельность и ограничивая социальные контакты, может привести к целому ряду отклонений в формировании и развитии личности слепых и слабовидящих детей в целом. К личностным особенностям детей относятся изменения в динамике потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения, сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного опыта, отсутствие или нарушение внешнего проявления внутренних состояний и, как следствие – недостаточность эмоциональной сферы.

3) ***Психолого–педагогические особенности детей и подростков с нарушениями функции опорно–двигательного аппарата (ОДА).***

Разработать тактику помощи детям с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата возможно только на основе знаний о конкретном нарушении, имеющемся у ребенка, и понимании компенсаторных возможностей, на которые можно будет опираться при обучении и воспитании.

К категории детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА) относятся:

I. Дети с заболеваниями нервной системы, а именно:

- с детскими церебральными параличами;
- с последствиями полиомиелита;
- с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями (миопатия, рассеянный склероз и др.);

II. Дети с врожденными патологиями опорно-двигательного аппарата:

- врожденный вывих бедра;
- кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалии развития позвоночника (сколиоз);
- недоразвитие и дефекты конечностей;
- аномалии развития пальцев кисти;
- артрогрипоз (врожденное уродство)

III. Дети с приобретенными недоразвитиями или деформациями опорно-двигательного аппарата:

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства детей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект, а именно задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций, которые имеют различную степень выраженности:

- при тяжелой степени дети не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Навыки самообслуживания у них не сформированы;

- при средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции (наиболее многочисленная группа);

- при легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, у них достаточно развита манипулятивная деятельность, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы, нарушения походки, насильственные движения и др.

В связи с тем, что среди нарушений опорно-двигательного аппарата основное место занимает детский церебральный паралич (ДЦП), 89% детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата - это дети с ДЦП. За последние годы данное заболевание стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей (частота его проявлений в РФ достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных. Современная статистика только по Москве насчитывает около 9000 инвалидов детства с ДЦП). Поэтому целесообразно остановиться на психолого-педагогической характеристике детей, страдающих церебральным параличом.

Детский церебральный паралич - это группа двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны центральной нервной системы за функционированием мышц. Двигательные нарушения очень часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, а также нарушениями функций других анализаторных систем. При этом все расстройства имеют разную степень выраженности, варьируясь от легких до грубейших нарушений, где могут наблюдаться различные их сочетания. Важно отметить, что ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние детей, как правило, улучшается.

Специфические особенности двигательного развития детей с ДЦП

У ребенка с ДЦП последовательность и темп созревания всех двигательных функций нарушены:

- наличие примитивных врожденных рефлекторных форм двигательной активности, не характерных для данного возрастного этапа. В норме врожденные

рефлексы (рефлекс Моро, хватательный, рефлекс отталкивания и др.) угасают к 3 месяцам жизни, создавая благоприятную основу для развития произвольных движений. У детей с ДЦП врожденные безусловные рефлексы не угасают на первом году жизни, а обычно усиливаются и в последующие годы остаются стойкими, что сказывается на сильной задержке в формировании произвольных двигательных актов.

- с большим трудом и опозданием формируются основные моторные функции - такие, как удержание головы в вертикальном положении; повороты со спины на бок, со спины на живот, с живота на спину; навыки сидения; ползания; прямохождение; ходьба; манипулятивная деятельность.

Следует отметить общие нарушения, которые составляют структуру двигательного дефекта при ДЦП:

- нарушение мышечного тонуса по типу повышения (спастичность, мышечная гипертония) или понижения (гипотония), а также меняющийся тонус или смешанная форма с различными сочетаниями нарушений (дистония).

- наличие параличей и парезов (полное отсутствие или ограничение объема произвольных движений). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. А это в своё время затрудняет формирование ходьбы, навыков самообслуживания, предметной, игровой, учебной и других видов деятельности.

Но очень важно понимать, что ДЦП - это не неспособность двигаться вообще, а неспособность произвольно управлять процессом мышечного движения. В зависимости от локализации нарушения выделяют 4 вида церебрального паралича: тетраплегия (поражение всех четырех конечностей); диплегия (поражение либо верхних, либо нижних конечностей); гемиплегия (поражение либо правой, либо левой половины тела); моноплегия (поражение одной конечности).

- Наличие насильственных движений (гиперкинезы и тремор).

Всё это препятствует своевременному формированию предметной, игровой, учебной и других видов деятельности, негативно сказывается на речи и письме.

- Нарушения равновесия и координации движений (атаксия). Наблюдается неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме. Такие дети затрудняются бросить мяч в цель, поймать его. Наблюдается несоразмерность движений

(прежде всего рук). Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место.

- Содружественные движения (синкинезии). У детей с ДЦП часто наблюдаются патологические синкинезии, когда выполнение любого произвольного движения сопровождается непроизвольными движениями в других частях тела. В первую очередь вовлекаются наиболее пораженные конечности. Например, ребенку предлагается взять игрушку, поднять руку и др. В ответ мы видим, как пораженная нога сгибается в колене, приводится к туловищу и т.д. У детей с церебральным параличом отмечаются также оральные синкинезии, которые проявляются в том, что при попытках к активным движениям или при их выполнении происходит непроизвольное открывание рта. Наличие патологических синкинезий усложняет и затрудняет формирование произвольных движений и освоение различных видов деятельности.

- Наличие защитных рефлексов. Непроизвольные движения, выражающиеся в сгибании или разгибании парализованной конечности при ее раздражении.

- Нарушение ощущения движений (кинестезии). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, и ребёнку сложно определить положение собственного тела в пространстве, нарушается координация движений и пр. У многих детей искажено восприятие направления движения. Например, движение ноги вперед ощущается как движение в сторону. Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений, задерживает формирование тонких координированных движений. Всё это приводит к неадекватности во взаимодействии ребенка с окружающей средой, к нарушениям в формировании различных видов деятельности.

Формы детского церебрального паралича

В настоящее время в нашей стране принята классификация ДЦП К.А. Семеновой. Данная классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания - двигательные, речевые и психические, а также позволяет прогнозировать течение заболевания. Согласно этой классификации выделяют пять форм детского церебрального паралича.

1) *Спастическая диплегия*. Это наиболее распространённая форма ДЦП, встречающаяся в среднем у 50% детей с церебральным параличом. При данной форме имеются двигательные нарушения в верхних и нижних конечностях, причем ноги поражены сильнее, чем руки. Степень поражения рук может быть различной - от выраженных ограничений в объеме и силе движений и до легкой моторной неловкости. При спастической

диплегии основным признаком является повышение мышечного тонуса в нижних конечностях с ограничением объема и силы движений. Выраженные симптомы спастической диплегии обнаруживаются уже в первые дни жизни ребенка. При купании и пеленании появляется повышенный тонус мышц, проявляющийся в тугоподвижности, сопротивлении пассивным движениям. У детей отмечается вынужденное положение конечностей, при котором бедра повернуты внутрь, колени прижаты друг к другу. Дети начинают ходить с опозданием. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает осанку, затрудняет стояние и ходьбу. Обе ноги при попытке встать или лечь приводятся в движение одновременно. Относительно легкое нарушение двигательных функций рук позволяет пользоваться ими: ребёнок помогает себе при передвижении и во время ходьбы (при своевременном комплексном лечении ходьба осваивается), дает возможность развивать и формировать навыки самообслуживания, трудовые навыки, навыки письма и т.д.

Интеллектуальное развитие данной категории детей часто находится на нижней границе возрастной нормы и компенсируется в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием систематических занятий с дефектологом. У 70—80% детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи. При ранней коррекционно-логопедической помощи речевые расстройства наблюдаются реже, и степень их выраженности значительно меньшая. Такие дети могут учиться в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе массовой школы или по индивидуальной программе). Часть детей имеет умственную отсталость разной степени тяжести. Эти дети обучаются по программе школы VIII вида.

Прогноз при данной форме заболевания благоприятный в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятный в отношении становления двигательных функций. Степень социальной адаптации высокая и может достигать уровня здоровых людей при сохранном интеллекте и достаточном развитии манипулятивной функции рук.

2) *Двойная гемиплегия*. Самая тяжелая форма ДЦП, встречающаяся где-то 55% детей с церебральным параличом. Диагностируется уже в период новорожденности. Характеризуется тяжелыми двигательными нарушениями во всех четырех конечностях, причем руки поражаются в такой же степени, как и ноги, а иногда и сильнее. Развитие двигательных функций крайне затруднено. Дети не держат голову, не сидят, не стоят и не ходят. Не развиваются предпосылки к самостоятельному передвижению, формированию

навыков самообслуживания. Однако ранняя и систематическая работа по физическому воспитанию в сочетании со всеми видами консервативного лечения может привести к улучшению в состоянии.

Интеллект страдает больше, чем при других формах ДЦП. Интеллектуальное развитие детей соответствует олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или идиотии. В речевом развитии отмечаются грубые нарушения по типу анартрии (речь полностью отсутствует либо произносятся отдельные звуки, слоги). Прогноз двигательного, психического и речевого развития неблагоприятный. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации. В большинстве случаев дети с двойной гемиплегией необучаемы.

3) *Гемипаретическая форма* наблюдается в среднем у 20% детей с ДЦП. Характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Чаще отмечается более тяжелое поражение руки. Мышечный тонус в руке высокий, она согнута и локтевом суставе, приведена к туловищу; кисть опущена и сжата в кулак. Если ребенок не пользуется пораженной рукой, то со временем наблюдается ее отставание в росте. В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушение функции счета, может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария отмечаются нарушения эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной лабильности. Овладение возрастными двигательными навыками происходит с опозданием. Дети начинают ходить в 2-3 года.

Патология речи отмечается у 30-40 % детей. Интеллектуальное развитие варьируется от нижней границы возрастной нормы до грубого интеллектуального дефекта. Причем снижение интеллекта не всегда пропорционально тяжести двигательных нарушений. Прогноз двигательного развития благоприятный при своевременно-адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно, навыки самообслуживания формируются. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются интеллектуальными возможностями ребенка, а не тяжестью двигательных нарушений.

4) *Гиперкинетическая форма* встречается примерно у 15% детей с церебральным параличом. Характеризуется двигательными расстройствами, проявляющимися в виде насильственных произвольных движений - гиперкинезов. Первые проявления гиперкинезов начинают выявляться с 4-6 мес. в мышцах языка, и только к 10-18 мес. появля-

ются в других мышечных группах: мышцы лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, достигая максимального развития к 2-3 годам жизни. Гиперкинезы возникают непроизвольно, исчезают во сне и уменьшаются вдвое, усиливаются при движении и волнении, утомлении и эмоциональном напряжении.

Гиперкинезы часто сочетаются с изменениями мышечного тонуса по типу дистонии, переходом от низкого тонуса к тоническим спазмам в определенных группах мышц. Так как гиперкинезы не могут подавляться волевым усилием, осуществление произвольных движений затруднено. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2-4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно освоить стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4-7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная. Равновесие при ходьбе легко нарушается, но стоять на месте больным труднее, чем идти. Наличие насильственных движений в мышцах верхних конечностей затрудняет развитие манипулятивной, предметной, игровой, изобразительной и других видов деятельности и навыков самообслуживания. 90% детей с гиперкинетической формой ДЦП имеют речевые нарушения, чаще всего в форме гиперкинетической дизартрии. Нарушения слуха наблюдаются у 5-20 %, у 10-15% отмечаются судороги. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллектуальное развитие в большинстве случаев находится в границах возрастной нормы. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей.

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. Это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. При умеренных двигательных расстройствах дети могут научиться писать, рисовать. Обучение данной категории детей может осуществляться при сохранном интеллекте в средних общеобразовательных школах и на дому (по программе массовой школы или по индивидуальной программе), а также в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Некоторые из них учатся в школе для умственно отсталых детей, что бывает обусловлено тяжелой речевой патологией и наличием гиперкинезов рук, не позволяющих освоить письмо. По окончании школы больные с этой формой ДЦП чаще, чем с другими формами заболевания, поступают в средние и высшие учебные заведения, как правило, успешно заканчивают их и адаптируются к доступной трудовой деятельности.

5) Атонически-астатическая форма наблюдается в среднем у 10% детей с ДЦП и характеризуется, прежде всего, низким мышечным тонусом и несформированностью реакций равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушением координации движения и

динамическим тремором. На 1-году жизни выявляются гипотония и задержка темпов психомоторного развития (дети долго не могут держать голову, сидеть начинают 1,5-2 года, стоять и ходить в 6-8 лет), функции хватания и манипулирования с предметами формируются в более поздние сроки и сопровождаются выраженным тремором рук и расстройствами координации движений. Походка характеризуется неустойчивостью. Для сохранения равновесия дети ходят, широко расставляя ноги в стороны, пошатываясь, однако часто падают. Траектория движения зигзагообразная. Дети испытывают существенные затруднения при совершении многих моторных актов: им трудно стоять, перешагивать препятствия, совершать повороты, прыжки, бегать и др. Все движения отличаются неточностью и несоразмерностью. Часто отмечается нарушение ритма движений, они затрудняются ходить под музыку в заданном ритме и темпе; при ходьбе координация движений рук и ног рассогласована. Тремор и нарушения координации движений рук сказываются на формировании навыка письма: буквы «пляшут», они неровные и чрезмерно большие, письмо прерывистое. У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии; может иметь место алалия. В 55% случаев у детей с атонически-астатической формой ДЦП отмечается олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

У большинства детей отмечается смешанный характер заболевания, проявляющийся в сочетании разных форм ДЦП. Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью поражения ЦНС. Дефицитарность моторной сферы приводит к двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушениям эмоционально-волевой сферы. Поэтому очень важно рассмотреть специфические особенности развития познавательной и эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП.

Развитие познавательной сферы детей с детским церебральным параличом

Считается, что примерно 20-25 % детей с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие их идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии. Задержка психического развития встречается приблизительно у 50% детей с церебральным параличом, и олигофрения имеет место у 25% детей с ДЦП. Но при всём этом нет прямой зависимости между выраженностью двигательных и психических нарушений - например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП - с тяжелым недоразвитием психических процессов. Важную роль в психическом развитии играют условия адекватного воспитания и обучения. Главные особенности познавательной деятельности и всей личности

ребенка с ДЦП - это выраженная диспропорциональность, неравномерность, нарушение темпа развития и качественное своеобразие.

Также важно заметить, что все психические процессы при данном заболевании имеют ряд общих особенностей - таких, как:

- нарушение активного произвольного внимания, которое отрицательно сказывается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ДЦП;
- выраженность астенических проявлений - повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов;
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов.

Выделим специфические особенности развития познавательной сферы детей с церебральным параличом. Следует отметить нарушение формирования избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Ребёнок застрекает на отдельных элементах. Отмечаются трудности формирования произвольного внимания.

При всех формах церебрального паралича происходит задержка и нарушение развития кинестетического анализатора. Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля. Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов наощупь затруднены.

Нарушается процесс активного восприятия окружающего мира. В силу двигательного дефекта затрудняется перцептивная активность, которая в свою очередь ведёт к задержке развития свойств восприятия, таких как активность, предметность, целостность, структурность и др. Всё это негативно сказывается на формировании образа восприятия и развитии зрительно-предметного восприятия в целом. Нарушен целостный образ предметов, стратегия восприятия фрагментарна. Ребенок плохо узнает предметы окружающего мира, не может соотнести эти предметы с их изображением. Затрудняется в узнавании усложненных вариантов предметных изображений. Многие не умеют найти нужную картинку или узнать ее, не умеют найти важную деталь на картинке.

Недостаточность сенсорно-перцептивного развития связана с низким уровнем кинестетического, зрительного и слухового восприятия. Дошкольники с церебральным параличом с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов, плохо дифференцируют сходные формы - круг и овал, квадрат и прямоугольник.

Отмечаются нарушения пространственного восприятия, у детей с ДЦП есть трудности в пространственно-временной ориентировке. Выражены нарушения схемы тела, с запозданием формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела, затруднена дифференциация правой и левой стороны тела, многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют

пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около).

Нарушение восприятия приводит к задержке психического развития и сказывается на овладении учебными предметами, поскольку именно оно составляет фундамент всей психической познавательной системы.

