

ВВЕДЕНИЕ

В

ДОШКОЛЬНУЮ

ДЕФЕКТОЛОГИЮ



УДК 376

ББК 74.3

Введение в дошкольную дефектологию: учебное пособие / Е.С. Гринина. – Саратов, 2016. – 97 с.

В пособии рассматриваются теоретико-методологические и практико-ориентированные аспекты дошкольной дефектологии. Освещаются современные подходы к изучению, образованию и развитию детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья. Представлены психолого-педагогическая характеристика и основные направления и формы организации коррекционной помощи детям с интеллектуальными, сенсорными нарушениями, расстройствами аутистического спектра и сложными дефектами развития.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по направлению подготовки «Специальное (дефектологическое) образование». Пособие также может быть полезным студентам, осваивающим профессии психолого-педагогического спектра, специалистам, работающим с детьми с ограниченными возможностями здоровья и всем, интересующимся проблемами специального и инклюзивного образования.

Рекомендовано к изданию
Учебно-методической комиссией
факультета психолого-педагогического и специального образования
СГУ имени Н.Г. Чернышевского

Рецензенты:

Селиванова Юлия Викторовна - доктор социологических наук,
профессор, заведующий кафедрой коррекционной педагогики
СГУ имени Н.Г. Чернышевского.

Шипова Лариса Валентиновна - кандидат психологических наук,
доцент, заведующий кафедрой специальной психологии
СГУ имени Н.Г. Чернышевского.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Предмет, задачи, принципы и методы дошкольной дефектологии.....	6
Основные категории и научные основания дошкольной дефектологии.....	13
Специальное дошкольное образование детей с нарушениями развития.....	19
Психолого-педагогическая характеристика и дошкольное образование детей с нарушениями интеллекта (умственной отсталостью).....	25
Психолого-педагогическая характеристика и дошкольное образование детей с задержкой психического развития.....	31
Психолого-педагогическая характеристика и дошкольное образование детей с нарушениями слуха.....	39
Психолого-педагогическая характеристика и дошкольное образование детей с нарушениями зрения.....	49
Психолого-педагогическая характеристика и дошкольное образование детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.....	55
Психолого-педагогическая характеристика и дошкольное образование детей с нарушениями речи.....	62
Психолого-педагогическая характеристика и дошкольное образование детей с ранним детским аутизмом.....	67
Психолого-педагогическая характеристика и дошкольное образование детей со сложными дефектами	75
Список литературы.....	82
Приложение А. Темы для самостоятельного изучения.....	84
Приложение Б. Примерные задания для проверочных работ.....	86
Приложение В. Примерная тематика рефератов.....	89
Приложение Г. Примерные тестовые вопросы по дисциплине «Введение в профессию».....	91
Приложение Д. Примерный перечень вопросов к экзамену по дисциплине «Введение в профессию».....	95

ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее актуальных современных проблем является образование детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Современному российскому обществу характерны проблемы, связанные не только с обучением, воспитанием, но и с социализацией детей с ОВЗ. В то же время, статистика свидетельствует о неуклонном росте количества детей данной категории, сегодня они составляют около 4,5% от общего числа детей в стране. По данным Министерства образования и науки РФ в 2013-14 учебном году в Российской Федерации в образовательных организациях обучалось 467 176 детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. Согласно другим статистическим данным, сегодня в России насчитывается более 2 миллионов детей с ограниченными возможностями здоровья (8% всей детской популяции), из них около 700 тысяч — дети с инвалидностью. В связи с этим возрастает значимость разработки различных аспектов проблемы обучения, воспитания, развития, социализации детей, имеющих ограничения возможностей здоровья. При этом в современной науке признается, что максимально конструктивное решение отмеченных проблем возможно в случае раннего оказания адекватной коррекционной помощи детям с ОВЗ. Значительную роль при этом играет грамотная организация дошкольного образования детей рассматриваемой категории, создание специальной коррекционно-образовательной среды, формирование особого образовательного пространства, которое обеспечит детям с нарушениями развития адекватные условия и равные с обычными детьми возможности для обучения, воспитания и оптимальной реализации потенциальных жизненных возможностей. Решение этих вопросов невозможно без соответствующей профессиональной подготовки специалистов, работающих с детьми с ОВЗ.

В настоящем пособии освещаются как общие, так и более частные вопросы, касающиеся особенностей психического развития и организации дошкольного образования детей с ограниченными возможностями здоровья различных категорий. Раскрываются предмет, задачи, принципы и методы дошкольной дефектологии, рассматриваются основные категории и научные основания дошкольной дефектологии, структура специального дошкольного образования детей с нарушениями развития, представлена психолого-педагогическая характеристика и актуальные тенденции образования дошкольников с нарушениями интеллекта, с задержками психического развития, с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, с ранним детским аутизмом и со сложными дефектами. В приложении

представлен материал, позволяющий организовать самостоятельную работу студентов при изучении основ дошкольной дефектологии, приводятся темы для самостоятельного изучения, примеры тем рефератов, проверочных работ, тестовых заданий, вопросов к экзамену по дисциплине «Введение в профессию».

САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО

ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ, ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ДОШКОЛЬНОЙ ДЕФЕКТОЛОГИИ

Дефектология (от лат. defectus – недостаток, *logos*- учение, наука) - это наука о психофизических особенностях развития детей с психическими и (или) физическими недостатками, закономерностях их обучения и воспитания. В центре внимания дошкольной дефектологии находятся дети дошкольного возраста (до 7 лет), имеющие физические и/или психические недостатки, препятствующие развитию ребенка в соответствии с возрастными нормами и обуславливающие необходимость создания специальных условий для обучения и воспитания таких детей.

Предметом исследования дошкольной дефектологии как отрасли научного познания являются закономерности психического развития, обучения и воспитания детей дошкольного возраста с недостатками развития.

Дефектология объединяет ряд самостоятельных отраслей науки. К ним относятся **сурдопедагогика**, изучающая вопросы воспитания и обучения детей с недостатками слуха; **тифлопедагогика** - вопросы воспитания и обучения детей с дефектами зрения; **олигофренопедагогика** - вопросы воспитания и обучения умственно отсталых детей; **логопедия** - вопросы изучения и исправления недостатков речи. Дефектология включает также **специальную психологию**, изучающую психологические особенности аномальных детей.

Дошкольная дефектология решает вопросы изучения, воспитания и обучения детей следующих категорий:

- дети с нарушениями интеллекта (умственно отсталые);
- дети с задержкой психического развития);
- дети с нарушениями слуха;
- дети с нарушениями зрения;
- дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- дети с нарушениями речи;
- дети с эмоциональными расстройствами, в том числе с ранним детским аутизмом;
- дети с нарушением поведения и деятельности;
- дети с множественными нарушениями.

Дефектолог - коррекционный педагог, который занимается проблемами обучения, воспитания, коррекции недостатков развития и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Воспитание и обучение аномальных детей - сложная проблема, требующего для своего решения комплексного подхода со стороны

специалистов разных отраслей науки: медиков, психологов, педагогов, социологов и др. В то же время, планомерное, теоретически обоснованное и практически грамотно реализованное решение этой проблемы является необходимым условием подготовки таких детей в соответствии с их возможностями к самостоятельной, активной общественно полезной жизни, их интеграции в общество.

Задачи дошкольной дефектологии

1. Глубокое и разностороннее клинико-физиологическое и психолого-педагогическое изучение объективных закономерностей и особенностей физического и психического развития детей с разными видами дефектов. Разностороннее клиническое, физиологическое, психологическое изучение аномальных детей предполагает: определение сущности, структуры дефекта и коррекционно-компенсаторных возможностей ребенка с различными отклонениями в развитии; решение проблемы психолого-педагогической классификации аномальных детей с целью осуществления организации дифференцированного обучения и воспитания.

2. Выявление и учет детей с недостатками развития. Весьма важным аспектом данной задачи является диагностика развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья на ранних этапах его жизнедеятельности (в младенческом и раннем возрасте), поскольку ранняя коррекционная работа, адекватная потребностям ребенка, способствует его оптимальному развитию в соответствии с имеющимися возможностями, а также профилактике возникновения вторичных дефектов.

3. Научная разработка методов ранней диагностики аномалий развития. Дефектология занимается разработкой теоретических вопросов, средств диагностики, эффективных методик, гарантирующих надежные результаты дифференциальной диагностики детей с различными видами отклонений в развитии. На современном этапе развития дошкольной дефектологии разработаны методы выявления нарушений слуха уже на первом году жизни ребенка, что позволяет своевременно начинать работу по развитию слуха и речи. Успешно диагностируются на ранних этапах развития нарушения зрения и опорно-двигательного аппарата.

4. Обоснование и разработка принципов организации и развития сети специальных дошкольных учреждений для аномальных детей, определение стратегии развития национальной системы специального дошкольного образования.

5. Определение целей, задач, содержания и методов коррекционно-воспитательного процесса, педагогических технологий воспитания и обучения детей дошкольного возраста с нарушениями и отклонениями в развитии. Принципиальными для дошкольной дефектологии являются вопросы о сущности взаимоотношений общего и специального воспитания и обучении, о возможности лечебными мерами и средствами преодолеть дефекты развития, о возможности психолого-педагогическими средствами скорректировать развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

6. Поиск и разработка вариативных форм организации специального образования (интегрированного и инклюзивного воспитания и обучения дошкольников с ограниченными возможностями здоровья).

7. Разработка системы профилактических мероприятий по предупреждению нарушений развития в детском возрасте. Профилактика обеспечивается здоровыми условиями труда и быта населения, квалифицированным медицинским обслуживанием, предупреждающим заболеванием, охраной материнства и детства. Важное значение для профилактики детской дефективности имеет пропаганда дефектологических знаний среди широких слоев населения.

8. Создание необходимой учебно-методической базы в подготовке дефектолога к коррекционно-педагогической работе с детьми младенческого, раннего и дошкольного возраста с недостатками в психофизическом развитии.

Связь дошкольной дефектологии с другими науками

Дефектология связана с рядом смежных наук - психолого-педагогических и медицинских.

Дефектология имеет единую цель и принципы с *общей педагогикой*, хотя и разрабатывает свою концептуальную систему исходя из специальных задач обучения, воспитания и развития детей с нарушениями развития.

Изучение психического развития детей с ограниченными возможностями здоровья сближает дошкольную дефектологию с *возрастной психологией*, основной задачей которой является установление закономерностей формирования личности на разных возрастных этапах развития нормального ребенка. *Педагогическая психология*, изучая психологические закономерности усвоения знаний, умений, навыков и формирования личности в процессе воспитания ребенка с нормальным психофизическим развитием, дает необходимый материал для дошкольной дефектологии, изучающей закономерности аномального развития. Разработке

методов восстановления нарушенных психических функций с использованием приемов компенсации дефекта помогает *патопсихология* (отрасль психологии, изучающая изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга).

Поскольку дошкольная дефектология занимается вопросами изучения, обучения, воспитания и развития детей с физическими и психическими отклонениями, ей необходимы данные их клинического изучения, которые можно получить из *невропатологии* (науки об органических и функциональных болезнях нервной системы), *патологической анатомии* (науки, изучающей отклонения в строении организма), *патофизиологии* (науки о закономерностях возникновения, развития и течения патологических процессов), общей и медицинской *генетики* (науки о законах наследственности и наследственных заболеваниях), *психопатологии* (науки, изучающей болезни психики, их причины, течение, предупреждение и лечение), *детской психиатрии* (науки, изучающей психопатологические проявления в детском возрасте). Для сурдопедагогики и тифлопедагогики имеют большое значение данные *отоларингологии* (науки о заболеваниях уха, носа, горла) и *офтальмологии* (науки о заболеваниях органов зрения).

Принципы дошкольной дефектологии

Принципы - это система наиболее общих, существенных и устойчивых требований, которые определяют характер и особенности организации коррекционно-образовательного процесса и управления познавательной деятельностью лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Среди всего многообразия требований, определяющий характер и специфику изучения, воспитания и обучения детей с ОВЗ, важно выделить общепедагогические принципы, отметив их значимость в организации и проведении коррекционной работы, и определить группу собственно коррекционно-педагогических принципов, создающих базу для педагогической коррекции отклоняющегося развития детей.

Общепедагогические принципы дошкольной дефектологии

1. Принцип *целенаправленности* педагогического процесса. Исходя из общих целей воспитания и развития личности ребенка, в ходе коррекционно-педагогической деятельности происходит соотнесение существующего уровня развития ребенка с предполагаемым, проектируемым эталоном, что создает основу для формирования программы коррекционной деятельности, определения этапов ее реализации, путей, способов и средств достижения предполагаемого результата.

2. Принцип *целостности и системности* педагогического процесса. Если педагогический процесс рассматривать как систему, т. е. совокупность элементов, находящихся в определенных отношениях и связях между собой и образующих целостность, единство, то коррекционно-педагогическая деятельность будет являться ее элементом, подсистемой. В то же время коррекционная деятельность имеет свою структуру, упорядоченное множество своих взаимосвязанных элементов, объединенных общей целью функционирования и единства управления.

3. Принцип *гуманистической направленности* педагогического процесса определяет необходимость гармоничного сочетания целей общества и личности, ориентацию учебно-воспитательного процесса на личностные возможности ребенка, его интересы и потребности.

4. Принцип *уважения к личности ребенка* в сочетании с *разумной требовательностью к нему*. Разумная требовательность предполагает объективную целесообразность, predetermined потребности педагогического процесса и направленную на необходимость положительного развития личностных качеств ребенка. Педагогические требования - не самоцель, они должны предъявляться воспитателем с заинтересованностью в судьбе ребенка, с пониманием того, что они помогут скорректировать поведение воспитанника, не нанеся ущерба его самолюбию, чувству собственного достоинства.

5. Принцип *опоры на положительное в человеке*, на сильные стороны его личности является естественным продолжением предыдущих принципов. Опираясь на положительные качества, усиливая и развивая их, компенсируя с их помощью отрицательные черты, воспитатель как бы предвосхищает процесс положительного формирования личности ребенка.

6. Принцип *сознательности и активности личности* в целостном педагогическом процессе является важным звеном коррекционного процесса. Превращение воспитанника из объекта в субъект педагогической деятельности - длительный и сложный процесс, но без него невозможно надеяться на положительный результат.

Несомненно, и другие общепедагогические принципы находят свое достойное место в процессе формирования модели коррекционно-педагогической деятельности.

Специфические принципы дошкольной дефектологии

1. Принцип *единства коррекционных, профилактических и развивающих задач*. Своевременно принятые превентивные (профилактические) меры позволят избежать ненужных осложнений в

развитии ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Вместе с тем любая программа коррекции развития воспитанника должна быть направлена не столько на коррекцию отклонений в развитии и поведении, на их предупреждение, сколько на создание благоприятных условий для наиболее полной реализации потенциальных возможностей гармонического развития личности ребенка.

2. Реализация принципа *единства диагностики и коррекции* обеспечивает целостность педагогического процесса. Невозможно вести эффективную и полномасштабную коррекционную работу, подобрать необходимые методы и приемы коррекции недостатков в развитии, не имея исходных данных о ребенке, о причинах и характере нарушений, особенностях его взаимоотношений со сверстниками и взрослыми. Кроме того, коррекционно-педагогический процесс требует постоянного систематического контроля, фиксации происшедших изменений или их отсутствия, т. е. контроля динамики хода и эффективности коррекции.

3. Принцип *учета индивидуальных и возрастных особенностей* ребенка в коррекционно-педагогическом процессе. В ходе разработки, реализации и оценивании результатов коррекционно-развивающей работы необходимо учитывать закономерности развития ребенка с ОВЗ, обусловленные возрастным этапом (младенческий, ранний, дошкольный возраст), а также специфические, свойственные только ему особенности развития.

4. *Деятельностный* принцип коррекции. В ходе коррекционной работы необходимо организовать активную деятельность ребенка. При планировании и организации коррекционно-педагогической деятельности следует выбирать наиболее адекватную целям и задачам коррекции модель деятельности, чтобы в ее содержании, формах и методах реализации были посильные сложные ситуации, которые ребенок в состоянии был бы разрешить, а разрешение их направляло бы его в положительное русло развития.

5. Принцип *комплексного использования методов и приемов* коррекционно-педагогической деятельности. В коррекционной педагогике необходима использовать совокупность способов и средств, методов и приемов коррекции и развития, учитывающих индивидуально-психологические особенности личности, состояние социальной ситуации, уровень материально-технического и учебно-методического обеспечения педагогического процесса, подготовленность учителей к его проведению.

6. Принцип *интеграции усилий ближайшего социального окружения*. Успех коррекционной работы с детьми без сотрудничества с родителями или другими взрослыми, без опоры на взаимоотношения со сверстниками в

зависимости от характера отклонений в развитии оказывается либо недостаточно эффективным, либо безрезультатным.

Методы дошкольной дефектологии

В научных исследованиях дошкольная дефектология использует известные педагогические и психологические методы. Это *наблюдение*, заключающееся в целенаправленном изучении определенного психолого-педагогического явления в естественных условиях.

Широко используются различные виды *эксперимента* - естественного и лабораторного, констатирующего и формирующего. Экспериментальные задания выявляют не только сформированные особенности и различные затруднения, но и возможности развития ребенка. Это позволяет, правильно поняв своеобразие ребенка, успешно организовать с ним работу по преодолению дефектов развития.

Большое значение в дошкольной дефектологии имеет метод *беседы*, позволяющий в вопросно-ответной форме получить информацию, характеризующую особенности развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья, специфику социальной ситуации его развития и т.д.

Важным источником получения сведений о детях с нарушениями развития, является *анализ результатов их деятельности* - рисунков, различных поделок, характеризующих психические особенности детей, их представления об окружающей жизни.

Ценными средствами изучения детей с ограниченными возможностями здоровья являются социологические и психологические методы исследования. Среди них *анкетирование* - метод массового сбора материала с помощью анкет, методы исследования самооценки и уровня притязаний личности, *социометрия* - исследование межличностных отношений в группе, а также математические методы, выявляющие количественные показатели исследуемых характеристик.

Обычно в психолого-педагогических исследованиях используется не один, а несколько взаимно дополняющих методов. Такое комплексное применение различных методов обеспечивает надежность результатов.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Что является предметом изучения дошкольной дефектологии?
2. Какие задачи решает современная дошкольная дефектология?
3. Перечислите принципы дошкольной дефектологии.

ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ И НАУЧНЫЕ ОСНОВАНИЯ ДОШКОЛЬНОЙ ДЕФЕКТОЛОГИИ

Для изучения основных проблем дошкольной дефектологии необходимо ознакомиться с ее основными понятиями и терминами, а также сформировать представление о причинах нарушений развития в детском возрасте, структуре и видах дефекта, общих и специфических особенностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья.

Дошкольная дефектология, будучи комплексной психолого-педагогической дисциплиной, в центре внимания которой стоят вопросы изучения, воспитания и коррекции детей с ограниченными возможностями, оперирует определенными понятиями и терминами. Рассмотрим некоторые из них.

Коррекция (от лат. correctio - исправление) - это система психолого-педагогических и лечебных мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психофизического развития и отклонений в поведении у детей. Под коррекцией подразумевается как исправление отдельных дефектов (например, коррекция произношения или зрения), так и целостное влияние на личность аномального ребенка в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития.

Компенсация (от лат. compensatio - возмещение) - это сложный многоуровневый процесс, включающий восстановление и замещение утраченных или нарушенных функций. В результате развития процессов компенсации функциональное нарушение, вызванное повреждениями, в той или иной степени возмещается.

Социализация - это, во-первых, процесс и результат активного усвоения индивидом социального опыта, который включает в себя социальное познание, социальное научение, социальную адаптацию и социальное преобразование себя и окружающей действительности. Во-вторых, это интеграция человека в систему социальных отношений в различные типы социальных общностей, усвоение ими элементов культуры, социальных норм и ценностей, на основе которых формируются поведение, самосознание и качества личности.