Нарушения в формировании образной памяти (включающей в себя зрительную, слуховую, осязательную память) большей частью являются следствием нарушений восприятия. Двигательная память развивается у детей с ДЦП с опозданием и весьма своеобразно. У некоторых детей с ДЦП механическая память по уровню развития может соответствовать возрастной норме или превышать ее, поэтому на начальных этапах обучения она помогает осваивать счет и чтение. Однако наблюдается механическое запоминание порядка следования явлений и их названий. Дети с ДЦП правильно перечисляют сезонные изменения, части суток и дни недели, но затрудняются в понимании каждого явления, путают то, что уже было, с тем, что наступит, т.е. возникают трудности в осмыслении, в понимании сущности явлений. Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении. Более полно дети с церебральным параличом запоминают яркие предметы и те, по которым можно создать больше ассоциативных связей.

У детей с ДЦП имеется ряд особенностей формирования мышления. Наглядно-действенное мышление формируется с большим опозданием и весьма своеобразно; так как ребенок с ДЦП лишен возможности двигаться либо такая возможность ограничена, он познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и рассказах окружающих. Поэтому очень часто у детей с ДЦП имеет место вербализация. Зачастую наглядно-образное и словесно-логическое мышление начинают развиваться практически без фундамента наглядно-действенного мышления и, не основываясь на чувственном опыте. Задержка в развитии словесно-логического мышления у детей с ДЦП проявляется в том, что мыслительные операции формируются с запозданием. Дети с трудом улавливают сходство различия, причинно-следственные связи, обобщают. Классификацию предметов проводят по принципу конкретных ситуативных связей, чаще всего по цвету. Обычно задержка в развитии логического мышления сочетается с низким уровнем сформированности познавательных интересов, с преобладанием игровых мотивов.

Речевое развитие детей с ДЦП характеризуется количественными и качественными патологическими особенностями, которые начинают проявляться в доречевой период (у

детей наблюдается малая активность звуковых проявлений, их лепет беден, фрагментарен). Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают звукопроизводительную сторону речи. Сроки речевого развития у детей, как правило, задержаны (первые слова появляются к 2-3 годам, фразовая речь - к 3-5 годам). Мелодико-интонационная сторона речи также нарушена: голос обычно слабый, иссякающий, интонации невыразительны. У 60-70% детей с ДЦП отмечается дизартрия.

При ДЦП отмечается задержка и нарушение формирования всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетико-фонематической. С трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие. Своеобразное формирование словарного запаса находит свое выражение в нарушении усвоения многих языковых категорий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих действия, признаки и качества предметов. Дети испытывают трудности в понимании и употреблении предлогов и абстрактных понятий. Часто отмечаются нарушения формирования грамматического строя речи, которые зачастую обусловлены лексическими расстройствами. Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом. При ДЦП речевые расстройства затрудняют общение детей с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

Развитие всех видов деятельности у детей с ДЦП проходит своеобразно, связано это в основном с двигательной патологией. Так как предметные действия затруднены и зрительно моторная координация зачастую не сформирована, предметная деятельность развивается со значительным опозданием. А это в свою очередь негативно сказывается на становлении игровой деятельности. Игровая деятельность дошкольников с ДЦП носит процессуальный, подражательный характер, замысел игры отсутствует, набор операций ограничен, отмечается бедность средств выразительности, скупость или отсутствие речевого сопровождения игровых действий. Целенаправленно- грамотное психолого-педагогическое сопровождение детей и проведение коррекционно-развивающей работы с ними по обучению игровой деятельности с показом игровых действий и ситуаций изменяет характер игры. Дети начинают отображать последовательность сюжетных действий, возникает использование предметов-заместителей, временная продолжительность игры возрастает. Особое внимание уделяется навыкам самообслуживания. Трудности развития этих навыков связаны с особенностями заболевания. У многих детей отмечается апраксия, т.е. неумение выполнять целенаправленные практические действия. Такие дети с особым трудом осваивают навыки одевания, раздевания.

Основным условием развития предметной, игровой, трудовой, учебной и других видов деятельности у ребенка с ДЦП является проводимая с ним систематическая коррекционно-развивающая работа по формированию основных структурных компонентов каждого из видов деятельности.

Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП

Развитие личности у детей с ДЦП в большинстве случаев проходит также своеобразно, хотя по тем же законам, что и развитие личности нормально развивающихся детей. Специфические особенности формирования эмоционально-волевой сферы детей с церебральным параличом могут быть связаны как с биологическими факторами (характер заболевания), так и с социальными условиями (воспитание и обучение ребенка в семье и учреждении). При этом степень нарушения двигательных функций не определяет степень нарушения эмоционально-волевой сферы.

По эмоционально-волевым проявлениям детей с ДЦП условно можно разделить на 2 группы. В одном случае дети с пониженной возбудимостью, чрезмерной чувствительностью ко всем внешним раздражителям. Обычно эти дети беспокойны, суетливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Эти дети эмоционально лабильны: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим, усиливаясь в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом.

У более многочисленной группы детей процесс торможения превалирует над процессом возбуждения. Такие дети отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в изменяющихся условиях, с большим трудом налаживают контакты с новыми людьми. У данной категории детей отмечаются такие нарушения личностного развития, как пониженная мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением, падением, сном и общением. В момент страха у них наблюдаются физиологические изменения (учащение пульса и дыхания, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюноотечение и гиперкинезы). Они стремятся к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является гиперопекающее воспитание ребенка и реакция на физический дефект.

Почти у всех детей с ДЦП проявляется личностная незрелость, которая выражается в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Обобщив вышеизложенное, можно отметить, что психическое развитие ребенка с церебральным параличом характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Поэтому перед специалистами, работающими с детьми данной категории, встает важная задача - оказание психолого-педагогической и социальной помощи в профилактике и коррекции этих нарушений.

4) Психолого – педагогические особенности детей и подростков с ЗПР

Изучение проблемы школьной неуспешности проводилось еще с начала 60-х годов, когда была выявлена группа детей, особенности в развитии которой, позволили выделить ее в особую категорию. Данная группа школьников получила название «дети с задержкой психического развития».

Под термином «задержка развития» понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в гено типе свойств организма.

По определению В.В. Лебединского, «речь идет не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны».

Огромный вклад в изучение детей с задержкой психического развития внесли Власова Т.А. и Певзнер М.С., которые в 1966 г. описали ряд клинических вариантов задержки в развитии организма (инфантилизма), положенный в основу клинической систематики задержки психического развития:

- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

- психофизический инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте;
- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями;
- психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевых функций.

На основе причинных (этиопатогенетических) факторов Лебединская К.С. совместно с группой ученых (Бертынь Г.П., Дунаева З.М., Марковская И.Ф., Певзнер М.С., Райская М.М. и др.) разработали клиническую систематику задержки психического развития: конституционального происхождения; соматогенного происхождения; психогенного происхождения; церебрально-органического происхождения.

1) Задержка психического развития конституционального происхождения

Речь идет о так называемом гармоническом инфантилизме, при котором эмоционально-волевая сфера ребенка напоминает развитие ребенка более младшего возраста.

Трудности, которые испытывают эти дети к моменту поступления в школу, связаны прежде всего с недостаточным развитием эмоционально-волевой сферы. При выполнении учебных заданий у детей наблюдается быстрая утомляемость и интеллектуальная пассивность. Они не приучены к систематической мыслительной деятельности, поэтому крайне поверхностно усваивают учебный материал. В то же время они очень активны в игровой деятельности, которая в какой-то мере компенсирует их неудачи в учебе.

При дисгармоническом инфантилизме личностные качества и характер поведения имеют патологические свойства: расстройства аффективно-личностной сферы, проявляющиеся в нарушениях поведения и эмоциональной возбудимости. Однако нарушения поведения не поддаются коррекции только лишь при помощи психолого-педагогических приемов и методов. Огромное значение придается медикаментозной терапии. Важным моментом является тот факт, что интеллектуально эти дети сохранены.

Инфантилизм, который проявляется в поведении и деятельности, есть не что иное, как недоразвитие личности ребёнка.

2) Задержка психического развития соматогенного происхождения

Этот вариант обусловлен соматической недостаточностью (длительными простудными заболеваниями, инфекционными болезнями, аллергическими реакциями, врожденными и приобретенными пороками развития). Специфической особенностью развития этого варианта задержки психического развития является нарушение интеллектуальной деятельности при первично сохранном интеллекте в результате длительной и стойкой астении.

У детей данной категории наблюдается низкая работоспособность, плохая сосредоточенность при выполнении задания. В процессе учебы дети быстро истощаются, в результате чего у них нарушаются процессы внимания и памяти. В тех случаях, когда нарушение психической деятельности возникло на более ранних этапах жизни ребенка, задержка психического развития проявляется в ограниченности представлений об окружающей действительности, в бедности словарного запаса и некотором недоразвитии форм мышления, в частности словесно-логического.

3) Задержка психического развития психогенного происхождения

Обнаруженные особенности развития связаны с неблагоприятными условиями воспитания в семье. В результате патогенного воздействия может наблюдаться нарушение психического развития по типу психической неустойчивости. Данный тип развития наблюдается в условиях гипоопеки - полного или частичного отсутствия правильного психолого-педагогического воздействия на формирующуюся личность ребенка. При этом отмечается снижение уровня развития познавательной деятельности и активности, что в сочетании с незрелостью эмоционально-волевой сферы в виде аффективности, импульсивности и повышенной внушаемости приводят к нарушению обучения.

Аномальное развитие личности по типу семьи обусловлено, наоборот, гиперопекой. Это приводит к неспособности выполнять самостоятельно даже посильную деятельность, отсутствию инициативности, ответственности. При выполнении задания эти дети всегда ориентированы на помощь взрослого.

Эмоционально-волевые нарушения представлены органическим инфантилизмом (Сухарева Г.Е. и др.), при котором отмечаются преобладание игровых интересов над учебными, внушаемость, а также отсутствие критики в свой адрес. Эмоционально-волевая сфера характеризуется отсутствием живости и яркости, а игровая деятельность - однообразием, отсутствием творчества и воображения.

Нарушение познавательной деятельности, возникающее в результате недоразвития психических процессов (памяти, внимания, пространственного гнозиса и др.) является важной особенностью в структуре задержки психического развития. Клиницисты подчеркивают иной характер нарушения познавательной деятельности, чем у детей с умственной отсталостью.

Рассмотренные выше различные формы задержанного психического развития позволяют объяснить особенности учебной деятельности этих детей, а также предложить различные вариативные методы и приемы их обучения.

Развитие познавательной сферы у детей с задержкой психического развития

1) Мыслительная деятельность

Одним из условий успешного обучения является соответствующая возрастному уровню зрелость всех познавательных психических процессов, отражающая не только общий объем знаний, умений и представлений, но и определенный уровень развития всех психических функций.

Особенности мышления детей с задержкой психического развития показывают, что интеллектуальная недостаточность имеет вторичный характер, определяемый главным образом отставанием в развитии отдельных компонентов мыслительной деятельности.

К их числу относятся преобладание конкретно-действенного и наглядно-образного мышления над абстрактно-логическим (так как наибольшие сложности у детей вызывает решение словесно-логических задач), склонность к подражательному виду деятельности при выполнении интеллектуальных заданий, недостаточная целенаправленность психической деятельности, слабость логической памяти.

Недостаточный уровень сформированности операций обобщения у детей с задержкой психического развития отчетливо проявляется при выполнении заданий на группировку предметов по родовой и видовой принадлежности и использование обобщающих слов.

Интеллектуальная деятельность отличается диспропорциональностью: в тех случаях, когда решение задачи может осуществляться наглядно-действенным способом и имеет предметную опору, дети не испытывают затруднений и выполняют задания успешно, как и их нормально развивающиеся сверстники. Однако, когда задача не связана с практическими действиями и предполагает внутреннюю, целенаправленную активность, эти дети не справляются с ней.

Решение логических задач практически-действенными способами также свидетельствует о том, что они не могут отвлечься от наглядной ситуации и действовать в плане образов и представлений. Преобладание данных методов решения задач связано с особенностями обучения, а также с ограниченностью конкретно-чувственного опыта ребенка, определяемого несформированностью основных психических функций: памяти, внимания, восприятия.

Психологическая сущность процесса «обучаемости» - «зона ближайшего развития» рассматривается как выражение общей способности ребенка к учению, а в качестве ведущих критериев сформированности данной способности подчеркивается важность широты переноса, «которая достигается различными индивидами в процессе обучения».

Поэтому, несмотря на перечисленные выше специфические особенности развития мышления, большинство таких детей воспринимают помощь взрослого, способны к усвоению новых знаний и их применению на практике и, как следствие, к обучению по программе общеобразовательной школы.

2) Память и внимание

Основной отличительной особенностью развития памяти является то, что этот процесс в большинстве случаев произвольный, так как запоминание и припоминание происходят независимо от воли и сознания.

Клинические и психолого-педагогические данные свидетельствуют о том, что имеющиеся нарушения памяти являются характерным признаком задержки психического развития и отличаются:

- преобладанием произвольных форм запоминания над произвольными;
- медленным нарастанием продуктивности запоминания;
- неумением применять рациональные приемы запоминания (например, план при запоминании текста, классификации и т.д.);
- снижением объема запоминания;
- нарушением порядка воспроизводимого цифрового и словесного материала, что объясняется недоразвитием функции самоконтроля;
- низкой избирательностью памяти.

Следует отметить и тот факт, что учащиеся с задержкой психического развития лучше запоминают наглядный (неречевой материал). При этом качество и продуктивность запоминания невербального материала над вербальным значительно выше, чем у нормально развивающихся детей.

Произвольное запоминание предполагает сознательный поиск опорных сигналов, то есть специальных способов запоминания. Школьникам с задержкой психического развития свойственно не только снижение данной поисковой активности, но и неумение применять уже сформированные приемы (например, использовать принцип группировки по определенному признаку). Без помощи взрослого они с трудом удерживают инструкцию, отграничивают необходимый для запоминания материал от дополнительных опор и т.д.

Обучение школьников умению использовать принцип группировки предъявляемого материала по ситуативным признакам и по родовой принадлежности значительно повышает эффективность запоминания.

Многочисленные комплексные исследования по проблеме школьной неуспеваемости выявили, что нарушения памяти отмечаются у 50% детей, испытывающих трудности в обучении.

Внимание - это направленность психики (сознания) на определенные объекты, имеющие для личности устойчивую или ситуативную значимость, сосредоточение психики (сознания), предполагающее повышенный уровень сенсорной, интеллектуальной или двигательной активности.

Нормально развивающемуся ребенку не составляет особого труда в течение урока следовать инструкциям учителя, выполнять учебные задания разнопланового характера, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Внимание же детей с задержкой психического развития характеризуется рядом особенностей:

- снижением устойчивости внимания, повышенной отвлекаемостью, обуславливающими невозможность выполнения учебных заданий в полном объеме;
- снижением концентрации внимания, что выражается в трудностях сосредоточения на объекте деятельности и программе ее выполнения, быстрой утомляемости;
- снижением объема внимания, проявляющимся в том, что школьник удерживает значительно меньший объем информации, чем тот, который необходим для решения учебной задачи;
- снижением избирательности внимания, характеризующимся тем, что учащиеся испытывают трудности в постановке цели деятельности и условий ее реализации;
- снижением распределения внимания, заключающимся в невозможности выполнения нескольких действий одновременно.

3) Восприятие

Восприятие составляет основу ориентировки человека в окружающей действительности, позволяет ему организовать деятельность, поведение в соответствии с объективными свойствами и отношениями вещей.

Процесс восприятия предметов или объектов наиболее сложный, так как включает в себя мотивационную, ориентировочную и исполнительную части. Мотивационная компонента предполагает наличие волевого усилия, иными словами, нужно хотеть найти решение поставленной перед ним задачи. Ориентировочная (перцептивная) компонента представлена действиями, направленными на изучение свойств и качеств предмета, а исполнительская - применением полученной информации на практике.

У детей с задержкой психического развития можно выделить следующие специфические особенности восприятия:

- отсутствие умения целенаправленно и планомерно обследовать предметы;
- нарушение целостности (учащиеся воспринимают изучаемый объект фрагментарно, уделяют внимание второстепенным деталям, испытывают трудности при выделении главных признаков);
- замедление скорости восприятия и переработки учебной информации;

- затруднение узнавания знакомых предметов в непривычном ракурсе (изменение положения в пространстве, недостаточное освещение, предъявление нескольких объектов одновременно).

Учебная деятельность детей с задержкой психического развития

Один из наиболее общих аспектов мотивации - отношение к учению. Оно определяется учебными мотивами школьника, их иерархической системой - социальными мотивами учения и школьными интересами. К первым относится желание утвердиться в коллективе сверстников путем получения высокой оценки, к остальным - интерес к получаемым знаниям, средствам и методам обучения, стремление применить полученные знания на практике. Это наиболее явные мотивы обучения, в целом же можно говорить о том, что деятельность школьника полимотивирована, и для учения с тем, чтобы воспитать у них желание и стремление учиться для каждого из них характерно выделение группы ведущих мотивов.

Мотивационная сфера учащихся с задержкой психического развития оказывается несформированной: отмечается преобладание игровых мотивов поведения и обучения. У детей не появляется чувство ответственности в отношении учебных заданий, потребность подчиняться требованиям учителя.

При выполнении учебных задач у них отмечается ряд особенностей: они негативно реагируют на невозможность выполнения задачи и в то же время выражают заинтересованность в оценке своих действий и испытывают радость при похвале. Вместе с тем у ребенка не возникает желание найти ошибки, допущенные им при выполнении задачи, понять причину неудачи.

Стойкая неуспеваемость, типичная при задержке психического развития, приводит к образованию определенной личностной позиции, характеризующейся снижением потребности в общении со сверстниками, несформированностью у ребенка отношения к учителю как ко взрослому, выполняющему особые социальные функции. Адекватные учебные мотивы в какой-то степени представлены в самом начале обучения, но в дальнейшем они не получают развития в результате столкновения ребенка с объективными трудностями: неуспешностью его учебной деятельности и соответствующей низкой оценкой его со стороны окружающих.

У учащихся с задержкой психического развития к началу школьного обучения функции контроля и самоконтроля оказываются несформированными, что проявляется в:

- постоянной отвлекаемости на любые внешние раздражители;
- неумении сосредоточиться;
- невозможности завершить начатое действие до конца.

Дети не могут осуществлять целенаправленные запланированные поведенческие акты, что обусловлено, с одной стороны, снижением познавательной активности, с другой - особенностями центральной нервной системы.

Особое внимание педагогов обращено к нарушениям дисциплинарного характера. Дети постоянно отвлекаются сами и отвлекают других учеников, могут вступать в дискуссию с педагогами на отвлеченные темы, ходить или бегать по классу во время урока, устраивать драки без видимых на то причин, совершать необдуманные действия и поступки, которые носят импульсивный и хаотичный характер.

Наиболее ценную информацию для организации эффективного обучения этой категории детей можно почерпнуть, анализируя характер учебной деятельности. Основной отличительной особенностью, обнаруживаемой при выполнении заданий, является неравномерный темп работоспособности. В одних условиях дети могут работать достаточно заинтересованно, сосредоточенно и продуктивно, в других - оказываются неуспевающими. Они в состоянии усваивать материал небольшого объема, правильно выполнить упражнение и, руководствуясь образцом, исправить ошибки. Однако высокая продуктивность наблюдается на незначительный отрезок времени, после которого резко идет на спад, и аналогичные задания могут выполняться с большим трудом. Нередко наступает апатия и безразличие к результатам собственной деятельности.

Как правило, учащиеся могут активно работать в течение всего лишь 15-20 минут, впоследствии наступает истощение и утомление. Эти проявления тесно связаны с особенностями нервно-психической деятельности и могут возникать без видимых причин. В этих условиях деятельность приобретает импульсивный и необдуманный характер, отмечается увеличение количества ошибок и исправлений. В ответ на замечания учителя могут отмечаться аффективные реакции: вспышки гнева и агрессии, раздражительность, отказ от дальнейшего выполнения задания, нарушения поведения.

С другой стороны, дети становятся вялыми и пассивными: они могут спрятаться под стол и играть, стараются уединиться, они не нарушают режима, но и не работают на занятии. Выраженные колебания работоспособности мешают полноценному усвоению учебных знаний: они фрагментарны, отрывочны, быстро забываются.

Достаточно высокий темп работоспособности наблюдается в спокойной обстановке при выполнении заданий, не требующих длительного умственного напряжения. Пик работоспособности может приходиться как на первую, так и вторую половину урока, поэтому это следует учитывать в процессе обучения.

Основным критерием дифференциации умственной отсталости от задержки психического развития является выявление потенциальных возможностей, резервов развития

ребенка. В отличие от умственно отсталых школьников у детей с ЗПР значительно выше обучаемость, они лучше используют помощь взрослого, способны усваивать принципы действий и осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание.

В результате изучения психических процессов у детей с ЗПР выявлен ряд специфических особенностей в их познавательной, эмоционально-волевой деятельности, поведении и личности в целом, характерные для большинства детей этой категории.

Многочисленными исследованиями установлены следующие основные черты детей с ЗПР: повышенная истощаемость и в результате нее низкая работоспособность; незрелость эмоций, воли, поведения; ограниченный запас общих сведений и представлений; бедный словарный запас, несформированность навыков интеллектуальной деятельности; игровая деятельность сформирована также не полностью. Восприятие характеризуется замедленностью. В мышлении обнаруживаются трудности словесно-логических операций. У детей с ЗПР страдают все виды памяти, отсутствует умение использовать вспомогательные средства для запоминания. Им необходим более длительный период для приема и переработки информации.

Особо следует выделить детей с так называемой микросоциальной запущенностью. Эти дети имеют недостаточный уровень развития навыков, умений и знаний на фоне полноценной нервной системы из-за длительного нахождения в условиях дефицита информации не только интеллектуальной, но и эмоциональной. Неблагоприятные условия воспитания (при хроническом алкоголизме родителей, в условиях безнадзорности и т.д.) обуславливают замедленное формирование коммуникативно-познавательной активности детей в раннем возрасте.

Во всех работах, посвященных детям с ЗПР, отмечается, что они значительно эффективнее, чем их умственно отсталые сверстники, принимают и используют помощь в своей деятельности, причем не отказываются от нее и даже проявляют заинтересованность там, где не могут справиться с заданием самостоятельно. В зависимости от степени задержки психического развития и материала, с которым ребенку приходится работать, помощь по своему характеру может быть разной. Иногда бывает достаточно лишь изменить условия работы ученика.

Нередко дети с ЗПР сами проявляют активность в поисках средств, облегчающих решение поставленных задач: несколько раз прочитывают задания, по ходу решения задачи рассуждают вслух, просят разрешения записать исходные данные, используют различные ими найденные вспомогательные средства (например, пишут каждое предложение диктуемого текста с новой строки).

Во внеклассной жизни они обычно активны, интересы их, как и у нормально развивающихся детей, разнообразны. Некоторые из них предпочитают тихие, спокойные занятия – лепку, рисование, конструирование, с увлечением работают со строительным материалом и разрезными картинками. Но таких детей меньшинство. Большинство предпочитают подвижные игры, любят побегать, порезвиться. К сожалению, и у «тихих», и у «шумных» детей фантазии и выдумки в самостоятельных играх, как правило, бывает мало.

Все дети с ЗПР любят разного рода экскурсии, посещение театров, кинотеатров и музеев, иногда это их так захватывает, что они несколько дней находятся под впечатлением увиденного. Они также любят занятия физкультурой и спортивные игры, и, хотя у них обнаруживается явная двигательная неловкость, недостаточная координированность движений, неумение подчиняться заданному (музыкальному или словесному) ритму, со временем, в процессе обучения, школьники достигают значительных успехов и в этом плане выгодно отличаются от умственно отсталых детей.

Обычно дети с ЗПР проявляют исполнительность и аккуратность при выполнении работ по уборке помещения и территории, по уходу за растениями и животными, но только в том случае, если эти работы не требуют от них длительного напряжения и разнообразны. Такие дети любят участвовать в самодеятельности, причем именно в этом случае весьма отчетливо проявляются их интересы и возможности.

Дети с ЗПР дорожат доверием взрослых, но это не избавляет их от срывов, часто происходящих помимо их воли и сознания, без достаточных на то оснований. Потом они с трудом приходят в себя и еще долго чувствуют неловкость, угнетенность.

Описанные особенности поведения детей с ЗПР при недостаточном знакомстве с ними (например, при одноразовой встрече) могут создать впечатление, что к ним вполне применимы все условия и требования обучения, предусмотренные для учеников общеобразовательной школы. Однако комплексное (клиническое и психолого-педагогическое) изучение учащихся данной категории показывает, что это далеко не так. Их психофизиологические особенности, своеобразие познавательной деятельности и поведения приводят к тому, что содержание и методы обучения, темп работы и требования общеобразовательной школы оказываются для них непосильными.

В целом дети с ЗПР тяготеют к механической работе, не требующей умственных усилий: заполнение готовых форм, изготовление несложных поделок, составление задач по образцу с изменением лишь предметных и числовых данных. Они тяжело переключаются с одного вида деятельности на другой: выполнив пример на деление, нередко осуществляют эту же операцию и в следующем задании, хотя оно на умножение. Однообразные действия,

не механические, а связанные с умственным напряжением, также быстро утомляют учащихся.

Осознавая свои затруднения в учебе, некоторые учащиеся пытаются самоутвердиться собственными путями: подчиняют себе более слабых физически товарищей, командуют ими, заставляют выполнять за себя неприятную работу (уборка в спальне, в классе), показывают свое «геройство», совершая рискованные поступки (прыгают с высоты, влезают по опасной лестнице и др.); могут сказать неправду, например, похвастаться какими-либо поступками, которые они не совершали. В то же время эти дети обычно чувствительны к несправедливым обвинениям, остро на них реагируют, с трудом успокаиваются. Физически более слабые школьники легко подчиняются «авторитетам» и могут поддерживать своих «вожаков» даже тогда, когда те явно не правы.

Неправильное поведение, проявляющееся у младших школьников в сравнительно безобидных поступках, может перерасти в стойкие черты характера, если своевременно не принять соответствующих воспитательных мер.

Знание особенностей развития детей с ЗПР чрезвычайно важно для понимания общего подхода к работе с ними.

5) *Психолого – педагогические особенности детей и подростков с интеллектуальной недостаточностью*

В основе данной формы психического дизонтогенеза лежит недоразвитие всех сторон психики: познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы, личности, потребностно-мотивационной сферы и пр. Однако ведущая роль в структуре общего психического недоразвития принадлежит недоразвитию познавательной деятельности. Типичной моделью психического недоразвития является умственная отсталость.

В Международной классификации болезней (МКБ, 10-й пересмотр) дается следующее определение умственной отсталости: «Умственная отсталость — это состояние задержанного или неполного развития психики, которое, в первую очередь, характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей». Как особая форма психического недоразвития умственная отсталость может возникнуть у ребенка вследствие различных причин. По этиологии их можно условно разделить на две основные группы: эндогенную, обусловленную как правило, генетическими факторами, и экзогенную, обусловленную внешними факторами (инфекции, отравления, травмы и пр.), — возникшие на различных этапах развития ребенка.

Психопатологическим стержнем психического недоразвития у взрослых, подростков и детей младшего школьного возраста является слабость абстрактного мышления в виде недостаточной способности к обобщению, пониманию причинно-следственных отношений.

Однако для квалифицированной диагностики недостаточно ориентироваться только на признаки интеллектуального недоразвития, наблюдаемые у ребенка с рождения или несколько позже (до 2-3 лет). Классификация дизонтогенетических расстройств по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) предусматривает четыре основных направления (оси) диагностики. Первое направление — это характеристика клинического синдрома. Второе — по определению интеллектуального уровня от легкой до глубокой отсталости. Третье — учитывает биологические факторы дизонтогенеза, т. е. этиологический диагноз. Четвертое — характеристика сопутствующих психосоциальных влияний (нарушение семейных взаимоотношений, стиль семейного воспитания, социальная и психическая депривация и пр.).

Как отмечают клиницисты, общее психическое недоразвитие при умственной отсталости часто сочетается с неспецифическими нарушениями. Это могут быть нарушения черепно-мозговой иннервации, нарушение мышечного тонуса. В соматическом статусе у большинства детей, особенно с тяжелой формой умственной отсталости, нередко наблюдаются различные аномалии развития и дисплазии — деформации и нарушения соотношения размеров черепа, аномалии строения и расположения ушных раковин, глаз, зубов, укорочение фаланг пальцев, заячья губа. При умственной отсталости, связанной с нарушениями эмбрионального развития, часто наблюдаются пороки развития внутренних органов: сердца, легких, мочеполовых органов, желудочно-кишечного тракта, а в некоторых случаях, системные нарушения, например, костной системы, кожи и пр.

Степень слабоумия при психическом недоразвитии традиционно подразделяется по выраженности интеллектуального и личностного дефекта. По МКБ 10-го пересмотра ВОЗ выделяются следующие степени умственной отсталости:

F70 Легкая умственная отсталость.

Легкая умственная отсталость, которая характеризуется умеренной отсталостью, но способностью использовать речь в повседневных целях. Лица с легкой умственной отсталостью способны себя обслуживать (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря). Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости, особенно при усвоении чтения и письма. Они способны к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. «В целом, у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в

терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенями умственной отсталости». Уровень интеллекта у лиц, с легкой степенью умственной отсталости находится в диапазоне 50-69.

F71 Умеренная умственная отсталость.

У лиц этой категории, несмотря на замедленное развитие и понимание речи, отмечается задержка в ее развитии. Отстает и развитие моторики и навыков самообслуживания. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Некоторые из лиц с умеренной умственной отсталостью нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди, в общем, полностью мобильны и физически активны, большинство из них обнаруживают признаки социального развития. Коэффициент умственного развития обычно находится в диапазоне от 35 до 49. У одних лиц с умеренной умственной отсталостью наблюдается высокий уровень оценок по тестам на зрительно-пространственные функции и низкие оценки по речевым тестам, у других — наоборот. То есть одни пациенты могут принимать участие в простых беседах, а другие обладают речевым запасом, достаточным лишь для сообщения о своих основных потребностях. Некоторые пациенты никогда не используют речь, хотя и могут понимать простые инструкции.

F72 Тяжелая умственная отсталость.

По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости. У большинства больных наблюдаются двигательные нарушения или другие сопутствующие дефекты. Коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34.

F73 Глубокая умственная отсталость.

У больных этой рубрики коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что пациенты весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала, и с ними возможны лишь самые примитивные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях, и нуждаются в постоянной помощи и надзоре, они не могут принимать участие в домашних и практических делах.

F78 Другая умственная отсталость.

Эта категория должна использоваться только в тех случаях, когда оценка степени интеллектуального снижения посредством обычных процедур затруднена или невозможна из-за сопутствующих сенсорных или соматических нарушений, например, слепоты, глухоноты и при тяжелых поведенческих расстройствах или соматической инвалидизации.

F 79 Неуточненная умственная отсталость.

Неуточненная умственная отсталость устанавливается в тех случаях, когда нет достаточной информации по отнесению больного к одной из вышеназванных категорий.

Многообразие форм проявлений умственной отсталости чрезвычайно велико.

Возрастная динамика психического развития с психическим недоразвитием отличается крайней замедленностью развития высших психических функций.

У детей с умственной отсталостью, развитие моторики идет с большим опозданием. Походка их долго остается неустойчивой, плохо координированной, отмечаются лишние движения. Как правило, у них долго не выделяется ведущая рука, нет согласованности в действиях обеих рук.

В дошкольный период отмечается позднее развитие речи, затруднения в формировании навыков самостоятельности, стереотипные игровые действия, т. е. бессодержательное, однообразное манипулирование с предметами. Контакт со сверстниками у них эпизодический и нестойкий. В дошкольном возрасте дети с умственной отсталостью редко задают вопросы: «что такое?», «почему?», «кто это?». У них слабо дифференцированы эмоции, отсутствуют высшие эмоции (сочувствие, сострадание, дифференцированное чувство привязанности). Речь, как правило, аграмматичная, с ограниченным словарным запасом.

В младшем школьном возрасте на первый план в структуре психического дефекта выступает недоразвитие абстрактного мышления. Мышление отличается конкретноситуативными суждениями, слабостью или невозможностью обобщений, неспособностью выделения существенных признаков предметов и явлений. Особенно отчетливо интеллектуальная недостаточность проявляется в процессе обучения: дети даже с неглубокой умственной отсталостью с трудом овладевают счетными операциями.

В подростковом возрасте кроме интеллектуальной недостаточности на первый план выступает незрелость личности, которая проявляется в неспособности самостоятельно решать житейские ситуации, в не критичности поведения, в неадекватных притязаниях. У подростков с умственной отсталостью наблюдается нарушение поведения, которое в значительной степени определяется не только внешней ситуацией, но их аффективными побуждениями, влечениями.