Особо необходимо остановиться на рассмотрении терминологии, связанной с обозначением объекта изучения дошкольной дефектологии. В современной нормативно-правовой документации используются несколько понятий, определяющих контингент детей, относимых к системе специального образования. Это такие понятия как «дети с нарушениями в развитии», «дети с отклонениями в психофизическом развитии», «дети с

ограниченными возможностями здоровья», «дети с особыми образовательными потребностями». Все эти термины имеют специфическую область применения.

Дети с нарушениями в развитии - это дети, имеющие отставание (искажение) в психофизическом развитии вследствие нарушения деятельности различных или нескольких анализаторов (зрительного, слухового, двигательного, речевого), а также вследствие органического поражения центральной нервной системы (ЦНС). Термин используется в психолого-педагогической литературе для широкого определения категории детей, нуждающихся в специальном образовании.

Дети с отклонениями в психофизическом развитии - это дети, которые имеют перечисленные выше отклонения, но степень их выраженности не ограничивает их возможности в столь резкой степени, как у детей с нарушениями в психофизическом развитии. В психолого-педагогической литературе этим понятием также определяются дети с преимущественными нарушениями в психофизическом развитии функционального характера.

Дети с ограниченными возможностями здоровья (дети с ОВЗ)- это дети, у которых нарушения в развитии предоставляют им возможность иметь бинефициарный статус, т. е. позволяют пользоваться социальными льготами и пособиями. По традиционной терминологии таких детей раньше называли детьми-инвалидами. Сейчас таких детей часто определяют как проблемных. Поэтому термин «проблемные дети» также широко используется в психолого-педагогической литературе.

Дети с особыми образовательными потребностями - это дети, нуждающиеся в специальной коррекционной поддержке и специфических методах образования, которые могут быть созданы в условиях как общеобразовательного дошкольного учреждения, так и дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида. Понятийная парадигма термина широко используется в области специального образования.

Будучи отраслью педагогической науки, дефектология оперирует также общепедагогическими понятиями и терминами, такими, как «обучение», «воспитание», «развитие», делая при этом акцент на специфике реализации этих процессов в соответствии с особенностями развития и потребностей детей рассматриваемой категории.

Дошкольная дефектология оперирует и рядом других категорий и понятий, которые будут раскрыты в соответствующих разделах.

Понятия «дефект» и «компенсация» в дошкольной дефектологии

Рассмотрение различных категорий детей, выступающих в качестве объекта исследований дошкольной дефектологии, позволяет обратить внимание на наличие у них тех или иных дефектов.

Дефект (от лат. defectus - недостаток) - физический или психический недостаток, вызывающий нарушения нормального развития ребенка.

Структуру дефекта составляют первичный и вторичный дефект.

Первичный дефект - повреждение биологических систем (отделов ЦНС, анализаторов) организма. Проявляется первичный дефект в виде нарушений слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности, мозговых дисфункций и т. д.

Вторичный дефект - недоразвитие высших психических функций (речи и мышления у глухих, восприятия и пространственной ориентации у слепых, опосредованной памяти и логического мышления у умственно отсталых и пр.). Важнейшим фактором возникновения вторичного дефекта является социальная депривация.

Сложный дефект - сочетание двух и более первичных дефектов, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности в обучении и воспитании ребенка. Сочетание дефектов может быть самым разнообразным, например: умственно отсталые слепые и слабовидящие; слепоглухие и глухие слабовидящие, глухие и слабовидящие с нарушением опорно-двигательного аппарата и т. д. Развитие этих детей искажено сочетанием дефектов в гораздо большей степени, чем у аномальных детей других категорий.

Помимо сложных имеют место и ***осложненные дефекты***, в которых выделяют ведущее (главное) нарушение и осложняющее его расстройство. Например, у ребенка с нарушениями умственного развития могут наблюдаться нерезко выраженные дефекты зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Влияние дефекта всегда двойственно: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой - служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток. Так, Л. С. Выготский отмечал: «Минус дефекта превращается в плюс компенсации».

Под ***компенсацией*** понимается процесс возмещения недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных. Все развитие аномальных детей основано на компенсации психических функций.

Выделяют два типа компенсации психических функций. Первый - это *внутрисистемная компенсация*, которая осуществляется за счет привлечения сохранных нервных элементов пострадавших структур (например, при потере слуха развитие остаточного слухового восприятия). Второй - это *межсистемная компенсация*, которая осуществляется путем перестройки функциональных систем и включения в работу новых элементов из других структур за счет выполнения ранее несвойственных им функций. Например, компенсация функций зрительного анализатора у слепорожденного ребенка происходит за счет развития осязания, т. е. деятельности двигательного и тактильного анализаторов.

Причины нарушений развития в детском возрасте

Выявление причин, вызвавших отклонение в развитии, необходимо для научного обоснования психолого-педагогических и медицинских мероприятий, направленных на диагностику, коррекцию, восстановление и компенсацию нарушенных функций.

Существуют разные подходы к классификации причин нарушений в развитии. Так, все многообразие факторов, обуславливающих возникновение нарушений, подразделяют на *биологические* и *социальные*. Согласно другому подходу, среди факторов, вызывающие нарушения развития, выделяют *эндогенные* (наследственные) и *экзогенные* (средовые). По времени воздействия патогенные факторы делятся на: *пренатальные* (до начала родовой деятельности); *натальные* (в период родовой деятельности); *постнатальные* (после родов, особенно в период с раннего детства в возрасте до трех лет).

Наиболее грубые нарушения развития возникают вследствие повреждений головного мозга и других органов на ранних этапах эмбриогенеза. Большую роль здесь играют эндогенные факторы, связанные с поражением генетического материала (хромосомные аберрации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.)

В период внутриутробного развития на плод могут действовать различные неблагоприятные факторы, вызывающие различного рода нарушения. К ним относятся:

- вирусные заболевания матери и плода (краснуха, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др.);

- хронические заболевания матери (сердечно-сосудистые, эндокринные заболевания и т.д.);

- несовместимость крови матери и плода по резус-фактору;

-интоксикации (алкоголем, наркотиками, табаком, лекарственными препаратами и др.)

-тяжелые токсикозы;

-воздействие радиации, вибрации и т.д.

К различным нарушениям развития могут привести также неблагоприятные воздействия (асфиксии, травмы, инфекции, интоксикации и др.) на ребенка в период родов.

Существенным фактором риска развития патологии является недоношенность.

Инфекционные и вирусные заболевания в раннем детстве также способны стать причиной отклонения в развитии. Постнатальные (послеродовые) нарушения чаще всего обусловлены воздействием нейроинфекции (менингита, энцефалита, менингоэнцефалита). Эти заболевания могут стать причинами глухоты, умственной отсталости, задержки психического развития, двигательных и речевых расстройств и др. Такие общие инфекционные заболевания, как корь, скарлатина, ветряная оспа, отит, паротит и другие, могут вызывать вторичные воспалительные заболевания мозга, давать осложнения на ЦНС и анализаторы.

Реже причиной аномалий становятся черепно-мозговые травмы и поражения анализаторов. Нарушения психомоторного развития отмечаются у детей с тяжелыми и длительными заболеваниями.

Все рассмотренные выше причины нарушений психического развития детей могут быть классифицированы как неблагоприятные *биологические факторы*. Если факторы биологического характера в большей степени составляют поле интересов клиницистов, то социально-психологический спектр ближе к профессиональной области дефектологов. Нужно отметить, что изолированное действие *социальных факторов* (при отсутствии биологических нарушений) редко приводит к появлению аномалий в развитии. Тем не менее, к таким нарушениям развития, как патологическое формирование личности или невроз, приводят длительные неблагоприятные условия воспитания. Отрыв ребенка от матери, недостаток эмоциональной теплоты, бедная в сенсорном отношении среда, жестокое обращение могут выступать в виде причин различных нарушений психогенеза. Чем раньше возникли неблагоприятные социальные условия, тем более грубыми и стойкими будут нарушения развития.

Общие и специфические закономерности развития детей с ОВЗ

В ходе практики специального обучения детей с разными нарушениями развития было обнаружено, что наиболее *общие закономерности*,

обнаруживаемые в психическом развитии нормального ребенка, прослеживаются и у детей с различными умственными и физическими недостатками. Так, развитие как нормальных детей, так и детей с нарушениями развития происходит под воздействием биологических и социальных факторов; в ходе своего психического развития все дети последовательно проходят одни и те же возрастные стадии (младенчество, ранний, дошкольный, младший школьный возраст и т.д.). В развитии и нормальных, и аномальных детей отмечаются сензитивные периоды, характеризующиеся наибольшей интенсивностью психических функций и их особой уязвимостью к неблагоприятным воздействиям и др.

Помимо закономерностей, общих с нормальным развитием, развитие аномальных детей всех категорий подчиняется ряду *особых* закономерностей. Другими словами, это то общее, что есть у всех групп детей с отклонениями в развитии, и одновременно то, что всех их отличает от нормально развивающихся детей.

К числу закономерностей, общих для всех аномальных детей, Л.С. Выготский относит возникновение вторичных дефектов в процессе психического развития таких детей. Именно вторичные отклонения являются основным объектом психолого-педагогического изучения и коррекционного воздействия.

Для всех детей с нарушениями в развитии характерны трудности взаимодействия с социальной средой и нарушение связей с окружающим миром, а также изменения в развитии личности аномального ребенка в целом. Кроме того, у детей с недостатками развития всех категорий наблюдаются нарушения речевого общения, хотя проявляются они в разной мере и форме.

Современные исследования показывают, что наиболее общей чертой всех форм нарушений развития является замедление темпа возрастного развития, изменение сроков перехода от одной фазы к другой.

Помимо общих специфических закономерностей развития имеются закономерности, характерные только для данного нарушения, т.е. то, что отличает одну группу аномальных детей от другой. Например, глухих от слепых, детей с нарушениями речи от умственно отсталых и т.д.