Психическое недоразвитие при умственной отсталости носит тотальный характер, охватывает все сферы психики: сенсорную, моторную, интеллектуальную, эмоциональную,

личностную, что является определяющей характеристикой умственной отсталости. Тотальность недоразвития психики является определяющей характеристикой умственной отсталости. В структуре психического дефекта у детей с умственной отсталостью имеют место недостаточность в развитии эмоций, памяти и других психических функций, которые, как правило, проявляются меньше, чем недоразвитие мышления. Например, особенностью восприятия у детей с умственной отсталостью является недоразвитие анализа и синтеза воспринимаемых сигналов.

При психическом недоразвитии отмечаются своеобразные особенности развития внимания и памяти. Пассивное внимание у детей с психическим недоразвитием более сохранно, чем активное. Патогенное влияние на формирование активного внимания у детей с психическим недоразвитием оказывают:

- недостаточная познавательная активность;
- слабость ориентировочной реакции.

Это обусловлено неполноценностью коры головного мозга у детей с психическим недоразвитием.

Слабость мыслительной деятельности, мешающая детям с психическим недоразвитием выделить существенное в запоминаемом материале, связать между собой отдельные его элементы и отбросить случайные побочные ассоциации, резко снижает качество их памяти. Кроме того, при умственной отсталости отмечаются такие особенности памяти, как замедленный темп усвоения нового, непрочность сохранения и воспроизведения информации.

В многочисленных исследованиях психологов и дефектологов показано, что при относительной сохранности элементарных эмоций у детей с психическим недоразвитием наблюдается выраженное недоразвитие более сложных эмоциональных проявлений, формирование которых тесно связано с интеллектуальным развитием.

Типичной моделью психического недоразвития является олигофрения. Клинико-психологическая структура дефекта при олигофрении обусловлена явлениями необратимого недоразвития мозга в целом с преимущественной незрелостью его коры, в первую очередь — лобных и теменных отделов.

По этиологии ее можно разделить на две основные группы — эндогенную (генетическую) и экзогенную.

В настоящее время описано более 200 видов хромосомных aberrаций, обуславливающих олигофрению. Как известно, наиболее часто из них встречается болезнь Дауна (трисомия в 21-й паре аутосом), частота которой составляет 1:700 новорожденных. Среди аномалий половых хромосом: синдром Шерешевского — Тёрнера.

В специальной психологии проблема умственной отсталости рассматривается с медицинской точки зрения, подразумевающей, что умственная отсталость – это собирательное понятие, характеризующее состояние и особенности развития разнородных в клиническом отношении групп детей. Общим для них является наличие необратимого выраженного недоразвития познавательной деятельности, возникшего на основе раннего органического поражения центральной нервной системы. Наряду с интеллектуальным недоразвитием у умственно отсталых детей нередко отмечаются отклонения в эмоционально-волевой сфере и поведении, нарушенное психическое развитие может сочетаться с дефектами в физическом развитии.

Умственно отсталые дети – разнородная по своему составу группа. В нее входят дети, у которых поражение мозга возникло внутриутробно (в период развития эмбриона и плода), во время родов или после родов в период до трех лет, т.е. до становления речи. Поражение может быть результатом воспалительного заболевания (энцефалитов и менингоэнцефалитов), интоксикации (эндокринной, обменной и др.), ушибов головного мозга (родовых и бытовых травм), а также унаследованных генетических аномалий.

В ходе изучения таких детей установлено, что их развитие подчиняется основным закономерностям психического развития детей в норме. В то же время отмечается наличие специфических закономерностей развития психики, обусловленных органическим поражением головного мозга: замедленный темп развития, опережение физического развития, более позднее становление высших психических функций.

Развитие умственно отсталого ребенка с первых дней жизни отличается от развития нормальных детей. У многих детей задерживается развитие прямохождения, т.е. они значительно позднее начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Эта задержка у некоторых детей бывает весьма существенной, захватывающей не только весь первый, но и второй год жизни.

У умственно отсталых детей с раннего возраста наблюдается снижение интереса к окружающему, безразличие, общая патологическая инертность, что не исключает, однако, крикливости, раздражительности. Не происходит своевременного перехода к общению со взрослыми на основе совместных действий с игрушками, не возникает новая форма общения – жестовая.

Как следствие у данной категории детей не появляются своевременно и предпосылки развития речи: предметное восприятие и предметные действия, общение со взрослыми и, в частности, доречевые средства общения. Недоразвитие артикуляционного аппарата, фонематического слуха приводит к тому, что у умственно отсталых малышей не возникает своевременно не только лепет, но и гуление. Это процессы физиологические, они

появляются в первые месяцы жизни нормально развивающегося ребенка и связаны с развитием ЦНС.

В результате, хотя ситуации для общения у умственно отсталых детей те же, что и у детей с нормальным развитием, содержание этих ситуаций выступает для ребенка по-иному: у него меньше собственных и совместных со взрослым действий, совсем не сформировано подражание. Поэтому речь взрослого «повисает» в воздухе, не соединяется с тем опытом, который служит ей опорой при нормальном развитии. Дети совсем не обращают внимания на многие предметы, а значит, и не запоминают их названий.

Характеристика познавательной деятельности

Своеобразие, атипичность психического развития умственно отсталых детей не исключает наличия у них определенных потенциальных возможностей.

Для психологов и педагогов, работающих с детьми, имеющими нарушения интеллекта, важно правильное понимание проблемы умственной отсталости, так как ошибки могут привести к упрощенному, негативному подходу к воспитанию умственно отсталых детей, когда умственно отсталый ребенок рассматривается исключительно с отрицательной стороны, без учета компенсаторных возможностей и перспектив развития его личности.

Среди теорий, основанных на ошибочном представлении сущности умственной отсталости, наиболее известными являются такие, как теория «потолка» и концепция остановки в развитии, которые утверждают, что умственно отсталый ребенок может развиваться до определенного предела, который достигается в период полового созревания, а затем такой ребенок останавливается в развитии. Их склонность к антисоциальному поведению якобы заложена в самой природе умственной отсталости. Подобные теории полностью игнорировали роль коррекционно-развивающего обучения в развитии умственно отсталых детей.

Органическое поражение центральной нервной системы приводит к ряду нарушений высшей нервной деятельности (ВНД), которые, в свою очередь, обуславливают отклонения в познавательной деятельности отсталых детей. В числе особенностей ВНД умственно отсталых отмечают следующие: слабость замыкательной функции коры головного мозга (значительно медленнее, чем в норме, формируются новые условные связи, которые лежат в основе обучения и воспитания), трудность выработки дифференцировок, их малая стойкость (плохая ориентировка в окружающей обстановке, неумение применять на практике те или иные правила), слабость, инертность нервных процессов (слабость процесса возбуждения обуславливает плохое замыкание новых условных связей, слабость торможения приводит к плохому качеству дифференцировок), нарушение равновесия процессов возбуждения и

торможения, склонность к частому охранительному торможению, снижение пластичности ЦНС.

Особенности высшей нервной деятельности умственно отсталого школьника проявляются в дефектах познавательных процессов – внимания, памяти, восприятия, мышления, речи.

Внимание – это сосредоточенность сознания на каком-либо объекте или деятельности, соответственно, внимание включается во все психические процессы и является важной характеристикой познавательной сферы. Исследователи подчеркивают существенную роль внимания в выполнении учебной и трудовой деятельности. Среди основных недостатков внимания умственно отсталых школьников отмечают нарушение концентрации, устойчивости, распределения, переключаемость и объем внимания. У учащихся с нарушениями интеллекта непроизвольное внимание несколько сохраннее произвольного, но и оно отличается своеобразием. Внимание умственно отсталого ребенка находится в прямой зависимости от особенностей его работоспособности и связано с высшей нервной деятельностью. Так, у детей с возбудимым типом нервной системы несколько сохраннее темп, объем и переключаемость внимания, у тормозных детей выше устойчивость. Может иметь место несоответствие внешнего выражения внимания состоянию сознания ребенка. Отмечается адинамичность внимания, которая проявляется в трудности его привлечения к нужным сторонам объекта. Из-за склонности к частому охранительному торможению внимание детей с интеллектуальной недостаточностью носит «мерцательный» характер.

Ощущение и восприятие – начальный источник всех наших знаний о мире. Ощущение – это отражение отдельных свойств предметов и явлений в момент их непосредственного воздействия на анализаторы. Восприятие требует более сложной аналитико-синтетической деятельности коры головного мозга, так как оно отражает предметы и явления в целом. У умственно отсталых детей развитие ощущения и восприятия происходит значительно медленнее, чем в норме. Из-за различных нарушений в работе анализаторов у таких детей нередко наблюдается снижение зрения и слуха, недоразвитие или нарушение речи, своеобразные дефекты моторики. Ощущения при умственной отсталости слабо дифференцированы.

Восприятие также характеризуется сниженным темпом и слабой дифференцированностью. Наряду с этим выделяют такие особенности восприятия детей с нарушениями интеллекта, как неточность, бедность и узость, малая осознанность. Однако нарушения восприятия носят динамический характер, под влиянием коррекционного обучения недостатки сглаживаются.

Память – это отражение прошлого опыта человека, сложный психический процесс, который проявляется в запоминании, сохранении и воспроизведении информации.

Умственно отсталым учащимся свойственно нарушение соотношения между произвольной и произвольной памятью. Так, если в норме продуктивность произвольного запоминания всегда оказывается выше, при умственной отсталости результаты произвольного и произвольного запоминания находятся на одинаково низком уровне. При этом наиболее успешно запоминается материал, вызывающий у детей эмоциональный отклик.

Память учащихся с интеллектуальной недостаточностью характеризуется нарушениями запоминания (недостаточная осмысленность и последовательность, зависимость от содержания материала), и сохранения (повышенная забывчивость, слабая логическая переработка и недостаточное усвоение материала), и воспроизведения (неточность). Быстрее, чем в норме, утрачиваются и видоизменяются представления памяти.

В основе недоразвития памяти лежит тугоподвижность, инертность отражения окружающей действительности. Общее направление развития памяти у умственно отсталых детей то же, что и в норме. Любой материал для запоминания должен быть предъявлен при усилении мотивации, включения мыслительных операций, направленных на содержание, а не на форму запоминаемого. Для повышения продуктивности памяти необходимо формирование специальных установок, обучение опосредованному запоминанию. Таким образом, коррекция мнестической деятельности тесно связана с развитием мышления.

Как известно, мышление – это процесс обобщенного и опосредованного отражения мозгом окружающего мира, высшая форма отражения. Оно осуществляется при помощи мыслительных операций (анализа, синтеза, обобщения, классификации, абстрагирования, сравнения).

Умственно отсталым детям свойственно нарушение всех операций мышления (слабость аналитико-синтетической деятельности, низкая способность к отвлечению и обобщению, сравнение с опорой на несущественные признаки и т.д.). При этом темп мышления умственно отсталого школьника замедлен, тугоподвижен. Наибольшие нарушения отмечаются в словесно-логическом мышлении, наиболее сохраненным является наглядно-действенное мышление. Такие недостатки мышления умственно отсталых учащихся, как снижение критичности, нарушение регулирующей роли мышления, конкретность, непоследовательность, стереотипность и нарушение целенаправленности непосредственно связаны с недоразвитием личности и отклонениями в поведении.

Интеллектуальная недостаточность и незрелость личности проявляются в следующих особенностях эмоциональной сферы умственно отсталых детей и школьников: слабость

интеллектуальной регуляции эмоций, их малая дифференцированность, полярность, несоответствие внешним воздействиям по силе и содержанию, затруднения в развитии высших (интеллектуальных, моральных, эстетических) чувств, низкий уровень развития средств эмоциональной выразительности. Наряду с этим при умственной отсталости нередко болезненные расстройства чувств: раздражительность, эйфория, дисфория, апатия.

Говоря о расстройствах воли учащихся с нарушениями интеллекта, специалисты связывают их с нарушениями волевых функций: активизирующей (абулия, гипобулия) и тормозящей (гипербулия). При этом умственно отсталым школьникам свойственно нарушение структуры волевого действия, а также недостаточная интеллектуальная регуляция воли.

Как показывают исследования и практика работы, недостатки эмоционально-волевой сферы умственно отсталых детей и школьников поддаются коррекции в условиях специального обучения и воспитания.

В структуре направленности личности выделяют интересы, потребности и убеждения. Интересы умственно отсталых недостаточно дифференцированы, малоинтенсивны, неустойчивы. Формирование социально зрелых потребностей требует большого времени, чем в норме, и особого внимания педагогов. Что касается убеждений, то при интеллектуальной недостаточности они неточны, поверхностны, школьники не всегда могут отстоять их в споре и не ориентируются на них в повседневной жизни. Вместе с тем исследования свидетельствуют о возможностях воспитания у детей данной категории социально значимых интересов и потребностей, а также о возможностях формирования у них убеждений и мировоззрения в целом.

Важным качеством личности является более или менее объективное отношение человека к себе. Самооценка у умственно отсталых формируется медленнее, чем у нормально развивающихся сверстников. Их самооценка в большей степени, чем у нормальных сверстников, зависит от оценки учителя и окружающих. Значительную трудность представляет собой воспитание у учащихся адекватной самооценки, так как большинство школьников с интеллектуальной недостаточностью проявляют склонность к завышенной самооценке. В условиях специального обучения самооценка умственно отсталых учащихся корректируется и к моменту окончания школы приближается к адекватной. Немаловажную роль играет привлечение школьников к различным видам труда.

К числу наиболее значимых условий развития личности умственно отсталого ребенка относятся общение со сверстниками, воспитание в коллективе. В классе специальной школы, так же как и в коллективе, нормально развивающихся учащихся, структура межличностных взаимоотношений представлена деловыми и личными отношениями. Однако, если в норме

деловые и личные отношения часто не совпадают, у умственно отсталых они совпадают практически всегда. Так же, как и в общеобразовательной школе, в коллективе умственно отсталых учащихся выделяют статусные группы: звезды, предпочитаемые, пренебрегаемые, изолированные. Однако избирательность во взаимоотношениях учащихся с интеллектуальной недостаточностью более или менее устойчиво начинает проявляться к 5-му классу. До этого их взаимоотношения носят диффузный характер, границы статусных групп размыты.

Отличаются своеобразием мотивы позитивного и негативного отношений умственно отсталых учащихся друг к другу и к окружающим людям вообще.

Отмечая особую сложность работы по воспитанию личности учащихся с интеллектуальной недостаточностью, специалисты подчеркивают ее необходимость, так как это – один из аспектов проблемы социальной адаптации умственно отсталых.

К общим недостаткам деятельности умственно отсталых детей относятся нарушение ее целенаправленности и мотивации, слабость ориентировки в задаче, неумение планировать и предвидеть результат, некритичное отношение к результату деятельности, неумение замечать и исправлять ошибки.

Специалисты считают, что наиболее сильно интеллектуальная недостаточность и личностная незрелость проявляются в своеобразии учебной деятельности умственно отсталых детей.

Учебная деятельность умственно отсталых школьников привлекает особое внимание исследователей. У умственно отсталых детей в дошкольном возрасте наблюдается крайне низкий уровень сформированности готовности к школьному обучению, недоразвитие познавательных интересов. Среди важных условий формирования у таких школьников интереса к обучению специалисты называют опору на жизненный опыт ребенка, занимательные по форме задания и создание ситуаций успеха. Для успешного овладения умственно отсталыми детьми учебной деятельностью необходим индивидуальный подход, который осуществляется в коррекционно-образовательных учреждениях. Этот подход заключается в направленности обучения на коррекцию дефектов психики, присущих школьникам с интеллектуальной недостаточностью.

Трудовая деятельность имеет огромное значение в плане коррекции недостатков психики, свойственных умственно отсталым школьникам.

Обучение труду и профессиональная подготовка учащихся специальной школы направлена на устранение нарушений познавательной деятельности, развитие личности и социальную адаптацию в целом.

Таким образом, особенности познавательной деятельности умственно отсталых детей приводят к недоразвитию личности и деятельности, которые особенно усугубляются под влиянием негативной социальной ситуации. В условиях же положительного отношения к ребенку, коррекционно-развивающего обучения в специальной школе появляются позитивные тенденции к компенсации дефекта.

Об уровне психического развития ребенка можно судить, в том числе и по развитию речи, так как речь служит не только средством общения, но и является средством регуляции высших психических функций, занимает центральное место в процессе психического развития, следовательно, служит одним из показателей психического развития ребенка.

Основные причины, обусловившие такое состояние речи, – слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных условных связей во всех анализаторах, а иногда преимущественно в каком-либо из речевых центров. Отрицательную роль играет также общее нарушение динамики нервных процессов, затрудняющее установление динамических стереотипов – связей между анализаторами.