Специфические трудности, испытываемые детьми с тем или иным нарушением, обусловлены характером и степенью выраженности имеющихся отклонений и условиями социально-педагогического окружения ребенка на ранних этапах его развития.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Что такое дефект и какова его структура?

2. Раскройте сущность процессов компенсации недостатков развития у детей.
3. Какие причины вызывают нарушения развития в детском возрасте?
4. Охарактеризуйте закономерности психического развития детей с ОВЗ.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Наличие физического или психического дефекта у ребенка с ограниченными возможностями здоровья является серьезным препятствием на пути его развития, социализации, присвоения им общественно-исторического опыта. По отношению к ребенку с нарушениями развития перестают действовать традиционные для каждого возрастного этапа способы решения воспитательно-образовательных задач, рассчитанные на нормальный тип развития. Возникает объективная потребность в обходных путях, других способах педагогического воздействия, т. е. ином, специально организованном образовательном пространстве, которое может обеспечить такому ребенку все необходимые условия для оптимального его развития и социализации. Развитие такого ребенка, коррекция, предупреждение вторичных отклонений в развитии, т.е. реализация его особых образовательных потребностей осуществляются в сфере специального образования.

Государственная система специализированных дошкольных образовательных учреждений призвана выполнять следующие *функции*:

1. Обеспечение права ребенка с нарушениями в развитии на получение коррекционной помощи;
2. Защита ребенка с нарушением в развитии от некомпетентного педагогического воздействия;
3. Сохранение единого образовательного пространства на территории РФ в условиях самостоятельности регионов и образовательных дошкольных учреждений;
4. Выработка требований, предъявляемых к разработке содержания и методов коррекционно-педагогического воздействия;
5. Обеспечение вариативности и разнообразия организационных форм и коррекционно-развивающих технологий;

6. Обеспечение материально-технической базы дошкольных образовательных учреждений с учетом структуры нарушения воспитанников (с учетом реальных возможностей региона);

7. Разработка требований, предъявляемых к подготовке квалифицированных педагогических кадров.

На сегодняшний день существует 15 направлений специального обучения, реализуемых в 8 основных типах дошкольных учреждений с обеспечением содержания, методов и форм организации. К настоящему времени разработаны разноуровневые программы для каждого типа дошкольного учреждения и вариативные формы организации специального образования.

Система коррекционной помощи детям с нарушениями в развитии

Своевременная систематическая психолого-медико-педагогическая помощь дошкольникам с нарушениями в развитии, консультативно-методическая поддержка их родителей, социальная адаптация ребенка и формирование у него предпосылок к учебной деятельности осуществляются в системе образования, здравоохранения и социальной защиты.

В системе образования педагогическая помощь этим детям реализуется в разных организационных формах.

Дети с отклонениями в развитии воспитываются в дошкольных образовательных учреждениях и в учреждениях «Начальная школа - детский сад» трех видов:

1) компенсирующего, предназначенного для обучения детей с теми или иными отклонениями в развитии;

2) комбинированного, имеющего как группы (классы) для нормально развивающихся детей, так и группы (классы) компенсирующего вида;

3) общеразвивающего вида в условиях интегрированного (совместного с нормально развивающимися детьми) обучения при обязательной коррекционной поддержке ребенка с отклонениями в развитии.

Дошкольники с отклонениями в развитии, воспитывающиеся в домашних условиях, могут обучаться в группах кратковременного пребывания при учреждениях компенсирующего и комбинированного вида, при дошкольных отделениях (группах) специальных (коррекционных) образовательных учреждений.

Коррекционная поддержка дошкольников с отклонениями в развитии осуществляется также:

- -в образовательных учреждениях для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи в условиях разновозрастных воспитательных групп для детей дошкольного возраста в центрах диагностики и консультирования, психолого-медико-социального сопровождения, психолого-педагогической реабилитации и коррекции и др.;
- -в оздоровительных образовательных учреждениях санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении в условиях групп для детей дошкольного возраста;
- -в учреждениях дополнительного образования: центры дополнительного образования детей, детские оздоровительные центры различного профиля и др.

Комплектование ДОО (групп) компенсирующего вида и учреждений «Начальная школа - детский сад» компенсирующего вида, групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии, дошкольных отделений (групп) специальных (коррекционных) школ, школ-интернатов, детских домов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, осуществляется постоянно действующими *психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК)*. Вопросы перевода ребенка в то или иное учреждение (группу), его направления в ДОО общеразвивающего вида или учреждение «Начальная школа - детский сад» также находятся в компетенции ПМПК и реализуется с согласия родителей или законных представителей ребенка.

Оздоровительные образовательные учреждения санаторного типа комплектуются органами здравоохранения.

В учреждения дополнительного образования дошкольники с отклонениями в развитии принимаются по желанию родителей и по рекомендации специалистов.

Воспитание и обучение дошкольников с отклонениями в развитии в дошкольных учреждениях (группах) компенсирующего вида, в учреждениях «Начальная школа - детский сад» компенсирующего вида, в дошкольных отделениях (группах) специальных (коррекционных) учреждений, в группах кратковременного пребывания осуществляются в соответствии со специальным учебным планом и программами, в том числе и лицензированными авторскими. В данных учреждениях создается предметно развивающая среда, отвечающая особенностям развития дошкольников с теми или иными отклонениями в развитии. Воспитание и обучение детей осуществляется специально подготовленными учителями-дефектологами, воспитателями, музыкальными руководителями и инструкторами по физическому воспитанию.

Таким образом, ребенок с отклонением в развитии может обучаться как в условиях специализированных (компенсирующего или коррекционного вида), так и в условиях интегрированного (совместного с нормально развивающимися детьми) воспитания. Интеграция дошкольников с отклонениями в развитии возможна при соблюдении следующих условий:

1. Осуществление ранней (с первых недель жизни) коррекции отклонений в развитии и формирование компенсаторных механизмов;
2. Обеспечение обязательной коррекционной помощи каждому ребенку, воспитывающемуся в условиях общеобразовательного учреждения;
3. Наличие медико-педагогических обоснований при выборе той или иной модели интегрированного воспитания.

В учреждениях комбинированного вида с учетом уровня развития и индивидуальных особенностей развития детей интеграция может осуществляться в различных ее формах:

А) комбинированная интеграция. Дети с уровнем психофизического и речевого развития, соответствующим или близким возрастной норме, самостоятельно себя обслуживающие, по 1-2 человека воспитываются в массовых группах, получают систематическую коррекционную помощь учителя-дефектолога и педагога-психолога;

Б) частичная интеграция. Дети (1-2 человека), еще не способные наравне со здоровыми сверстниками овладеть программными требованиями, пребывают лишь часть дня (например, его вторую половину) в группе нормально развивающихся сверстников;

В) временная интеграция, при которой воспитанники специальной группы вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития и навыков самообслуживания объединяются со здоровыми детьми не реже 1-2 раз в месяц для проведения различных мероприятий воспитательного характера.

Реализация всех этих форм предполагает обязательное руководство процессом интеграции со стороны учителя-дефектолога и педагога-психолога, которые помогают в организации воспитания и обучения ребенка с отклонением в развитии в коллективе здоровых сверстников.

Полная интеграция может быть эффективна для детей с отклонениями в развитии, которые по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме (или близки к ней), самостоятельно себя обслуживают и психологически готовы к совместному со здоровыми сверстниками обучению. Такие дети по 1-2 человека включаются в обычные группы общеразвивающего детского сада учреждения «Начальная школа - детский сад», при этом они обязательно должны получать коррекционную

помощь либо по месту обучения, либо в группах кратковременного пребывания дошкольного учреждения (группы) компенсирующего вида или дошкольного отделения (группы) специальной (коррекционной) школы, школы-интерната, либо в специализированных центрах, либо в поликлиниках по месту жительства.

Осуществление разных форм интеграции детей с отклонениями в развитии в коллектив обычных сверстников должно способствовать социализации дошкольников с особыми нуждами, а для нормально развивающихся детей должно создать среду, в которой они начинают осознавать, что мир представляет собой единое сообщество людей.

Дошкольные образовательные учреждения (ДОУ) общеразвивающего вида, в которых воспитываются дети с нарушениями в развитии, и специальные ДОУ оборудуются с учетом нахождения в них детей определенной категории: должны быть предусмотрены специальные порожки, светозащитные технические устройства из цветного стекла или бесцветного стекла с покрытием для детей с нарушениями зрения; пандусы для подъема и спуска детей с опорно-двигательными нарушениями.

Кроме того, специальные ДОУ и специальные группы в комбинированных ДОУ должны быть обеспечены таким оборудованием, как звукоусиливающая аппаратура коллективного и индивидуального пользования и специальные приборы с программами «Видимая речь» для детей с нарушениями слуха; оптические средства коррекции (различного рода лупы - ручные, опорные, стационарные; очки - микроскопические, телескопические; монокуляры и бинокляры; проекционные увеличивающие аппараты - эпи- и диапроекторы; специальные оптические системы; трости, приборы эхолокаторы, сканеры; специальные пишущие машинки, компьютеры со строкой по системе Брайля; приборы для рельефно-точечного шрифта и др., что является необходимым условием удовлетворения особых образовательных потребностей детей с нарушениями в развитии.

При коррекции, воспитании и обучении дошкольников с ограниченными возможностями здоровья необходимо создать следующие педагогические условия:

1. Создание предметно-развивающей среды. Для обеспечения полноценного развития ребенка необходимо единство развивающей предметной среды и содержательного общения взрослых с детьми. При организации общения необходимо исходить из интересов и потребностей ребенка и его уровня развития, возрастных особенностей и задач коррекционного воздействия. Предметно развивающая среда должна быть

для ребенка информативной, удовлетворять его возрастные потребности в новизне, преобразовательной деятельности и самоутверждении.

2. С детьми должен работать специалист (педагог-дефектолог), которому следует уметь:

- ✓ устанавливать эмоциональный контакт с ребенком;
- ✓ правильно выбирать способы постановки перед ребенком образовательно-воспитательных задач, учитывая его познавательные возможности;
- ✓ определять способы передачи ребенку общественного опыта, соответствующие уровню его развития;
- ✓ организовывать самостоятельную деятельность детей.

3. Содержание, методы и приемы работы должны отвечать развивающему характеру обучения; отвечать требованию единства диагностики и коррекции; строиться с учетом возрастных особенностей; знания генетического хода развития; основываться на деятельностном подходе к становлению личности ребенка.

4. Включение родителей в коррекционно-педагогический процесс.

5. Формирование у детей адекватных форм взаимодействия со сверстниками, включение ребенка в детский коллектив.

Таким образом, дошкольная дефектология разрабатывает и совершенствует различные социально-педагогические и коррекционно-развивающие модели в дошкольном образовании. Разработка новых моделей в специальном образовании определяется следующими основными факторами:

- гуманистическими идеями о ценности личности, закрепленными в Декларациях ООН: «О правах инвалидов», 1975, «О правах умственно отсталых лиц», 1991 и «Конвенции о правах ребенка», 1989, что предполагает неизбежный переход к созданию в нашей стране единого образовательного пространства;
- стратегией дошкольного воспитания, предполагающей развитие вариативных форм образования в России;
- социально-педагогическими потребностями семьи, воспитывающей ребенка с психофизическими нарушениями;
- результатами научных исследований в области дошкольной дефектологии, в которых показаны необходимость проведения контроля за психическим развитием ребенка с первых месяцев жизни, наличие потенциальных возможностей развития проблемных детей раннего и дошкольного возраста при оказании им адекватной коррекционной

поддержки, определены принципы для разработки содержания коррекционно-развивающего обучения, доказана необходимость включения семьи в коррекционно-педагогический процесс.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Перечислите организационные формы оказания коррекционной помощи детям с ОВЗ.
2. В чем сущность интегрированного воспитания детей с ОВЗ?

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА (УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ)

Умственно отсталые дети - одна из наиболее многочисленных категорий детей с нарушениями развития. Они составляют около 2,5% от общей детской популяции.

Понятие «**умственная отсталость**» в отечественной дефектологии понимается как стойкое нарушение познавательной деятельности, возникшее в результате органического поражения головного мозга.

К *первичным дефектам* при умственной отсталости относят патологическую инертность нервных процессов (возбуждения и торможения), слабость замыкательной функции коры больших полушарий головного мозга, чрезмерно широкую генерализацию раздражений. Эти особенности функционирования нервной системы накладывают отпечаток на весь ход психического развития умственно отсталого ребенка. В наибольшей степени изменения затрагивают познавательную сферу (процессы мышления, памяти, восприятия, внимания и т.д.), косвенно отражаются на формировании личности ребенка и его деятельности.

Умственная отсталость может быть обусловлена разнообразными **причинами** как эндогенными (внутренним), так и экзогенными (внешними).

К числу эндогенных причин умственной отсталости относят нарушения в строении и числе хромосом (синдром Дауна, синдромы Клайнфельтера, Шерешевского-Тернера и др.), наследственные заболевания (микроцефалия, фенилкетонурия и др.).

К внутриутробным патогенным факторам, вызывающим умственную отсталость, относят внутриутробные инфекции (токсоплазмоз, сифилис, краснуха, корь и др.), некоторые хронические болезни матери (заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени и др.), различного рода

интоксикации (курение, алкоголизм, наркомания родителей, лекарственные интоксикации беременной) и др.

В перинатальный период патогенными факторами в большинстве случаев являются родовые травмы, асфиксия.

В период после родов умственная отсталость может быть вызвана нейроинфекциями (менингит, менингоэнцефалит, энцефалит). Также ее причиной могут быть черепно-мозговые травмы и интоксикации.

Категория умственно отсталых детей включает в себя разнообразные клинико-психологические варианты. Большую часть умственно отсталых детей составляют **олигофрены** (от греч. oligos - мало, phrenos - ум). Поражение мозговых систем возникает у этой категории детей на ранних этапах развития: во внутриутробном периоде, при рождении или в первые полтора-два года жизни. При олигофрении органическая недостаточность мозга носит резидуальный (остаточный), непрогредиентный (неусугубляющийся) характер. Дети с олигофренией способны к развитию, но оно осуществляется замедленно, атипично.

Умственная отсталость, возникшая в более поздний период жизни ребенка (после 2-3 лет), встречается относительно редко. В этих случаях говорят о **деменции**. В данном случае происходит распад уже сформированных психических функций. Деменция может стать следствием инфекций (менингит, энцефалит), травм или текущих заболеваний мозга (эпилепсия, шизофрения и др.). Интеллектуальный дефект при деменции необратим, при этом обычно отмечается прогрессирование заболевания. В отдельных случаях в условиях адекватного лечения и квалифицированной психолого-педагогической помощи возможно добиться замедления темпов этого процесса.

По современной международной **классификации** (МКБ-10) на основе психометрических исследований (оценки IQ - интеллектуального коэффициента) умственную отсталость подразделяют на четыре формы:

- легкая (IQ в пределах 50—69),
- умеренная (IQ в пределах 35—49),
- тяжелая (IQ в пределах 20—34),
- глубокая (IQ ниже 20).

При этом нормальному уровню развития интеллекта соответствует показатель IQ 71 и выше.

Особенности психического развития умственно отсталых детей

В младенческом и раннем возрасте у многих умственно отсталых детей задерживаются сроки развития моторных функций (позже начинают сидеть,

стоять, ходить, нарушена крупная и мелкая моторика), при этом задержка бывает весьма существенной, захватывающей не только весь первый, но и второй год жизни. Наблюдается отсутствие интереса к окружающему и реакций на внешние раздражители, общая патологическая инертность. У детей не возникает эмоционального общения со взрослыми, отсутствует, как правило, «комплекс оживления».

Умственно отсталые дети на первом году жизни не дифференцируют своих и чужих взрослых. У них не развиваются действия с предметами, отсутствует хватание, не формируется зрительно-двигательная координация.

В начале дошкольного периода происходят некоторые сдвиги в овладении неспецифическими манипуляциями, которые проявляются, например, в том, что ребенок тянет игрушку в рот, но он не пытается ее рассматривать, не выполняет с ней практических действий (не стучит ею по ладошке и др.). Предметные действия и предметная деятельность спонтанно в должной мере у умственно отсталого ребенка не формируются, интерес к предметному миру остается весьма низким, кратковременным. Без целенаправленного коррекционного воздействия дети 3-4 лет не овладевают ни специфическими видами детской деятельности, ни социальными формами поведения.

Восприятие, мышление и речь у детей этой категории оказываются при спонтанном развитии на очень низком уровне.

Такой ребенок мало контактен как со взрослыми, так и со своими сверстниками, он не вступает в ролевую игру или в какую-либо совместную деятельность с другими людьми. Все это отражается на накоплении социального опыта детей и на развитии высших психических функций.

Однако основные тенденции развития ребенка с нарушениями интеллекта те же, что и у нормально развивающегося. Некоторые нарушения: отставание в овладении предметными действиями, отставание и отклонение в развитии речи и познавательных процессов, - в значительной мере носят вторичный характер. При своевременной правильной организации воспитания, возможно более раннем начале коррекционно-педагогического воздействия многие отклонения развития у детей могут быть скорректированы и даже предупреждены.

Система воспитания, обучения и реабилитации детей с нарушением интеллекта (умственно отсталых)

Специфику воспитания и обучения умственно отсталых детей дошкольного возраста изучает **дошкольная олигофренопедагогика**, являющаяся частью дошкольной дефектологии.

Дошкольная олигофренопедагогика как наука рассматривает следующие вопросы:

- изучение особенностей и закономерностей развития ребенка под влиянием коррекционного обучения;

- определение принципов, содержания и методов обучения и воспитания умственно отсталых детей в различных учреждениях коррекционного или реабилитационного вида;

- обеспечение индивидуального подхода в ходе проведения коррекционной работы с детьми с различной степенью умственной отсталости;

- вариативность системы и структуры специальных учреждений для умственно отсталых детей с учетом их возраста (раннего, дошкольного) и структуры нарушений.

Начиная с конца 60-х годов, в нашей стране развивается система специализированного образования умственно отсталых детей. В настоящее время на государственном уровне в соответствии с характером нарушений и степенью их выраженности дети воспитываются в специальных (коррекционных) учреждениях, находящихся в ведении министерств образования, здравоохранения, социальной защиты. Кроме того, в последние годы активизировалась помощь детям с отклонениями в развитии со стороны общественных, благотворительных и родительских организаций.

В системе *Министерства здравоохранения РФ* имеется сеть домов ребенка для детей в возрасте от рождения до 3 лет, центры психического здоровья (специализированные ясли) для детей с органическим поражением центральной нервной системы в возрасте от 2 до 4 лет и специализированные психоневрологические санатории для детей от 4 до 8 лет с органическим поражением ЦНС. В эти учреждения принимаются дети с диагнозом олигофрения в степени дебильности осложненной формы: умственно отсталые дети с эписиндромом, с шизофреноподобным синдромом, с нарушениями поведения и другими осложнениями. Организуют и курируют помощь детям в этих учреждениях детские психоневрологические (психиатрические) больницы разного уровня (регионального, областного, городского), которые ведут учет и реализуют комплексный подход, как в диагностике, так и в коррекционном воздействии.

Дети с диагнозом олигофрения в степени имбецильности, или выраженной умственной отсталости, воспитываются в семье или в учреждениях системы *Министерства социальной защиты* (специальные интернаты для инвалидов детства, реабилитационные центры). В эти учреждения принимаются дети с 4-х летнего возраста и воспитываются там

до 18 лет. Основная задача этих учреждений - привитие детям навыков самообслуживания, воспитание адекватного социального поведения, формирование элементарных навыков трудовой деятельности и элементарных учебных навыков.