Умственно отсталые дети плохо различают сходные звуки, особенно согласные; поэтому, если учитель говорит им, например, что на дереве появились почки, они могут услышать в этом созвучии и бочки, и бошки, и почхе и т.д.

Значительное отставание отмечается у умственно отсталых детей в появлении фразовой речи. При этом временной интервал между первыми словами и фразовой речью у них более длительный, чем у нормальных детей.

Наиболее важными причинами бедности словарного запаса у этих детей является низкий уровень их умственного развития, ограниченность представлений и знаний об окружающем мире, несформированность интересов, снижение потребности в речевых и социальных контактах, а также слабость вербальной памяти.

Даже тот словарный запас, который уже освоен учеником, длительное время остается неполноценным, так как значение употребляемых им слов большей частью не соответствует действительному значению слова. Этот факт имеет место и у всякого нормального ребенка. Так, например, здоровый маленький ребенок может называть словом киска и домашнюю кошечку, и пушистого игрушечного медвежонка, и воротник маминого пальто. Вначале дядя – это всякий мужчина, кроме папы; лишь постепенно ребенок усваивает точное значение слова дядя, выражающего определенную степень родства.

Умственно отсталые дети употребляют лишь незначительное количество слов, обозначающих признаки предмета: цвет (красный, синий, зеленый), величину (большой, маленький), вкус (сладкий, горький, вкусный). Противопоставления же по признакам «длинный – короткий», «толстый – тонкий» и т.д. используют очень редко.

Пассивный словарь умственно отсталых детей больше активного, но он с трудом актуализируется, часто для воспроизведения слова требуется наводящий вопрос. Трудности выражаются, с одной стороны, склонностью умственно отсталых детей к охранительному торможению в коре головного мозга, с другой – особенностью формирования семантических полей.

Немаловажную роль в недоразвитии связной речи играет недостаточная сформированность диалога. Диалоговая речь, как известно, предшествует развитию монологической речи и подготавливает ее развитие. Умственно отсталые дети часто не осознают необходимости ясно и четко передавать содержание какого-либо события, то есть они не ориентируются на собеседника.

Одной из причин задержки формирования связной речи умственно отсталых детей является то, что их речевая активность очень слаба и довольно быстро истощается. В процессе монологической речи отсутствует стимуляция извне, конкретизация и развитие рассказа осуществляются самим ребенком. В связи с этим недостаточность волевой сферы умственно отсталых детей играет определенную отрицательную роль в нарушении протекания связных речевых высказываний. В тех случаях, когда у детей появляется интерес к теме рассказа, меняется и характер связных высказываний, они становятся развернутыми и связными, увеличивается количество слов в предложении. Таким образом, в характере связных высказываний большую роль играет мотивация.

Кроме особенностей речи у умственно отсталых детей диагностируются и речевые нарушения, характерные для детей в норме: дислалия, ринолалия, дисфония, дизартрия, алалия, дислексия, дисграфия, заикание и др.

Логопеды и психологи отмечают, что дефекты звукопроизношения у умственно отсталых детей встречаются гораздо чаще, чем у их нормально развивающихся сверстников. Косноязычие встречается у 42%, заикание – у 23% детей.

Таким образом, речь умственно отсталых детей имеет качественное своеобразие во всех компонентах, что, с одной стороны, делает возможным на основе ее психолого-педагогического изучения более уверенно судить о наличии и степени выраженности интеллектуального дефекта, с другой – требует комплексного подхода к диагностике речевого развития ребенка и проведению эффективной коррекционно-развивающей работы.

Прогноз олигофрении

Вопрос о различных возможностях развития умственно отсталых детей является очень важным. Одно из главных положений отечественной олигофренопсихологии — это утверждение о том, что дети-олигофрены способны развиваться. У таких детей возможно возникновение новых, более сложных психических образований.

На развитие ребенка оказывают влияние как биологические, так и социальные факторы. Ведущие развивающие факторы — это обучение и воспитание. Развитие отдельных психических функций проходит одни и те же этапы, как в норме, так и при аномалии. Становление мышления проходит поэтапно от наглядно-действенного к словесно-логическому. Отличие же этих этапов заключается во времени формирования новообразований и качестве психической функции. Для развития умственно отсталых детей характерно значительное замедление по сравнению с нормой.

Закономерностью психического развития детей со специальными потребностями является трудность их адаптации в социуме, затруднено взаимодействие с социальной средой. Они могут нести ответственность за свои поступки, овладевают профессиями, требующими средней квалификации (плотник, столяр, швея и т. д.), имеют право быть владельцами комнат, домов, квартир и т. д.

Специальные образовательные потребности этой категории детей проявляются в специально организованных условиях обучения, которые включают в себя особое содержание и методы обучения, технические средства, медицинское, социальное сопровождение. Образовательные потребности реализуются в специальных образовательных учреждениях, которые созданы для обучения лиц, имеющих специальные образовательные потребности.

В процессе коррекционного обучения и воспитания у умственно отсталых учащихся наблюдается положительная динамика в развитии всех сторон психики.

В некоторых случаях возникают сомнения в их вменяемости, дееспособности и трудоспособности. Если возникают сомнения по этому поводу, юноша или девушка, окончившие вспомогательную школу, подлежат обследованию, проводимому психиатрами. Во время проведения психиатрической экспертизы решается вопрос о вменяемости, трудоспособности и дееспособности обследуемого.

Прогноз для жизни олигофренов чаще всего благоприятный. Они доживают до 67-70 лет, как и люди с сохранным интеллектом.

Прогноз для выздоровления — неблагоприятный, поскольку интеллектуальный дефект сохраняется на всю жизнь.

б) *Психолого–педагогические особенности детей и подростков с РДА*

По определению, ранний детский аутизм – это общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет и характеризуется аномальным функционированием во всех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков расстройство развивается в 3–4 раза чаще, чем у девочек. Всегда отмечаются

качественные нарушения социального взаимодействия. Они выступают в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей и/или отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; плохо используются социальные сигналы и незначительная интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения; особенно характерно отсутствие социо-эмоциональной взаимности.

Аутизм проявляется в форме отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков; нарушений в ролевых и социально-имитационных играх; низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении; недостаточной гибкости речевого выражения и относительного отсутствия творчества и фантазии в мышлении; отсутствия эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу; нарушенного использования тональности и выразительности голоса для модуляции общения; такого же отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации.

Это состояние характеризуется также ограниченным, повторяющимся и стереотипным поведением, интересами и активностью и проявляется тенденцией устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни. Обычно это относится к новым видам деятельности, а также к старым привычкам и игровой активности. Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким предметам, что наиболее характерно для раннего детского возраста. Дети могут настаивать на особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; может иметь место стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; частыми являются моторные стереотипии; характерно проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов (таким, как запах или осязательные качества поверхности); ребенок может противиться изменениям заведенного порядка или деталей его окружения (таких, как украшения или меблировка дома).

Помимо этих специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких как фобии (страхи), нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Достаточно часты самоповреждения.

Большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, инициативности и творчества в организации досуга, а при принятии решений им трудно использовать общие понятия (даже когда выполнение задач вполне соответствует их способностям). Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере возраста ребенка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, поведения и интересов.

При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев имеется отчетливая умственная отсталость.

Отдельные случаи аутистических состояний описывались давно. В работах советских авторов 20–30-х годов (Г.Е. Сухарева, 1925; Н.И. Озерецкий, 1938; М.С. Певзнер, 1941) содержатся не только клинические описания таких детей, но и рассматривается вопрос о нозологической и этиологической принадлежности этих состояний. После опубликования Л. Каннером (1943) работы о раннем инфантильном аутизме интерес к проблеме резко возрос.

О. С. Никольской (1985—1987) выделены четыре основные группы РДА. Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма.

У детей I группы речь будет идти об отрешенности от внешней среды, II - ее отвержения, III - ее замещения и IV - сверхтормозимости ребенка окружающей его средой.

Дети I группы с аутистической отрешенностью от окружающего характеризуются наиболее глубокой агрессивной патологией, наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мутичны (*мутизм - отказ от речи*). Нередко имеется стремление к нечленораздельным, аффективно акцентуированным словосочетаниям. Наиболее тяжелые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они не только бездеятельны, но и полностью беспомощны, почти или совсем не владеют навыками самообслуживания.

Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мутичными, полностью несостоятельными в произвольных действиях. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

Дети II группы с аутистическим отверженцем окружающего характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет вышеописанной аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т. д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т. д. Такие аффективно насыщенные

действия, доставляя эмоционально положительно окрашенные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне.

Внешний рисунок их поведения - манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети обычно малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут. С гримасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная "симбиотическая" связь с матерью, ежеминутное присутствие которой - непреложное условие их существования.

Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще - в массовой, реже - во вспомогательной).

Дети III группы с аутистическими замещениям окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребенком как стихийная психодрама, снимающая пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны, низка способность к сопереживанию. При развернутом монологе очень слаб диалог.

Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети IV группы характеризуются свертормозимостью. У них не менее глубокий аутистический барьер, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть "хорошими", выполнять требования близких. У них

имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным "заражением" от нее.

Особенности психических функций при раннем детском аутизме

Для всех детей с ранним детским аутизмом характерна болезненная гиперстезия (повышенная чувствительность) к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующи. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного ребенка является источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Ребенок, как в скорлупу, «уходит» в свой внутренний мир от чрезмерных раздражителей.

Наблюдаемая парадоксальность поведения ребенка в определенной мере обусловлена аффективной аутоstimуляцией: на фоне постоянного ощущения сенсорного дискомфорта дети стремятся к получению определенных активирующих впечатлений (тяга к огню, воде, раскачиванию, прыжкам и т.д.). Можно предположить, что эта аффективная аутоstimуляция носит компенсаторный характер и направлена не только на повышение психического тонуса в целом, но и на избирательную стимуляцию положительных эмоций, имеющих наиболее слабую тоническую основу. Усиление эмоциональной положительной доминанты является настолько витально (жизненно) важным для ребенка, что он идет на нередко сопутствующие этому неприятные ощущения, пытаясь регулировать состояния сенсорного дискомфорта (раскачиваясь на скрипящих качелях, затыкает уши, на время закрывает глаза и т.д.). Отрицательная эмоциональная доминанта является причиной того, что эти дети и мир в целом воспринимают как набор отрицательных аффективных признаков. Это обуславливает состояния диффузной тревоги и многочисленных страхов.

Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. Как правило, дети сами не жалуются на страхи. Но при налаживании контакта выясняется, что многие обычные окружающие предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, звук ветра), некоторые люди вызывают постоянное чувство страха. Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами, и нередко являются причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое. Выясняются и более сложные формы страхов: смерти и в то же время жизни, боязнь окружающего в связи с ощущением своей несостоятельности. Чувство страха вызывает все новое: отсюда стремление к сохранению привычного статуса, неизменности окружающей обстановки, перемена которой нередко воспринимается как нечто угрожающее, вызывая бурную реакцию тревоги на самые незначительные попытки изменения привычного существования: режима,

перестановки мебели, даже смены одежды. С состояниями страхов связаны различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов.

Аутистические страхи искажают, деформируют предметность восприятия окружающего мира. Полученные данные позволяют предположить, что стойкие страхи способствуют эмоционально отрицательно окрашенному представлению об окружающем мире, препятствуют формированию его устойчивости и тем самым вторично усиливают страх перед ним.

Л. Каннер (1955) отмечал, что интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего аутизма. Такие дети нередко могут иметь хорошие интеллектуальные возможности, даже быть парциально одаренными в различных областях: обладать абсолютным музыкальным слухом, играть в шахматы, рисовать, считать. Однако для их интеллектуальной деятельности в целом типичны нарушения целенаправленности, затруднения в концентрации внимания, явная пресыщаемость. Имеется определенная вычурность мышления, склонность к символическим действиям.

Наиболее же характерным является аутическая направленность всей интеллектуальной деятельности. Игры, фантазии, интересы и интеллектуальная деятельность в целом далеки от реальной ситуации. Содержание их монотонно, поведение однообразно. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, рисуют одни и те же рисунки (часто – отдельные предметы), совершают одни и те же стереотипные действия (включают и выключают свет или воду, стереотипно бьют по мячу и т.д.), попытки прервать которые часто безуспешны. И в возрасте 8–10 лет игры часто носят манипулятивный характер. При этом характерно предпочтение манипуляций с неигровыми предметами: палочками, бумажками и т.д.

Аутистические фантазии, как правило, также имеют фабулу, оторванную от реальности, нередко вычурно-сказочную. Иногда имеется сюжет перевоплощения в животных. В отличие от игр и фантазий здорового ребенка в этих случаях наблюдается полный отрыв от реальности, захваченность всего поведения фантастическим сюжетом. Так, считая себя собачкой, зайчиком, волком, ребенок требует не называть его по имени, по-особому кормить, ложиться спать на полу и т.д. В причудливом содержании фантазий и игр нередко можно уловить компенсаторную тенденцию изживания страхов, чувства собственной неполноценности. Иногда фантазии носят агрессивный характер, отражающий как гиперкомпенсаторные проявления, так и расторможенность влечений.

Аутизм отчетливо проявляется и в речи. Нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях это может быть полный или почти полный мутизм (отказ от речи), в других – аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолалии (повторение

слов, фраз) при ответах на вопросы. Характерно отсутствие употребления личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.

В отличие от моторики в развитии речи нередко наблюдается опережение, но часто уже с самого начала речь отличается аутичностью, наличием «автономности», превалированием неологизмов. Маленький ребенок, едва научившись говорить, может одержимо повторять отдельные слова, читать стихи, аффективно расставляя интонационные акценты. Таким образом, более сложные психические процессы, такие, как речь, развиваются раньше, чем более элементарные.

Уже с раннего детства отмечается сенсорная и эмоциональная гиперестезия: даже в младенческом возрасте дети отрицательно реагируют на яркие игрушки, страдают от громких звуков, прикосновений одежды. Сначала эта чувствительность приводит к чрезмерной ориентировочной реакции, состоянию возбужденности. В дальнейшем она как бы истощается, внимание ребенка становится трудно привлечь, он мало или совсем не реагирует на обращение, игрушку, что иногда приводит к ложным опасениям в отношении слепоты или глухоты.

Также с возрастом более четким становится характер речевых расстройств. Нарушение коммуникативной стороны речи с длительным сохранением в речевом развитии звукоподражательных, автономных слов, которые сосуществуют с общеупотребляемыми словами, делает речь аутичного ребенка вычурной и нередко труднодоступной для понимания.

При потенциально сохранном интеллекте, а иногда и рано выявляющейся частичной одаренности (музыкальной, математической) эти дети находятся вне реальной ситуации и на предъявляемые требования дают реакции негативизма с частым отказом от даже уже существующих умений и навыков. С возрастом в большинстве случаев все более выступает нецеленаправленность поведения, его слабая связь с ситуацией, противоречивость всей психической сферы ребенка.

К основным трудностям, мешающим психическому развитию аутичного ребенка, могут быть отнесены следующие:

- дефицит психической активности;
- тесно связанные с ним нарушения инстинктивно-аффективной сферы;
- нарушения сенсорики;
- нарушения двигательной сферы;

– нарушения речи.

Однако, как и при любой другой аномалии развития, общая картина тяжелого психического дефекта не может быть прямо выведена только из его биологических первопричин. Механизм формирования вторичных нарушений наиболее очевиден при рассмотрении клинической картины сквозь призму аномального психического развития.

Психическое развитие не только страдает от биологической неполноценности, но и приспосабливается к ней как к внешним условиям. Наиболее нарушается развитие тех сторон психики, которые формируются в активных социальных контактах.

В развитии речи, лишенной предметной основы, также имеются признаки вторичной асинхронии. Наряду с общеупотребительной речью сохраняется и автономия, которая обладает тенденцией к вытеснению первой (особенно в аффективно насыщенных ситуациях, например в аутистических играх). Это сохранение автономной речи с преобладанием аффективно-образных звуковых компонентов не только еще более задерживает речевое развитие в целом, но и вносит в это недоразвитие свою специфику – отсутствие единства между акустической и смысловой стороной слова.