Современная систематическая психолого-медико-педагогическая помощь умственно отсталым детям, консультативно-методическая поддержка их родителей, социальная адаптация и формирование предпосылок к учебной деятельности осуществляются в системе *Министерства образования* на базе следующих учреждений:

- ✓ дошкольные образовательные (коррекционные) учреждения для детей с нарушением интеллекта (умственно отсталых);
- ✓ специальные (коррекционные) образовательные учреждения для воспитанников с отклонениями в развитии: дошкольные отделения (группы) специальных (коррекционных) школ, школ-интернатов, детских домов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- ✓ группы кратковременного пребывания для детей с нарушением интеллекта при специализированных дошкольных учреждениях коррекционного типа.

Дошкольное воспитание умственно отсталых детей

Главной **целью** дошкольного коррекционного воспитания является создание условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала умственно отсталого ребенка, формирование его позитивных личностных качеств.

В специализированном дошкольном учреждении для умственно отсталых детей решаются следующие блоки **задач**:

- диагностические (организация комплексного медико-психолого-педагогического изучения ребенка в динамике коррекционно-воспитательного процесса и в целях разработки индивидуальной программы развития ребенка);
- воспитательные (решение вопросов социализации, повышения самостоятельности и автономии ребенка и его семьи, становления нравственных ориентиров в деятельности и поведении дошкольника, а также воспитания у него положительных личностных качеств);
- коррекционно-развивающие (развитие компенсаторных механизмов становления психики и деятельности проблемного ребенка, преодоление и предупреждение у воспитанников детского сада вторичных отклонений в развитии их познавательной сферы, поведения и личности);

➤ образовательные (обучение детей способам усвоения общественного опыта, развитие их познавательной активности, формирование всех видов детской деятельности, характерных для каждого возрастного периода, подготовка детей к школьному обучению).

Программа работы с умственно отсталыми дошкольниками в условиях коррекционного образовательного учреждения включает следующие разделы: «Здоровье», «Социальное развитие», «Физическое воспитание и физическое развитие», «Познавательное развитие», «Формирование деятельности», «Эстетическое развитие».

В разделе «Здоровье» рассматриваются условия, необходимые для защиты, сохранения и укрепления здоровья каждого ребенка.

Физическое воспитание и физическое развитие умственно отсталого ребенка направлено на совершенствование функций формирующегося организма ребенка, полноценное развитие основных движений, разнообразных двигательных навыков, совершенствование тонкой ручной моторики и развитие зрительно-двигательной координации.

Программа раздела «Социальное развитие» предполагает:

- формирование у умственно отсталого ребенка представлений о самом себе (концентр «Я сам»);
- формирование сотрудничества ребенка со взрослыми и сверстниками (концентр «Я и другие»);
- формирование адекватного восприятия окружающих предметов и явлений, воспитание положительного отношения к предметам живой и неживой природы, нравственного отношения к национальным традициям и общечеловеческим ценностям (концентр «Я и окружающий мир»).

Раздел «Познавательное развитие» включает несколько подразделов:

- развитие внимания;
- развитие тонкой ручной моторики и совершенствование зрительно-двигательной координации;
- сенсорное воспитание и развитие ориентировочной деятельности;
- развитие различных видов памяти;
- формирование мыслительной деятельности;
- ознакомление с окружающим;
- формирование элементарных математических представлений;
- развитие основных компонентов речевой деятельности;
- подготовка к обучению грамоте.

В рамках раздела «Формирование деятельности» работа ведется по следующим направлениями:

- формирование предметной деятельности;

- становление игровой деятельности;
- формирование продуктивных видов детской деятельности (рисование, лепка, аппликация, конструирование, ручной труд);
- формирование элементов трудовой деятельности.

В разделе «*Эстетическое развитие*» реализуются следующие направления:

- музыкальное воспитание и ритмика;
- изобразительное искусство;
- ознакомление с художественной литературой;
- театрализованная деятельность.

Таким образом, в процессе коррекционно-воспитательной работы происходит становление личности умственно отсталого ребенка-дошкольника, которое связано с формированием адекватного поведения детей и с гармонизацией их отношений со сверстниками и взрослыми. При этом у дошкольников закладываются основы таких нравственных качеств как отзывчивость, доброта и терпение, понятие о взаимопомощи, и дети приобретают практический опыт их реализации в повседневной жизни.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Дайте определения понятиям «умственная отсталость», «олигофрения», «деменция».
2. Какие причины вызывают умственную отсталость в детском возрасте?
3. Какие виды учреждений включены в систему воспитания, обучения и реабилитации умственно отсталых детей?
4. По каким направлениям осуществляется коррекционная работа с умственно отсталыми детьми в условиях дошкольного образовательного (коррекционного) учреждения.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Задержка психического развития (ЗПР) - нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции отстают в своём развитии от принятых возрастных норм.

По данным разных авторов, в детской популяции выявляется от 6% до 11% детей с ЗПР. ЗПР является пограничным состоянием между нормой и

патологией. Это понятие, которое говорит не о стойком, необратимом психическом недоразвитии, как при умственной отсталости, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается у ребенка при поступлении в школу и носит обратимый характер. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выражены не резко, в других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы.

ЗПР возникает, как правило, в связи с экзогенными вредностями. К вероятным причинам ЗПР относят: хронические соматические заболевания матери, начавшиеся еще до беременности (порок сердца, диабет, заболевания щитовидной железы); патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробную гипоксию плода; недоношенность; асфиксию и травмы при родах; заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребенка. В ряде случаев в качестве факторов, обуславливающих ЗПР, могут выступать хромосомные aberrации (по последним данным, на 1000 новорожденных приходится 5-7 детей с хромосомными аномалиями). Среди социальных факторов возникновения ЗПР большую роль играет длительное ограничение жизнедеятельности ребенка, неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребенка и т.д.

В практике работы с детьми с ЗПР широко используется классификация К.С. Лебединской, разработанная на основе этиопатогенетического подхода. Она включает следующие варианты ЗПР.

1. *Задержка психического развития конституционального происхождения.* При этом нарушении эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития. Отмечается преобладание эмоциональной мотивации поведения, жизнерадостность, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. Неуспеваемость, как правило, обусловлена преобладанием игровых интересов над познавательными. У детей наблюдается инфантильный тип телосложения.

2. *ЗПР соматогенного генеза.* Обусловлена влиянием различных тяжёлых соматических состояний, перенесённых в раннем возрасте (операции с наркозом, хронические соматические заболевания сердца, почек, эндокринной системы и др.). Для детей характерны явления стойкой физической и психической астении (истощаемости), что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности, как

робость, боязливость. Дети растут в условиях ограничений и запретов, сужается круг общения, недостаточно пополняется запас знаний и представлений об окружающем мире. Нередко формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что наряду со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью не позволяет ребенку достичь уровня возрастного развития.

3. *ЗПР психогенного генеза.* Связана с неблагоприятными условиями воспитания. При раннем возникновении и длительном воздействии психотравмирующих факторов могут возникнуть стойкие сдвиги в нервно-психической сфере ребенка, что приводит к невротическим и неврозоподобным нарушениям, патологическому развитию личности. ЗПР такого типа возникает в трёх основных случаях:

А) *Гипоопека, безнадзорность.* В таких случаях у ребёнка наблюдается аномальное развитие личности по типу психической неустойчивости, преобладают импульсивные реакции, неумение тормозить свои эмоции, повышенная внушаемость. Также отмечается недостаток базовых знаний и представлений, необходимых для усвоения школьной программы, слабость познавательных интересов.

Б) *Гиперопека, или воспитание по типу «кумира семьи».* Из окружения ребёнка устраняются любые препятствия или опасности, как реальные, так и мнимые. Таким образом, ребёнок лишается возможности самостоятельно преодолевать трудности, соотносить свои желания и потребности с усилиями которые надо приложить, чтобы их реализовать. В результате ребёнок несамостоятелен, безынициативен, эгоцентричен, не способен к длительному волевому усилию.

В) *Развитие личности по невротическому типу.* Наблюдается в семьях с авторитарными родителями или там, где допускается физическое насилие, грубость, деспотичность, агрессия по отношению к ребенку. В результате могут возникнуть навязчивости, неврозы или неврозоподобные состояния. У одних детей при этом наблюдаются негативизм и агрессивность, истерические проявления, у других - робость, боязливость, страхи, мутизм. При названном варианте ЗПР на первый план также выступают нарушения в эмоционально-волевой сфере, снижение работоспособности, несформированность произвольной регуляции поведения.

4. *ЗПР церебрально-органического генеза.* Характеризуется большей стойкостью, частотой встречаемости и выраженностью нарушений познавательной и эмоционально-волевой сферы. Часто это состояние, пограничное с умственной отсталостью, что определяется органическим поражением ЦНС на ранних этапах онтогенеза. ЗПР церебрально-

органического генеза обусловлены патологией беременности, преждевременными или патологическими родами, нейроинфекцией и травмами ЦНС в первые годы жизни.

Внимание таких детей неустойчиво, его трудно сконцентрировать, возможно застревание, при котором ребенку трудно переключиться с одного объекта на другой. Целенаправленность деятельности почти полностью отсутствует, дети импульсивны, часто отвлекаются. Затруднен процесс анализирующего восприятия, ограничен объем памяти, снижена прочность запоминания. Своеобразие мыслительной деятельности проявляется уже на уровне наглядно-образного мышления, формирование мыслительных операций (анализ, сравнение, обобщение, синтез, абстрагирование) происходит очень медленно. Инфантилизм в данном случае имеет органический характер, поэтому отсутствуют непосредственность и яркость эмоций.

В целом, характеризуя психическую структуру при ЗПР, клиницисты и психологи (Г.Е. Сухарева, К.С. Лебединская, И.Ф. Марковская, В.В. Ковалев и др.) подчеркивают иную иерархию нарушений познавательной деятельности, чем при олигофрении. Так, в случае задержки психического развития, наибольшую недостаточность обнаруживает не мышления как таковое (способности к отвлечению и обобщению), а дефицитарность "предпосылок" мышления: памяти, внимания, пространственного гнозиса, темпа, переключаемости психических процессов и т.д.