В дошкольном возрасте наиболее яркой моделью деятельности, в которой проявляются особенности интеллектуального развития, является игровая. Исследования игрового поведения детей с РДА показали, что в отличие от здоровых детей, которые перед началом игры проводили активную ориентировку в игрушках, исследовали их функции, предпочитали игрушки специализированные, дающие возможность производить более сложные предметные действия, аутичные дети были малоактивны как в ориентировке среди игрушек, так и в их использовании. Они предпочитали неспециализированные игрушки (яркие кубики, бусы и т.д.), а из специализированных – наиболее простые, не предполагающие сложных предметных действий. Неспециализированные игрушки и в их спонтанной игре оказывались аффективно значимыми. Часто в качестве игрушек использовались бытовые предметы: водопроводные краны, бумажки, тряпочки и т.д. Обращало внимание тяготение к неоформленным материалам (песку, воде), интерес к простым физическим эффектам, получаемым при действиях с предметами (скрип дверей, шум воды, шуршание бумаги, «зайчик» от зеркала и т.д.).

Сложным является вопрос о развитии у детей, страдающих аутизмом, самосознания. В тяжелых случаях страдает генетически наиболее ранний уровень самосознания – представление о своем физическом «я». В опытах Е.Е. Обуховой (1972) детям, стоящим перед зеркалом, предлагалось на себе показывать отдельные части тела (глаза, нос, ухо и т.д.). Здоровые дети к трем годам задание выполняли правильно. Дети с РДА отождествляли себя с изображением в зеркале, но при этом одни части тела показывали на себе, другие в

зеркале. Наблюдалось рассогласование между отдельными сторонами физического «я»: формированием образа тела и локализацией его в пространстве.

Таким образом, патологические особенности психического развития выступают при аутизме не только в виде отдельных нарушений психического тонуса, аффективной сферы, восприятия, моторики, речи, дефектности регуляторных систем, но и как связанная с этими нарушениями и затруднениями социальной адаптации асинхрония развития в целом, искажение нормального взаимодействия формирующихся психических функций.

Раздел 2. Рекомендации для педагогов, работающих с детьми–инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья.

1) Дети и подростки с нарушениями слуха;

Для успешного обучения ребенка с нарушением слуха, в общеобразовательном учреждении необходимо учитывать, во-первых, психологическую и физиологическую готовность к обучению. Во-вторых, в образовательном учреждении необходимо создать безбарьерную среду для лиц с нарушением слуха («Бегущая строка» (на этажах), световая индикация начала и окончания урока, FM-системы для индивидуальной и групповой работы); в-третьих, процесс обучения должен сопровождаться специалистами (сурдопедагогом, логопедом, психологом). И, наконец, нельзя забывать о том, что необходимо обеспечить комплексно сопровождение всех участников образовательного процесса.

Общей проблемой для всех детей с нарушенным слухом является быстрый темп речи педагогов, практическая невозможность быстро воспринимать предлагаемый материал, одновременно слушать и выполнять какие-либо инструкции педагогов.

Старайтесь делать небольшие паузы (3-4 мин) после объяснения какого-либо вопроса, чтобы ребенок мог понять воспринятое.

Не бойтесь два - три раза повторить основные положения предлагаемого материала. Используйте как можно шире иллюстративный материал.

Нередко ошибочные ответы или затруднения в ответах детей вызваны непониманием инструкции, непривычной формулировкой вопроса, незнанием требований педагога. Следует обязательно проверить, как понято задание. Время, затраченное на проверку понимания инструкции или требования, окупается с лихвой при выполнении работы или ответе.

Не задавайте вопросов "Понял?", "Понятно?" Не верьте односложным ответам школьников "Да" и "Нет". Потребуйте раскрыть, что значит "Да", что скрывается за "Нет".

Попросите повторить инструкцию полностью или фрагментарно. Задавая вопрос, обязательно требуйте его повторения вслух.

Во время Вашего монолога следите за тем, насколько Ваш ученик Вас понимает. Время от времени просите повторить Ваши слова.

Всегда располагайтесь лицом к источнику света. Прежде чем начать говорить что-либо, надо привлечь к своему лицу зрительное внимание человека с нарушенным слухом, дожидаться или добиться, чтобы он на Вас посмотрел.

Всегда сами смотрите в лицо ребенку с нарушенным слухом при разговоре с ним, не только во время Вашего высказывания, но и когда слушаете его. Сразу повторяйте вслух его слова, как эхо, особенно если он задает вопрос.

Стройте фразу так, чтобы в ней был естественный порядок слов, чтобы начиналась фраза с заведомо воспринимаемых ("видимых") слов, ответ на вопрос ребенка начинайте или с двух-трех слов, содержащихся в вопросе, или с повторения вслух вопроса.

Во время говорения старайтесь не кивать головой, не размахивать руками (не жестикулировать), не прикрывать рот, не поворачиваться спиной к ученику или к классу.

Ваша реакция на какую-либо ситуацию или реплику со стороны должна быть понятна или немедленно объяснена глухому человеку.

Будьте к собеседнику доброжелательным, не показывайте своего недовольства или раздражения, вызванного непониманием вашей речи.

Овладевайте способами оперативной помощи ему во время беседы или урока:

- повторить фразу в более медленном темпе с тем же порядком слов;
- переставить слова во фразе;
- заменить то или иное слово без изменения смысла фразы;
- написать ключевое или непонимаемое слово;
- написать всю фразу.

2) Дети и подростки с нарушениями зрения;

Общение рассматривается как один из компонентов специального образования, неперенный элемент всестороннего развития, компенсации нарушенных функций детей с ограниченными возможностями. В зависимости от характера и степени нарушений используются те или иные способы общения с детьми с недостаточностью зрения.

Педагогу, родителям и окружающим ребенка людям следует знать, что диапазон остроты зрения незрячих детей колеблется от тотальной слепоты до форменного зрения. Дети с остаточным зрением вполне могут самостоятельно ориентироваться в малом пространстве, воспринимать предметы и действия зрительно или зрительно-слуховым способом, а тотально незрячие нуждаются в помощи со стороны взрослого. В таких случаях

необходимо вовремя предупредить ребенка об опасности (препятствия, низкие деревья, ветки деревьев, узкий проход, яма, открытый люк и т. д.), лучшим предупреждением об опасности является слово.

Ребенку с нарушенным зрением нельзя давать понять, что он зависит от вас. Общение с ним на равных, но вместе с тем оказание ему необходимой практической помощи приведет к образованию системы связей речевой и практической деятельности. Проявления лишнего любопытства по поводу его зрения, а также сентиментального сочувствия может снизить интерес общения с вами.

Не следует акцентировать внимание на его физическом недостатке или на стереотипных (навязчивых) движениях, а при их наличии переключите внимание ученика на другую деятельность. Толерантность (терпимость) по отношению к детям с «особыми нуждами» является неременным качеством педагога.

Важное воздействие на развитие ребенка оказывает успешность его отношений со взрослыми и сверстниками.

Коррекция и профилактика нарушений зрения

Люди с нарушенным зрением задумываются над тем, как сохранить остаточное зрение. В настоящее время существует много берегающих технологий (Аветисов Э.С., Корбет М.Д., Демирчоглян Г.Г. и др.), которые имеют сходные и различные методики. Мы же приводим некоторые из них, имеющие коррекционную и профилактическую направленность и позволяющие учитывать следующие аспекты: охрана остаточного зрения; особенности индивидуального развития ребенка; щадящий режим зрительной нагрузки; рациональное чередование физической нагрузки и отдыха, специальных упражнений для глаз в течение урока; использование специальных методов и приемов в обучении двигательным действиям; система требований, которые предъявляются к ребенку на данном этапе его жизни.

Для улучшения аккомодационной способности глаза при близорукости часто используется упражнение «метка», которое можно проводить как в школе, так и в домашних условиях. Для выполнения этого упражнения на стекле на уровне глаз наносится метка диаметром 3—5 мм. Ребенок становится на расстоянии 30—35 см от оконного стекла и намечает вдали за окном какой-либо предмет, находящийся на линии, проходящей через метку на стекле. Зафиксировав взгляд на этом предмете, переводит затем его на метку на стекле, потом снова на предмет. Так повторяется несколько раз. Упражнение проводят два раза в день.

Хорошим средством для развития глазодвигательной функции является сбор фишек определенного цвета (например, желтого), предварительно разбросанных по столу. Для контроля фиксируется время выполнения задания.

Полезно моргание через каждые 5 мин., моргание — естественный способ «смазки» и очищения поверхности глаз. Оно способствует также расслаблению лицевых и лобных мышц (следует моргать без усилий, двигаться должны только веки, брови находятся в расслабленном состоянии).

Напряженное состояние глаз отнимает 90% психической энергии человека. При интенсивной зрительной работе глазные мышцы напрягаются, выводя глаза из правильной центровки, и вслед за этим могут возникнуть головные боли. Поэтому следует чаще использовать упражнения на релаксацию, вспоминая при этом какие-нибудь приятные моменты, спокойную музыку (например, «Лунная соната» Л. Бетховена, «Олимпийская сказка» А. Пахмутовой и др.). При расслаблении боль и напряжение снижаются, нормализуется дыхание, столь важное для зрения.

Есть и чисто психологические способы стимуляции зрения: запахи елки, мандарина и ванилина благоприятно действуют на снятие психического напряжения. При обучении детей с нарушенным зрением можно использовать мяч с запахом ванилина, внутри которого находятся цветные шарики.

Для формирования эталонов цвета, рекомендуется использовать набор прямоугольников размером 20 x 40 мм, состоящий из четырех максимально насыщенных цветов (красного, зеленого, синего и желтого); набор, состоящий из семи насыщенных цветов (красного, оранжевого, желтого, зеленого, голубого, синего, фиолетового). Этими рекомендациями могут воспользоваться учителя массовых школ в коррекционных занятиях с детьми, имеющими нарушения зрения. Данная методика направлена на улучшение цветоразличимости и формирование целостных образов.

Тренировка глаз всегда была и остается актуальной. Своевременная профилактика снижает потерю зрения.

Для сохранения и улучшения зрения рекомендуется выработать следующие навыки:

- моргать непрерывно, доведя это движение до автоматизма;
- дышать легко и непрерывно;
- смотреть на ближние и удаленные объекты, скоординировав деятельность психики и глаза;
- возбуждать в себе интерес — во время рассматривания объекта путешествовать по нему;
- воспринимать увиденное без усилия;
- часто закрывать глаза, чтобы давать им отдых.

*Рекомендации для педагогов по профилактике и преодолению трудностей в обучении
ребенка с нарушением зрения*

1. Ознакомиться с заключением врача-офтальмолога о состоянии зрения школьника, испытывающего трудности в обучении. Далеко не всем детям рекомендуются очки для постоянного ношения, а некоторые дети, испытывая чувство стеснения, не надевают их в окружении сверстников.
2. Рабочее место ребенка с нарушением зрения располагается в центре класса, на первой-второй парте. Лучше, если оно будет оснащено дополнительным освещением.
3. Педагогу, работающему с таким ребенком, рекомендуется не стоять в помещении против света, на фоне окна.
4. В одежде педагогу рекомендуется использовать яркие цвета, которые лучше воспринимаются ребенком, имеющим зрительные нарушения.
5. В связи с тем, что темп работы детей со зрительными нарушениями замедлен, следует давать больше времени для выполнения заданий (особенно письменных). Некоторые нарушения зрения осложняют выработку навыка красивого письма, поэтому следует снизить требования к почерку ребенка. Школьному педагогу-психологу рекомендуются занятия с таким ребенком, направленные на развитие навыков письма и черчения по трафарету, навыков штриховки, ориентировки в микропространстве (на листе бумаги), развитие зрительного восприятия, внимания, памяти.
6. Рекомендуется смена видов деятельности с использованием упражнений для снятия зрительного утомления (зрительная гимнастика), включение в учебно-воспитательный процесс динамических пауз, которые являются своеобразным отдыхом для глаз.
7. Педагог должен говорить более медленно, ставить вопросы четко, кратко, конкретно, чтобы дети могли осознать их, вдуматься в содержание. Не следует торопить их с ответом, дать 1-2 мин на обдумывание.
8. При проведении занятий с детьми, имеющими нарушение зрения, создаются условия для лучшего зрительного восприятия объекта, различения его цвета, формы, размещения на фоне других объектов, удаленности.
9. Материал должен быть крупный, хорошо видимый по цвету, контуру, силуэту, должен соответствовать естественным размерам, т.е. машина должна быть меньше дома, помидор - меньше кочана капусты и т. п.
10. Размещать объекты на доске нужно так, чтобы они не сливались в единую линию, пятно, а хорошо выделялись по отдельности.

11. При знакомстве с объектом рекомендуется снижать темп ведения занятия, так как детям с нарушением зрения требуется более длительное, чем нормально видящим Детям, время для зрительного восприятия, осмысления задачи, повторного рассматривания.

12. Следует чаще использовать указки для прослеживания объекта в полном объеме (обводят его контур, часть), использовать дополнительный материал: контур, силуэт, рисунок, мелкие картинки, игрушки, индивидуальные картинки для детей с низкой остротой зрения.

13. Поскольку у детей с нарушением зрения преобладает последовательный способ зрительного восприятия, то время на экспозицию предлагаемого материала увеличивается минимум в два раза (по сравнению с нормой).

14. При предъявлении материала, связанного с его осязательным обследованием, время также увеличивается в 2-3 раза по сравнению с выполнением задания на основе зрения.

15. Трудности координации движения, несогласованность движений руки и глаза при нарушениях зрения замедляют темп выполнения заданий, связанных с предметно-практической деятельностью, поэтому при выполнении графических заданий должна оцениваться не точность, а правильность выполнения задания.

16. Нужно давать ребенку, имеющему зрительные нарушения, возможность подходить к классной доске и рассматривать представленный на ней материал.

3) Дети и подростки с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА);

Педагогу важно знать и учитывать, что все дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в особых условиях жизни и обучения. Наше воздействие на ребенка, имеющего отклонения в развитии, должно способствовать достижению двух целей:

1) *Ребенок должен чувствовать себя комфортно.* Мы всегда должны учитывать состояние ребенка в конкретный момент времени. Важно помнить, что первая наша задача - создать базис, на основе которого ребенок сможет изменяться, почувствует себя лучше и будет готов проявлять самостоятельную активность. Только после этого мы вместе с ним сможем сделать следующий шаг в познании окружающего мира.

2) *Границы возможностей ребенка должны расширяться.* Важно стимулировать все способности ребёнка и добиваться его максимально возможной самостоятельной активности, даже если она недостаточна.

Первая глобальная задача специалистов состоит в разработке оптимального индивидуального плана обучения ребенка; следует обсудить все варианты с родителями и вместе с ними решить, какая именно форма образования наилучшим образом

соответствует потребностям ребенка на каждой стадии его школьной жизни. Несомненно, во внимание принимаются и местные условия, и расстояние до школы, и необходимость пользоваться транспортом, и оборудованные пандусами крыльцо и лестницы в школе и т.д. Еще одна крайне важная деталь - особенности самого ребенка. Темперамент и интеллектуальные способности значат не меньше, чем физические нарушения. Например, у двоих детей с церебральным параличом средней тяжести могут быть совершенно разные потребности. Один из них - открытый, легко сходится с другими детьми, любые соревнования с товарищами его только вдохновляют. Он вполне может посещать обычную школу и нуждается лишь в психолого-педагогической поддержке. Другой, обладая теми же физическими нарушениями, плохо переносит шум, возбужденную и суетливую обстановку. Ему лучше учиться в маленьком коллективе, где царит покой и где его будут постоянно поощрять к действиям.

Важно отметить несколько практико-ориентированных рекомендаций для педагогов, которые они должны соблюдать при работе с детьми с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата:

1) Так как у данной категории детей при сохранном интеллекте идёт «диссоциативное» развитие психики (т.е. отмечается неравномерность развития, когда какие-либо знания и умения ребенка могут быть развиты больше, чем должно быть в его возрасте, и при этом другие знания и умения недостаточно сформированы), перед началом обучения необходимо изучить клинико-психолого-педагогический статус ребёнка.

2) У детей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; педагог должен приближаться к ребёнку со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать детей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку.

3) Необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы ребенка и учитывать его во время занятий (детям с церебральным параличом свойственна повышенная тревожность, ранимость, обидчивость; например, гиперкинезы и спастика могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания).

4) На занятиях необходимо соблюдение двигательного режима, обязательный перерыв на физкультминутку.

5) В каждое занятие желательно включать упражнение на пространственную и временную ориентацию (например, положи ручку справа от тетради; найди сегодняшнюю дату на календаре и т.д.).

6) Для детей с усиленным слюноотечением (саливацией) требуется контролирующая помощь со стороны учителя с напоминанием проглотить слюну для формирования у ребенка устойчивой привычки - контроля за слюноотечением.

7) Для детей, имеющих тяжелые нарушения моторики рук (практически всегда они связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий ребенку не давать развернутый речевой ответ.

8) На занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование.

9) Так как темп деятельности у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата замедленный, следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время.