К числу *общих психолого-педагогических особенностей детей с ЗПР* относятся низкая работоспособность на фоне астении; незрелость эмоционально-волевой сферы; ограниченный запас общих знаний и представлений; обедненный словарный запас; несформированность навыков интеллектуальной деятельности; недостаточная сформированность игровой деятельности; замедленность восприятия; снижение продуктивности всех видов памяти.

Организационные формы помощи детям-дошкольникам с задержкой психического развития

Дети с задержкой психического развития посещают в основном дошкольные образовательные учреждения компенсирующего и комбинированного вида, а также группы кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии. В этих учреждениях для детей могут создаваться группы как коррекционно-развивающей, так и консультативной или диагностической направленности. Кроме того, для них организуются дошкольные группы при школах-интернатах для детей с ЗПР и при

комплексах «Детский сад - начальная школа». Амбулаторно детям с ЗПР оказывается помощь в центрах медико-психолого-педагогического сопровождения, центрах психолого-педагогической реабилитации и коррекции и в иных учреждениях для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

В раннем возрасте эти дети наблюдаются врачами и психологами при детских поликлиниках или в центрах абилитации детей раннего возраста.

Важное место в деле помощи детям с ЗПР занимает постоянно действующая психолого-медико-педагогическая консультация (ПМПК). Она решает проблемы ребенка на межведомственном уровне, объединяя усилия специалистов различных ведомств: здравоохранения, образования и социальной защиты населения. В процессе своей работы специалисты ПМПК проводят комплексное психолого-медико-педагогическое обследование; индивидуальное и групповое консультирование детей и родителей; индивидуальные и групповые занятия, психотерапевтические и социально-психологические тренинги; тематические семинары для специалистов, работающих с детьми, имеющими проблемы в развитии; разрабатывают индивидуально-ориентированные программы педагогической, психологической, социальной и медицинской помощи детям.

Решением ПМПК дети с ЗПР направляются в специализированное дошкольное учреждение или группу. Основными медицинскими *показаниями* для приема ребенка являются:

- ЗПР церебрально-органического генеза;
- ЗПР по типу конституционного (гармонического) психического и психофизического инфантилизма;
- ЗПР соматогенного происхождения с явлениями стойкой соматической астении и соматогенной инфантилизацией;
- ЗПР психогенного происхождения (патологическое развитие личности по невротическому типу, психогенная инфантилизация);
- ЗПР вследствие иных причин.

При равных условиях в первую очередь в названные учреждения должны направляться дети с более тяжелыми формами ЗПР - церебрально-органического генеза и прочими клиническими формами, осложненными энцефалопатической симптоматикой. В тех случаях, когда окончательный диагноз можно установить только в процессе длительного наблюдения, ребенок принимается в дошкольное учреждение на 6-9 месяцев. При необходимости этот срок может быть продлен ПМПК.

Противопоказаниями к приему в дошкольные учреждения и группы указанного типа является наличие у детей следующих клинических форм и состояний:

- олигофрения;
- органическое, эпилептическое, шизофреническое слабоумие;
- выраженные нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата;
- выраженные нарушения речи: алалия, афазия, ринолалия, дизартрия, заикание;
- шизофрения с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы;
- выраженные формы психопатий и психопатоподобных состояний различной природы;
- частые судорожные пароксизмы, требующие систематического наблюдения и лечения у психоневролога;
- стойкий энурез и энкопрез;
- хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, органов пищеварения и др. в стадии обострения и декомпенсации.

Если в период пребывания ребенка в дошкольном учреждении или в группе для детей с ЗПР выявятся вышеперечисленные нарушения, то ребенок подлежит отчислению или переводу в учреждение соответствующего профиля.

По окончании пребывания ребенка в дошкольном учреждении или группе для детей с ЗПР с учетом уточненного диагноза и перспектив дальнейшего развития, определяемых на основании динамического наблюдения, решается вопрос о его обучении в школе. На основании решения педагогического совета ДОО оформляются документы о переводе ребенка в школу (или класс) для детей с ЗПР, в случае же компенсации отклонений - в общеобразовательную школу, а в отдельных случаях, если для этого есть показания (уточненный диагноз) - о направлении в специальную школу соответствующего типа.

Коррекционная направленность воспитания и обучения детей с задержкой психического развития

Основной **целью** дошкольного коррекционного воспитания детей с ЗПР является создание условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала ребенка, формирование его позитивных личностных качеств, компенсация первичных нарушений и коррекция вторичных отклонений в развитии.

В специализированном дошкольном учреждении решаются следующие блоки задач:

- диагностические
- воспитательные
- коррекционно-развивающие
- оздоровительные
- образовательные.

В *диагностическом блоке* задач ведущей является организация комплексного медико-психолого-педагогического изучения ребенка в целях уточнения диагноза и для разработки индивидуально-ориентированной программы развития ребенка. При этом изучение проводится как в ходе диагностического обследования, так и при динамическом наблюдении за развитием дошкольника, осуществляемом в ходе коррекционно-воспитательного процесса.

Блок *воспитательных* задач направлен на решение вопросов социализации, повышения самостоятельности и автономии ребенка и его семьи, становления нравственных ориентиров в деятельности и поведении дошкольника, а также воспитание у него положительных личностных качеств.

Коррекционный блок. Содержание и организация коррекционной работы направлена, во-первых, на развитие компенсаторных механизмов становления психики и деятельности проблемного ребенка, а во-вторых - на преодоление и предупреждение у воспитанников детского сада вторичных отклонений в развитии их познавательной сферы, поведения и личности. Организация работы специалистов в этом блоке предполагает также обучение родителей отдельным психолого-педагогическим приемам, повышающим эффективность взаимодействия с ребенком, стимулирующим его активность в повседневной жизни.

Блок *оздоровительных задач* определяет условия, необходимые для защиты, сохранения и укрепления здоровья каждого воспитанника дошкольного учреждения. В нем определяются задачи формирования у детей представлений о здоровом образе жизни и конкретных способах укрепления своего здоровья. В этом же блоке осуществляется также весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий, необходимых для детей с ЗПР.

Блок *образовательных задач* направлен на обучение детей способам усвоения общественного опыта, развитие их познавательной активности, формирование всех видов детской деятельности, характерных для каждого возрастного периода. Важной задачей образовательного блока является

подготовка детей к школьному обучению, которая должна вестись с учетом индивидуальных особенностей и возможностей каждого ребенка.

Интегрированное и инклюзивное воспитание и обучение дошкольников с ЗПР

Многолетние наблюдения и исследования проблем, связанных с коррекционной поддержкой детей-дошкольников с пограничными формами отклонения в условиях общеобразовательных учреждений, позволяют сформулировать некоторые суждения об особенностях интеграционного процесса.

Первое и основное - для успешной интеграции ребенка в общество необходимо отладить механизм раннего выявления имеющихся у детей отклонений. Только выявляя проблемы ребенка и имеющийся у него потенциал развития, можно определить пути его психолого-педагогической и медико-социальной поддержки.

Второе - это наличие возможности решать проблемы ребенка вариативными способами. Обе системы - и дифференцированного, и интегрированного обучения - имеют право на равноправное существование, как и ряд переходных и промежуточных форм.

Третье - предпочтение того или иного вида обучения должно базироваться на сознательном выборе конкретного учреждения, учитывающем образовательную концепцию учреждения, квалификацию персонала, материальные условия и качество работы учреждения.

В интеграционном процессе хорошо зарекомендовали себя дошкольные учреждения комбинированного типа. В них имеются как профильные дошкольные группы - диагностические, коррекционные, - так и смешанные, в которых воспитываются и дети с различными отклонениями в развитии, в том числе и дошкольники с ЗПР. Поскольку детей с этим отклонением относительно много в детской популяции, такие группы легко комплектуются. Но детей с задержкой развития в них должно быть не более четверти от состава группы. Их присутствие в группе активизирует всю коррекционно-развивающую работу в целом. А для детей с ЗПР значимым оказывается пример сверстников, который для них при правильно организованной педагогической работе является ориентиром и эталоном для подражания.

Теория и практика интегрированных дошкольных групп и учреждений для детей с ЗПР нуждается в дальнейшей разработке как в психолого-педагогическом, так и в организационно-методическом аспекте.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. В чем состоят основные отличия детей с задержкой психического развития от умственно отсталых?
2. Охарактеризуйте основные формы ЗПР по классификации К.С. Лебединской.
3. Назовите показания и противопоказания для зачисления ребенка в специальную группу для детей с ЗПР.
4. В чем заключается коррекционная направленность воспитания и обучения детей с задержкой психического развития?
5. Обоснуйте необходимость сочетания интегрированной и дифференцированной моделей воспитания и обучения дошкольников с ЗПР.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Виды нарушений слуха и их причины

Слух - функция организма человека и животных, обеспечивающая восприятие звуковых колебаний. Эта функция реализуется посредством органа слуха, или звукового анализатора.

Выделяют следующие группы детей с недостатками слуха:

1. *Глухие (неслашащие)* – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса.
2. *Слабослышащие* – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие.

Нарушения слуха возникают в результате заболеваний, поражающих наружное, среднее или внутреннее ухо, слуховой нерв. Если поражено внутреннее ухо и стволовая часть слухового нерва, в большинстве случаев наступает глухота; если среднее ухо, то чаще наблюдается частичная потеря слуха.

Нарушение слуховой функции чаще всего происходит в раннем детстве. Исследования Л.В. Неймана (1959) свидетельствуют о том, что в 70% случаев потеря слуха возникает в возрасте до двух-трех лет. В последующие годы жизни число случаев потери слуха уменьшается.

Стойкое необратимое снижение слуха может быть вызвано разными **причинами**. Так к факторам риска тугоухости и глухоты относятся:

- инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз),
- токсикозы беременности,
- асфиксия новорожденного,

- внутричерепная родовая травма,
- резус-конфликт,
- недоношенность,
- переношенность (гестационный возраст более 40 недель),
- применение препаратов с ототоксическим действием (антибиотиков: стрептомицина, мономицина, канамицина, гентамицина, амикацина и др., фуросемида, аспирина, хинина), назначаемых ребенку или матери во время беременности,
- наследственные заболевания в семье, сопровождающиеся поражением слухового анализатора,
- детские инфекции (паратиф, скарлатина, корь и др.),
- острые и хронические средние отиты,
- черепно-мозговая травма и др.