10) Ребёнку с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата необходима сопровождающая помощь дефектолога, специального психолога и логопеда.

11) По возможности в школе необходимо создать специальную коррекционную предметно-развивающую среду в соответствии с ведущими линиями развития ребенка.

Дифференцированный и индивидуальный подход, а также создание благоприятных условий обучения, учитывающих индивидуальные типологические и специфические особенности детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, поможет ребёнку лучше усваивать программу.

4) Дети и подростки с задержкой психического развития (ЗПР);

Важным условием успешной коррекции и компенсации недостатков в психическом развитии детей с ЗПР является адекватность педагогического воздействия, которое возможно при правильно организованных условиях, методах обучения, соответствующих индивидуальным особенностям ребенка, т.е. обучении, стимулирующем развитие и соответствующем реальным возможностям ребенка.

Основной задачей в обучении рассматриваемой категории детей является

создание условий для успешной учебной и внеклассной деятельности как средства коррекции их личности, формирования положительных устремлений и мотиваций поведения, обогащения новым положительным опытом отношений с окружающим миром.

К условиям, способствующим ломке отрицательных стереотипов поведения трудных в обучении и воспитании учащихся, Е. М. Мастюковой с соавторами отнесены следующие:

- создание благоприятной обстановки, щадящего режима;
- обучающая, коррекционно-воспитательная направленность всей педагогической работы; использование приемов и методов обучения, адекватных возможностям учащихся, обеспечивающих успешность учебной деятельности;
- дифференциация требований и индивидуализация обучения, модификация учебной программы — сокращение ее объема за счет второстепенного материала и высвобождение времени на ликвидацию пробелов в знаниях и умениях учащихся;
- организация системы внеклассной, факультативной, кружковой работы, повышающей уровень развития учащихся, пробуждающей их интерес к знаниям;
- учет особенностей психического развития, причин трудностей поведения и обучения при организации обучения и коррекционной воспитательной работы с данной категорией детей.

Для успешного усвоения учебного материала детьми с ЗПР необходима работа по нормализации их познавательной деятельности, которая осуществляется на уроках по любому предмету.

Педагог не может удовлетвориться правильным ответом одного-двух учеников; он обязан убедиться в том, что все ученики поняли материал, и только после этого переходить к новому. В случаях, когда по своему психическому состоянию ученик не в силах работать на данном уроке, материал объясняют ему на индивидуальных занятиях.

Обязательным условием занятия является четкое обобщение каждого его этапа (проверка выполнения задания, объяснение нового, закрепление материала и т.д.).

Новый учебный материал также следует объяснять по частям. Вопросы должны быть сформулированы четко и ясно; необходимо уделять большое внимание работе по предупреждению ошибок: возникшие ошибки не просто исправлять, а обязательно разбирать совместно.

С целью адаптации объема и характера учебного материала к познавательным возможностям систему изучения того или иного раздела программы нужно значительно детализировать: учебный материал преподносить небольшими порциями, усложнять его следует постепенно, необходимо изыскивать способы облегчения трудных заданий, такие как:

- дополнительные наводящие вопросы;

- наглядность – картинные планы, опорные, обобщающие схемы, «программированные карточки», графические модели, карточки-помощницы, которые составляются в соответствии с характером затруднений при усвоении учебного материала;

-приемы-предписания с указанием последовательности операций, необходимых для решения задач;

- помощь в выполнении определенных операций;

- образцы решения задач;

- поэтапная проверка задач, примеров, упражнений.

Каждого следует стараться выслушать до конца; необходимо включать предметно-практические действия, цель которых - подготовить детей к усвоению или закреплению теоретического материала.

Для предупреждения быстрой утомляемости или снятия ее целесообразно переключать детей с одного вида деятельности на другой, разнообразить виды занятий. Интерес к занятиям и хороший эмоциональный настрой учащихся поддерживают использованием красочного дидактического материала, введением в занятия игровых моментов.

Исключительно важное значение имеют мягкий доброжелательный тон педагога, внимание к ребенку, поощрение его малейших успехов. Темп занятия должен соответствовать возможностям ученика.

Следует уделять внимание обучению действию по словесному образцу, которое нужно начинать с объяснения основной функции образца, а затем - с помощью его вычленения из текста. Для того чтобы научить детей умению видеть (находить) образец в данном тексте, им нужно указать на то, что в разных упражнениях образец может иметь разное местонахождение, может быть разных типов, но независимо от этого его функция всегда одна и та же: как нужно выполнять.

Необходимо научить находить образец, соотнести его с инструкцией, разобрать, что показывает данный конкретный образец, т.е. проанализировать его.

Действия по образцу сначала следует отрабатывать на упражнениях с одним заданием, а затем постепенно вводить образец в упражнения с несколькими заданиями. Нужно, чтобы ученик возвращался к образцу на каждом этапе деятельности: «Правильно ли я сделал, так ли у меня получилось, как в образце?», что позволит видеть возможные расхождения, находить и устранять их причины.

Особенно важно учить планировать свою деятельность при выполнении упражнений, задач с несколькими заданиями. На первых порах это достигается путем ответов учащихся на поставленные вопросы. Ученик должен научиться вычленять отдельные этапы будущей деятельности, а для этого надо чаще пользоваться такими словами, как «сначала», «потом».

Умение дать отчет о выполненной работе и рассказать о предстоящей способствует преодолению нерешительности, растерянности, укрепляет веру в собственные возможности. На основе широкого привлечения речи педагог добивается понимания учащимися смысла выполняемой деятельности, осознания правильности (или ошибочности) произведенных действий, адекватной оценки результата работы в соответствии с требованиями.

Значительное время необходимо отводить на обучение учащихся выполнять инструкцию с несколькими заданиями. У детей с ЗПР может иметь место утеря одного из звеньев инструкции, поэтому надо приучать их внимательно слушать инструкцию, пытаться представить ее себе и запомнить, что следует делать.

Одним из важнейших направлений учебно-воспитательного процесса является формирование у воспитанников навыков самостоятельной работы, умения организовывать, планировать свою деятельность, осуществлять самоконтроль.

Для самостоятельной работы необходима индивидуализация заданий. В этой связи психологи рекомендуют всем учителям разрабатывать дидактический материал различной степени трудности и с различным объемом помощи:

- задания воспроизводящего характера при наличии образцов, алгоритмов выполнения;
- задания тренировочного характера, аналогичные образцу;
- задания контрольного характера и т.д.

Работу следует организовывать таким образом, чтобы ребенок сознательно относился к выбору типа задания, т.е. создавать обстановку свободы выбора, помощи и взаимопомощи.

В процессе самостоятельной познавательной деятельности развиваются мышление, память, внимание, творческое воображение, а также вырабатываются практические умения и навыки, формируется психологическая установка на самостоятельное пополнение знаний.

Необходимо организовать деятельность таким образом, чтобы были доступны все компоненты самостоятельной деятельности: осмысление цели, планирование своей деятельности, самоконтроль, сопоставление конечного результата работы с заданной целью, использование справочного материала учебника. Степень самостоятельности ученика, как правило, соответствует его учебным возможностям и постепенно возрастает. Каждому ученику предоставляется возможность широкого использования справочного материала, словарей, памяток, схем. Только при соблюдении всех этих условий самостоятельная работа становится средством развития познавательной активности учащихся.

Необходимо учить детей с ЗПР проверять качество своей работы как по ходу ее выполнения, так и по конечному результату; одновременно нужно развивать потребность в самоконтроле, осознанное отношение к выполняемой работе, для чего на уроках следует

отводить специальное время на самопроверку и взаимопроверку выполненного задания. Для коррекции внешней организации деятельности детей с ЗПР (особенно в первоначальный период обучения) необходима система четких требований к выполняемой работе.

5) Дети и подростки с интеллектуальной недостаточностью;

Излагаемый материал должен быть научным, достоверным, доступным, должен быть связан с жизнью и опираться на прошлый опыт детей.

На каждом занятии должны осуществляться индивидуально-дифференцированный подход, межпредметные связи.

Важно строго соблюдать охранительный режим:

- проведение физминуток (начальная школа – 2 физминутки, старшая школа – 1 физминутка);

- соответствие мебели возрасту;

- соответствие учебной нагрузки возрасту;

- соблюдение санитарно-гигиенических требований.

Замедленность темпа обучения, что соответствует замедленности протекания психических процессов;

Осуществление повторности при обучении на всех этапах и звеньях занятия;

Максимальная опора на чувственный опыт, что обусловлено конкретностью мышления ребенка;

Максимальная опора на практическую деятельность и опыт ученика, с опорой на более развитые способности ребенка;

Осуществление дифференцированного руководства учебной деятельностью, предусматривающего проектирование, направление и регулирование, а вместе с тем и исправление действий членением целостной деятельности на отдельные части, операции и др.

Оптимальные условия для организации деятельности на занятии заключаются в следующем:

- рациональная дозировка содержания учебного материала;

- выбор цели и средств ее достижения;

- регулирование действий;

- побуждение к деятельности на занятии;

- развитие интереса к занятию;

- чередование труда и отдыха.

Организовывать учебную деятельность приходится из-за невозможности умственно отсталыми детьми постоянно мобилизовывать свои усилия на решение познавательных

задач. Поэтому приходится использовать приемы расчленения познавательности на мелкие доли, а всю учебную деятельность - на мелкие порции. В роли средств информации выступает слово, наглядность, практические действия.

Важное коррекционное значение учебного процесса состоит в выявлении и учете нереализованных познавательных возможностей. Из-за неравномерной деятельности на уроке огромное значение для педагога имеет знание фаз работоспособности. У умственно отсталого ребенка слишком растянута фаза пониженной работоспособности, а фаза повышенной сильно сокращена. Фаза вторичного снижения работоспособности наступает преждевременно.

Для лучшего восприятия объекта изучения используют муляжи или объемные пособия. При их самостоятельном изготовлении они имеют большую дидактическую пользу из-за осознанности интереса к восприятию (модели из песка, глины, пластилина, гербарии).

Наиболее доступно наблюдение натуральных предметов или явлений. При наблюдении восприятием умственно отсталых детей нужно управлять: сравнивать один объект с другим, знакомиться с ним, разбивать задачу наблюдения на части. Наблюдение используется для перевода познания с уровня представлений на уровень понятий. При наблюдении на уроках картинки или иллюстрации используются как опора для понимания общей мысли. Упражнение - это повторение действий в целях выработки умения и навыков. Если качество упражнения улучшается, то умственно отсталые дети приобретают умения, если в упражнении появился автоматизм - это означает сформированность навыков. Для формирования умений и навыков при использовании упражнения нужно использовать:

- осознанность действия;
- систематичность;
- разнообразие;
- повторяемость;
- расположение упражнений во времени в нужном порядке.

Основной источник познания – деятельность. Практические и лабораторные работы часто связаны с программированными методами работы. Практические методы как вид деятельности умственно отсталых детей используется на всех этапах обучения. Это заключается и в выполнении рисунков, схем, диаграмм, обведение контуров материков и т.д.

6) Дети и подростки с аутизмом (РДА);

Аутизм, как это видно из названия синдрома, проявляется в «уходе в себя», в свой внутренний мир, наполненность и характер содержания которого зависят от уровня

интеллектуального развития, возраста ребенка, особенностей течения заболевания. В вопросе об этиологии раннего детского аутизма единства мнений нет.

Дизонтогенез аутичного ребенка, представляющий собой сложную комбинацию первичных и вторичных дефектов, требует особых приемов их преодоления.

Существенной трудностью организации целенаправленного поведения является быстрая пресыщаемость: предметы, вызывавшие вначале интерес, очень быстро, иногда через несколько секунд, не только перестают интересовать, но и вызывают отрицательные эмоции.

Такую же двойственную природу имеют и агрессивные проявления этих детей. Они могут возникать как результат страхов, негативного отношения к окружающему. В то же время агрессивные реакции могут представлять собой примитивную попытку контакта с окружающим, т.е. быть следствием отсутствия у больного ребенка готовых форм взаимодействия. Таким образом, агрессивные явления неоднозначны, и если в одних случаях их нужно корригировать, то в других они являются необходимым этапом адаптации к окружающему.

В процессе развития целенаправленных форм поведения большую роль играет выработка у аутичного ребенка разнообразных стереотипов поведения. Использование уже имеющихся стереотипов, обогащение и наполнение их смыслом облегчают возможность взаимодействия ребенка с окружающими и создают благоприятные предпосылки для развития его спонтанной активности. Ее появление в свою очередь создает возможности для формирования сложных двигательных навыков, снятия речевых трудностей, способствует направленному развитию речи, создает предпосылки для пропедевтики школьного обучения.

Успех социальной адаптации аутичного ребенка связан с возможностью координации действий родителей, врача, психолога и педагога. В связи с этим необходимо рассмотреть, как строится взаимодействие между специалистами и как они сотрудничают с семьей аутичного ребенка.

Педагог ставит перед психологом конкретные задачи по коррекции поведения ребенка.

Психолог может участвовать и в самих педагогических занятиях – в особой роли партнера по обучению. В этой роли психолог демонстрирует ребенку наглядные формы правильного поведения. В случае интеллектуальных трудностей ребенка для поддержания его уверенности в себе психолог может выступить и в роли соученика, «не понимающего задания». В этих случаях ребенок охотно начинает объяснять психологу решение задачи, тем самым уясняя суть вопроса и себе. Происходит как эмоциональная, так и интеллектуальная активация ребенка.

Психолог, в свою очередь, использует достижения педагога для обогащения содержания собственных занятий и форм контакта с ребенком.

Установление взаимопонимания и тесного контакта с родителями является необходимым условием психолого-педагогической коррекции. Во-первых, это психотерапия родителей, большей частью находящихся в хронически угнетенном настроении в связи с психической неполноценностью ребенка. Во-вторых, психолог, обсуждая трудности поведения ребенка, может подсказать родителям, как избежать конфликтов. Профилактика таких болезненных и для ребенка, и для родителей ситуаций, создание определенного щадящего и в то же время эмоционально-тонизирующего, организующего ребенка режима, позволяют уменьшить его аутистические тенденции, сделать его податливым педагогическим воздействиям в семье.

Итак, основные направления психокоррекционной работы с аутичными детьми определяются спецификой данного синдрома и заключаются в следующем:

- § ориентации аутичного ребенка вовне;
- § обучение его простым навыкам контакта;
- § обучение ребенка более сложным формам поведения;
- § развитие самосознания и личности аутичного ребенка.

§ В связи с легкой возбудимостью ребенка, импульсивностью, хаотичностью его деятельности необходимы специальные мероприятия по обеспечению безопасности детей в процессе занятий.

§ Занятия должны проходить в специально оборудованном зале, где обязательно должно быть мягкое освещение, палас или ковер на полу. В зале не должно быть острых и тяжелых предметов.

§ Необходима строгая организация режима в группе. Обязательным является идентичность обстановки занятий и постоянство состава группы, так как аутичные дети трудно приспосабливаются к новой обстановке и новым людям.

§ Необходимо создание индивидуальных психокоррекционных программ для каждого ребенка.

§ Необходимо активное привлечение родителей к психокоррекционному процессу.

Наблюдение за ребенком с РДА может дать информацию о его возможностях, как в спонтанном поведении, так и в создаваемых ситуациях взаимодействия, при этом важно ориентироваться на следующие параметры:

- более приемлемая для ребенка дистанция общения;
- излюбленные занятия в условиях, когда предоставлен сам себе;
- способы обследования окружающих предметов;

- наличие каких-либо стереотипов бытовых навыков;
- используется ли речь и в каких целях;
- поведение в ситуациях дискомфорта, страха;
- отношение ребенка к включению взрослого в его занятия.

Выяснив для себя все эти моменты, можно приступать к организации среды, в которой «включение» аутичного ребенка будет максимальным.

1) Создание положительного эмоционального контакта с учителем и учащимися

Личное отношение к ученику с аутизмом первостепенно в общении, т.к. эти дети не воспринимают фронтальную инструкцию для всего класса. Обязательно дополнительное повторение задания для этого ученика, обращаясь непосредственно именно к нему. Иногда достаточно улыбки, кивка головы или, наоборот, какого-то условного знака, обговоренного с ребенком заранее.

В конце урока обязательно говорить о том, что ребенок «хорошо позанимался» и "выполнил задание", «сделал...», что он вел себя как "хороший, умный ученик. Этим мы добиваемся постепенного освоения ребенком роли ученика. Однако следует знать, что похвала является не очень надежным регулятором поведения такого ребенка.