В настоящее время проблеме ранней (с первых месяцев жизни) помощи детям с нарушениями слуха уделяется большое внимание. Государственная система раннего выявления детей с подозрением на снижение слуха предусматривает:

- в роддомах - выявление детей, относящихся к группе риска по тугоухости и глухоте;
- в детских поликлиниках по месту жительства - обследование слуха детей с факторами риска в 1, 2, 4 и 6 месяцев по скрининг-методике;
- в сурдологических кабинетах - проведение комплексного медико-педагогического обследования с целью установления диагноза (или снятия подозрения на снижение слуха) и организации дальнейшей коррекционной помощи.

Важное значение для правильного понимания особенностей психического развития детей с нарушениями слуха, для своевременной диагностики и организации их обучения и воспитания имеет **классификация** нарушений слуха.

В нашей стране наибольшее распространение получила *медицинская* классификация нарушений слуха у детей, предложенная Л.В. Нейманом (1961). При потере слуха более 80 дБ наступает глухота, при частичном нарушении (тугоухости) отмечается потеря от 15 до 80 дБ. Принято различать три степени тугоухости:

- 1) первая (I) степень тугоухости - потеря слуха в речевом диапазоне не превышает 50 дБ (возможно восприятие речи на расстоянии более 1 м);
- 2) вторая (II) степень тугоухости - потеря слуха в речевом диапазоне от 50 до 70 дБ (речь разговорной громкости воспринимается на расстоянии менее 1 м);

3) третья (III) степень тугоухости - потеря слуха в речевом диапазоне превышает 70 дБ (речь разговорной громкости плохо различается даже у самого уха).

Педагогические классификации направлены на обоснование различных подходов к обучению детей с нарушениями слуха. В отечественной дефектологии наибольшее применение находит психолого-педагогическая классификация Р.М. Боскис. В ее основе лежат критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушениями слуха:

- *степень потери слуха;*
- *время возникновения нарушения слуха;*
- *уровень развития речи.*

В соответствии с названными критериями выделяют следующие группы детей с нарушениями слуха.

Первая – *ранооглохшие* дети, родившиеся с нарушенным слухом или потерявшие слух до начала речевого развития или на ранних его этапах. К этой группе относят детей с такой степенью потери слуха, которая лишает их возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею. Они овладевают зрительным (чтение с губ) и слухозрительным (при помощи звукоусиливающей аппаратуры) восприятием словесной речи только в условиях специального обучения.

Вторая - *позднооглохшие* дети, «глухие, сохранившие речь» - те, кто потерял слух в том возрасте, когда речь уже была сформирована. У них может быть разная степень нарушения слуха и разный уровень сохранности речи, поскольку при возникновении нарушения слуха без специальной педагогической поддержки речь начинает распадаться. Эти дети имеют навыки словесного общения. Важным для них является освоение навыков зрительного или слухозрительного восприятия словесной речи.

Третья - дети с частичной потерей слуха - *слабослышащие* (тугоухие). В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладевать речью, но такая речь обычно имеет ряд существенных недостатков, которые подлежат коррекции в процессе обучения. Значение зрительного восприятия речи возрастает в зависимости от тяжести нарушений слуха.

Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями слуха

Слух имеет важное значение для развития человека. Ранняя *глухота* значительно ограничивает возможность овладения речью. При этом обычно не наблюдается органических нарушений речи, они носят вторичный

характер и при адекватной коррекции компенсируются. Тем не менее, ребенок, имеющий серьезные дефекты слуха, не может самостоятельно научиться говорить, так как нечетко воспринимает звуковую речь, не слышит звуковых образцов, не может контролировать собственное произношение. Все эти факторы отрицательно влияют на процесс овладения устной речью и всей сложной системой языка. А поскольку речь лежит в основе развития других познавательных процессов, то ее отсутствие или недоразвитие нарушает мыслительную деятельность, ограничивает возможности обучения и познания окружающего мира ребенком. Глубокие нарушения слуха и речи приводят также к социальной изоляции аномальных детей, так как их участие в различных видах совместной деятельности с нормально слышащими детьми ограничено.

С целью обучения и формирования контакта с окружающими *глухой* ребенок вынужден прибегать к жестам и выразительной мимике. В результате формируется мимико-жестовая речь. Особенностью мимико-жестовой речи является *многословность* (одному слову соответствуют несколько жестов) и *многозначность* (одному жесту соответствует много значений).

У глухих детей формируется дактильная речь, построенная на движении пальцев руки в воздухе. При этом дактильная азбука основана на обычном алфавите и содержит 32 знака.

Для общения используется также чтение с губ. Обратная связь речи осуществляется не за счет слуха, а с помощью кинестетической чувствительности.

Позднооглохшие дети, потеряв слух, но сохранив речь, имеют определенные преимущества в психическом развитии по сравнению с врожденно глухими или ранооглохшими. На степень сохранности речи этих детей влияет ряд факторов: время наступления глухоты, условия роста и развития ребенка, уровень остаточного слуха, качество работы по развитию речи ребенка.

Без специального воспитания дети, потерявшие слух в возрасте 4-5 лет, к поступлению в школу оказываются практически без устной речи, сохранив лишь небольшой, искаженно произносимый запас слов. Глухота, возникшая на более позднем этапе развития, не нарушает словарный запас, особенно при уже сформировавшихся навыках письма и чтения.

Развитие мышления у таких детей в большей степени сходно с его развитием у слышащих, чем у ранооглохших. Это сходство оказывается тем большим, чем лучше сохранены речевой запас и связанные с ним

возможности отражения действительности при помощи словесных обобщений.

Слабослышащие в отличие от глухих детей обладают остаточным слухом, который могут эффективно использовать в процессе обучения и для общения с окружающими. Невыраженные степени тугоухости не всегда своевременно замечаются окружающими. Речевые затруднения ребенка могут восприниматься как рассеянность или как результат некоторых нарушений внимания, а также нарушений интеллекта. Несформированность речевой функции к 4-5 годам создает негативные условия для дальнейшего речевого и психического развития. Возникновение тугоухости после формирования речи не ограничивает ее дальнейшее развитие, несмотря на умеренные недостатки произношения.

Организация коррекционной помощи дошкольникам с нарушениями слуха

Традиционно коррекционная помощь детям с нарушенным слухом оказывается в учреждениях министерств здравоохранения (сурдологические кабинеты, отделения, центры, стационары при лор-отделениях крупных больниц) и образования.

Для детей с нарушениями слуха раннего и дошкольного возраста существуют различные образовательные учреждения. Их деятельность регулируется «Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении» (введено в действие с 01.05.2012г.). Глухие и слабослышащие дети раннего и дошкольного возраста могут воспитываться и обучаться в следующих образовательных учреждениях:

1. Детский сад компенсирующего вида для глухих и/или для слабослышащих детей.

2. Детские сады комбинированного вида, в состав которых, наряду с группами для слышащих детей, входят и компенсирующие группы для детей с нарушениями слуха.

В дошкольное образовательное учреждение компенсирующего вида и компенсирующие группы детского сада комбинированного вида принимаются глухие и слабослышащие дети с 1,5-2 лет.

3. Дошкольные группы, отделения в специальных коррекционных общеобразовательных школах, школах-интернатах для глухих или для слабослышащих и позднооглохших детей. В дошкольные отделения (группы) могут приниматься дети с 2-3-х летнего возраста при наличии условий для их воспитания. В некоторых случаях организуются группы для детей старшего дошкольного возраста, специальное обучение которых по разным причинам

(позднее выявление нарушений слуха, текущие заболевания ребенка и др.) начинается в более поздние сроки - в 5-6 лет. В течение двухлетнего периода проводится общеразвивающая и коррекционная работа, направленная на подготовку детей к обучению в I классе школы для глухих или для слабослышащих и позднооглохших детей.

4. Образовательные учреждения для детей дошкольного и младшего школьного возраста «Школа - детский сад» компенсирующего вида для глухих или для слабослышащих детей. В структуре данных образовательных учреждений могут быть группы детей преддошкольного и дошкольного возраста, а также начальные классы или все классы (с первого по 10 - 12 классы) школы для слабослышащих или для глухих детей.

Задачи и принципы воспитания и обучения дошкольников с нарушениями слуха

Основной *задачей* дошкольного образования детей с нарушениями слуха является обеспечение всестороннего развития на основе коррекции имеющихся недостатков.

Реализация этой задачи предполагает социальное развитие детей, обеспечение высокого уровня познавательной деятельности, формирование речи как средства общения и познания, личностное развитие дошкольников. Это требует длительной систематической работы, ориентированной на обогащение общего развития, приобщение ко всему, что доступно слышащим детям, коррекцию отклонений в развитии дошкольников с нарушенным слухом. Эта работа составляет основу воспитания и обучения в дошкольных учреждениях и представлена в различных *разделах программы*:

- физическое воспитание,
- игра,
- труд,
- изобразительная деятельность и конструирование,
- ознакомление с окружающим миром,
- развитие речи,
- развитие слухового восприятия и обучение произношению,
- формирование элементарных математических представлений,
- музыкальное воспитание.

Каждый из этих разделов играет большую развивающую роль, а в совокупности они обеспечивают решение *общеразвивающих задач*.

Направленность обучения на преодоление специфических недостатков, обусловленных снижением слуха, делает особо важной постановку *коррекционной задачи*. Вся система работы дошкольного учреждения

направлена в первую очередь на коррекцию вторичных отклонений - развитие речи и общения. Поэтому формирование речи как средства общения является одной из ведущих задач в системе коррекционно-педагогической работы в дошкольных учреждениях. Важными компонентами этой системы является развитие слухового восприятия и обучение произношению детей со сниженным слухом. Эта работа проводится на специальных занятиях, а также включается во все разделы программы.

Помимо формирования речи, обучения произношению, развития слухового восприятия, в дошкольных