Неформальные контакты на перемене тоже должны быть организованы. Для такого ребенка очень важно иметь возможность быть рядом с доброжелательными сверстниками, но это не означает немедленного включения ребенка в деятельность детей. Это может дать диаметрально противоположный результат, поэтому выстраивать общение следует поэтапно - давать возможность ребенку наблюдать за играми детей, слушать их разговоры, пытаться понять их интересы, отношения. Обязательно проговаривать, обсуждать возникающие ситуации - давать развернутый эмоциональный (в допустимых рамках) комментарий, который во много) будет постепенно помогать ребенку понимать и осознавать процессы эмоционального взаимодействия с окружающими к которому он стремится.

2) Учет личностных особенностей ребенка

Педагоги и психологи должны помнить о повышенной чувствительности, ранимости, возможно, брезгливости такого ребенка. На уроке труда дети могут отказываться работать с красками, с клеем, для них может быть неприятным посещение столовой и туалета. Если такого рода «трудные впечатления» дозируются и находится адекватная замена неприемлемому, то мы сможем предотвратить возможные срывы проявления страха, возникновение и фиксацию негативизма. В то же время опыт показывает, что все-таки не стоит воспринимать возможные трудности как неизбежные. Нужно быть к ним готовыми и использовать запасной вариант. Так мы поможем ребенку преодолеть дискомфорт и стать «как все». Часто, он готов сделать в школе, вместе со всеми, то, на что никогда не решился

бы дома. Так, например, в детском учреждении обычно преодолевается избирательность ребенка в еде.

Часто страхи и негативизм ребенка связаны с предыдущими неудачами и слишком большим нажимом взрослых в обучении. Он может, например, категорически отказываться брать в руки ручку, переставать слышать и видеть учителя при словах «давай посчитаем» и др. В этом случае напряжение ребенка постепенно уходит, если педагог остается спокоен и предлагает ему адекватную помощь, позволяющую ощутить себя успешным.

При организации урока важно также помнить, что тормозимость, неуверенность ребенка делают для него крайне трудной ситуацию самостоятельного выбора или принятия решения. Необходимость ответить на простой вопрос (что ты хочешь? что будешь делать?) заставляет его испытывать дискомфорт, часто он говорит что-то наугад, чтобы просто выйти из неприятной напряженной ситуации.

Поэтому вопрос самостоятельного выбора при начале обучения учитель должен решать за ребенка сам и постепенно, учитывая особенности ребенка и его интересы, ставить вопрос выбора таким образом, чтобы ребенок выбирал из того, что ему знакомо или нравится.

3) Организация учебного времени, использование стереотипов поведения

С помощью зрительно-пространственной организации среды мы сможем не только спровоцировать ребенка на достаточно сложные действия, но и составить из них связную поведенческую цепочку. Основной задачей взрослого при этом становится насыщение всех ее звеньев эмоциональным смыслом, объединение их логикой нашего взаимодействия с ребенком. При обдуманной организации силовые линии среды могут "вести" такой ребенка от одного занятия к другому и определять его действие в конкретном занятии. Так, растворенная в нужный момент дверь и открывающаяся за ней ковровая дорожка или лесенка и без нашего "понукания" организуют движение ребенка в необходимом направлении; открытое пианино спровоцирует поиграть на нем; доска с вкладышами, которые надо поставить на место, паззлы и другие головоломки смогут, как бы сами определить для ребенка достаточно сложную логику действий.

Вовремя запущенный стереотип поведения поможет при необходимости экстренно справиться с поведенческой проблемой: отвлечь ребенка, сосредоточить его, успокоить; умелая стыковка цепи стереотипов вообще может уберечь ребенка от аффективных срывов - перевозбуждения, неожиданных импульсивных действий. Включить его в привычные формы поведения поможет начатое действие взрослого, заданный им знакомый ритм, пение, особое обозначающее их слово. Отзываясь на значимую для него часть стереотипа, ребенок с РДА автоматически втягивается в его реализацию. Растерянность, тревога ребенка

уменьшаются, если аутичный ребенок четко усвоит своё основное место занятий, он должен делать.

Аутичному ребенку необходима помощь в организации себя во времени. Ему необходимо усвоение особенно четкого и стабильного расписания каждого текущего школьного дня с его конкретным порядком переключения от одного занятия к другому, приходом в школу и уходом домой, порядком этих дней в школьной неделе, ритм рабочих дней и каникул, праздников в течение школьного года.

При планировании занятия аутичного ребенка необходимо помнить о его высокой психической пресыщаемости, легком физическом истощении. Поэтому для него важно организовать индивидуальный адаптированный ритм занятий, возможность своевременного переключения и отдыха. Это можно сделать даже в условиях работы в классе, спланировав для такого ребенка возможность, временно выйти из общего ритма с последующим возвращением к общим занятиям.

При работе место для занятий должно быть организовано так, чтобы ничто не отвлекало аутичного ребенка, чтобы его зрительное поле было максимально организовано. Поэтому целесообразно, чтобы педагог и ребенок, садясь за учебный стол, оказывались лицом к стене, а не к комнате, заполненной игрушками и пособиями, и не к двери, которую кто-то может приоткрыть и этим помешать занятию. На самом столе должно находиться только то, что понадобится для выполнения одного задания для проведения одного конкретного занятия. Остальные материалы педагог может держать под рукой или на полке или в ящике, но вне зрительного поля ребенка, и ставить их по мере необходимости, а предыдущие убирать.

Дети с РДА должны получить помощь в осознании того, что они любят и не любят, к чему привыкли, что им хочется изменить, что такое хорошо и что такое плохо, чего от них ждут другие люди, где границы их возможностей. Все это они могут усвоить, только подробно проживая, сопереживая все возникающие жизненные ситуации вместе с близкими взрослыми - родителями, педагогами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полноценное развитие любого ребенка – одна из важнейших задач общества на современном этапе развития – требует поиска наиболее эффективных путей достижения этой цели. Защита прав ребенка на развитие в соответствии с индивидуальными возможностями становится сферой деятельности, в которой тесно переплетаются интересы родителей, медицинских работников, педагогов и психологов.

Утверждение приоритета общечеловеческих ценностей в общественном сознании, прежде всего, связано с новым отношением к людям с проблемами в развитии. Люди, имеющие отклонения в интеллектуальной, физической, психической сферах, рассматриваются как объект особой общественной заботы и помощи, а отношение к таким детям становится критерием оценки уровня цивилизованности общества. Оно находит свое выражение, в том числе, в отказе от широкого употребления прямолинейной терминологии, маркирующей ребенка, и в смещении акцентов в характеристике детей с недостатков их развития на фиксацию потребностей в особых условиях и средствах образования.

Одним из первых идею максимальной ориентации в обучении на нормально развивающихся детей обосновал в своих трудах Л.С. Выготский. Ученый утверждал, что задачами воспитания ребенка с нарушениями развития являются осуществление компенсации недостатков путем активизации деятельности сохранных анализаторов и его интеграция в жизнь. Причем компенсацию Л.С. Выготский понимал не в биологическом, а в социальном аспекте, так как считал, что в коррекционно-воспитательном процессе приходится иметь дело не столько с факторами первичного дефекта, сколько с их вторичными наслоениями.

Проблемы формирования новой философии отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности находятся на пересечении различных отраслей научного знания, однако интегрирующая роль в разработке теории и практики организации системы комплексной помощи и поддержки ребенка принадлежит специальной психологии и коррекционной педагогике.

В нашей стране в области специальной психологии и коррекционной педагогики более 80 лет проводятся фундаментальные и прикладные исследования, направленные на развитие системы психолого-педагогической помощи, социальной адаптации и реабилитации разных категорий детей с нарушениями в развитии.

За эти годы внесен весомый вклад в изучение психики и особых образовательных потребностей детей с интеллектуальным недоразвитием, глухих и слабослышащих; незрячих и слабовидящих; детей с тяжелыми речевыми нарушениями; нарушениями опорно-двигательного аппарата; задержкой психического развития; детей с выраженными

расстройствами эмоционально-волевой сферы (ранний детский аутизм); детей с комбинированными нарушениями.

Все системы образования призваны решить проблему интеграции в общество человека с особыми образовательными потребностями и ограниченными возможностями. Интеграция предполагает включение в социум, т.е. процесс и результат предоставления ребенку прав и реальных возможностей участвовать в различных видах социальной жизни сообщества наравне и вместе с остальными в условиях, компенсирующих ему отставание в развитии, в том числе – интегрированное обучение.

Процесс интеграции лиц, имеющих нарушения, не должен заканчиваться после завершения школьного образования, поэтому в настоящее время назрела необходимость психолого - педагогической помощи и поддержки в период начала самостоятельной жизни.

Изучение теоретических положений об особенностях детей - инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья является основой успешной профессиональной деятельности педагогов в психолого – педагогическом сопровождении.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ:

Дети с ограниченными возможностями (ОВЗ) - дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ общего образования вне специальных условий обучения и воспитания.

Интеграция (от лат. integratio — «соединение») — процесс объединения частей в целое.

Адаптация (лат. adaptio — приспособлять) — это процесс приспособления ребенка к условиям жизни, к ее нормам и требованиям, к активной познавательной деятельности, усвоению необходимых учебных знаний и навыков, полноценному освоению картины мира.

Реабилитация (лат. rehabilitatio — восстановление) — это процесс включения ребенка с отклонениями в развитии и поведении в социальную среду, в нормальную общественно полезную деятельность и адекватные взаимоотношения со сверстниками.

Коррекция — мероприятия, направленные на исправление нарушений различных сторон психического функционирования.

Гиперкинезы - непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным.

Тремор — дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Тремор проявляется при целенаправленных движениях (например, при письме).

Алалия - отсутствие или недоразвитие речи при хорошем физическом слухе вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи). При моторной алалии трудности касаются развития собственной речи при относительно сохранной возможности понимания обращенной речи. При сенсорной алалии наблюдается противоположная картина - нарушается в той или иной степени понимание речи окружающих.

Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи в результате органического поражения центральной нервной системы. Нередко при дизартрии нарушения не ограничиваются только произносительной стороной, но касаются также лексико-грамматической стороны и понимания речи.

Дисграфия (частичное) или **аграфия** (полное) специфическое стойкое расстройство процесса письма при сохранении общей способности к обучению.

Дислексия (алекия) - стойкое избирательное нарушение способности к овладению навыком чтения при сохранении общей способности к обучению.

Аграмматизм - нарушение речи, проявляющееся в трудностях при порождении или восприятии предложений. Этот дефект состоит в неправильности употребления склонений, спряжений личных местоимений, согласования и управления, в пропуске предлогов, в неправильной расстановке слов в предложении, в пропуске слов и т. п.

Сколиоз – стойкое боковое отклонение позвоночника от нормального выпрямленного положения.

Плоскостопие - деформация стопы, характеризующаяся уплощением продольного, реже поперечного свода в результате слабости связочно-мышечного аппарата. В зависимости от пораженного свода различают продольное и поперечное плоскостопие.

Депривация - психическое состояние, при котором люди испытывают недостаточное удовлетворение своих потребностей.

Спастичность - это состояние повышенного мышечного тонуса. Это приводит к трудности и скованности мышц и мешает нормальным движениям, походке и речи.

Гипотония – снижение тонуса (напряжения) ткани, органа или системы.

Дистония – произвольные, медленные, повторяющиеся, длительные мышечные сокращения, которые могут вызывать «застывание» в середине действия, а также повороты или раскачивания всего тела или его частей.

Артикулирование – система проговаривания слов при разговоре с или между людьми с нарушениями слуха.

Онтогенез - индивидуальное развитие организма, совокупность последовательных морфологических, физиологических и биохимических преобразований...

Дизонтогенез – это нарушение развития организма на каком-либо этапе онтогенеза.

Психический дизонтогенез — патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций.

Соматическая ослабленность - снижение защитных сил организма – ребенок часто болеет ОРЗ, ОРВИ, нередко желудочно-кишечные заболевания, заболевания дыхательной системы и др.

ММД (минимальные мозговые дисфункции) - легкие органические изменения центральной нервной системы, на фоне которых наблюдаются различные невротические реакции, нарушения поведения, трудности школьного обучения, речевые расстройства.

Световая адаптация — приспособление органа зрения к высокому уровню освещения.

Общее недоразвитие речи (ОНР) - различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, т.е. звуковой стороны (фонетики) и смысловой стороны (лексики, грамматики).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андреева Л.В. «Сурдопедагогика: Учебник для студентов высших учебных заведений». - М.: Академия, 2005. – 576 с.
2. Башмакова, С. Б. Психология нарушенного развития с основами организации коррекционной помощи: учебное пособие / С. Б. Башмакова. – Киров: Изд-во ВятГГУ, 2007. – 102 с.
3. Богдан Н.Н., Могильная М.М. Специальная психология: учебное пособие / Под общ. ред. Н.Н. Богдан. - Владивосток: Изд-во ВГУЭС, 2003. - 220 с.
4. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - М.: Академия, 2002. - с.203.
5. Гонеев А.Д. и др. Основы коррекционной педагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений/ А.Д.Гонеев, Н.И.Лифинцева, Н.В.Ялпаева; Под ред В.А. Сластенина. - М.: Академия, 2002. - 272 с.
6. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Власовой Т. А., Лубовского В.И., Цыпиной Н.А. - М.: Педагогика, 1994. - 256с.
7. Дистанционное образование: педагогу о школьниках с ограниченными возможностями здоровья /Под ред. И.Ю. Левченко, И.В. Евтушенко, И.А, Никольской.- М.: Национальный книжный центр, 2013.-336 с.
8. Епифанцева Т.Б. Настольная книга педагога-дефектолога/ Под ред. Епифанцева Т.О.; - Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 486с. – (Сердце отдаю детям).
9. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2005. — 208 с.
10. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. - М.: Просвещение – 143 с., 1990.
11. Лубовский В. И. Общие и специфические закономерности психического развития аномальных детей //Дефектология. — 1971. — № 4.
12. Назарова Н.М. Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И.Аксенова, Б.А.Архипов, Л.И.Белякова и др.; Под ред. Н.М.Назаровой. — 4-е изд., стер. - М.: Издательский центр «Академия» - 400 с., 2005.
13. Плаксина Л.И. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения: Учебное пособие. — М.: РАОИКП, - 54 с., 1999.
14. Подласый И. П. Курс лекций по коррекционной педагогике. Для средних специальных учебных заведений. — М.: Владос – 332 с. , 2002.

15. Смирнова И. А. «Специальное образование дошкольников с ДЦП». Учебно-методическое пособие. СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2003. - 160 с.
16. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / Под научн. ред. Л.М. Шипицыной — СПб.: Речь, 2003. — 216 с.
17. Староверова М.С., Кузнецова О.И. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы. Практические материалы для психологов и родителей / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. — М.: Гуманитарный изд. центр ВЛД; 2013. — 143 с. — (Пособие для психологов и педагогов).
18. Фаина Г.В. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие / Г.В. Фаина- Балашов: «Николаев», 2004. — 68 с.
19. Филичева Т. Б. и др. Основы логопедии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. - М.: Просвещение, 1989.—223 с.
20. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие. – М.; Советский спорт, 2004. – 464 с.
21. Инклюзивное образование. Настольная книга педагога работающего с детьми с ОВЗ: Методическое пособие — М. Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2012. - 167 с.
22. Клинические основы дошкольной коррекционной педагогики и специальной психологии: Сборник программ нормативных курсов для высших учебных заведений / Под общ. ред. В.И. Селиверстова. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. - 176 с.
21. Основы коррекционной педагогики. Учебно-методическое пособие / Авторь-сост. Зайцев Д.В., Зайцева Н.В. , Педагогический институт Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского. Саратов, 1999. -110 с.
22. Сурдопедагогика: учебник для студентов высших пед. учеб. заведений под ред. Е.Г. Речицкой – Москва, «ВЛАДОС», 2004 год.- 655с.
23. Н.В. Гаврилова. Проблемы адаптации лиц с ОВЗ. //Профессиональное образование. Столица №1 , 2013, с.42-43.
24. Электронный ресурс: <http://nsportal.ru/shkola/korreksiionnaya-pedagogika/> Попов В.С. «Методические рекомендации учителю, работающему с детьми с нарушением интеллекта».
25. Электронный ресурс: http://otherreferats.allbest.ru/psychology/220749_1.html // Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации".
26. Электронный ресурс: <http://mfsng.ru/> // Пленарное заседание научно-практического конгресса «Здоровье сберегающие технологии в образовании» 2013 г.,

Сергеева Г.И., Сугрובה Г.А., Савина Л.Н. «Комплексный подход к адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования».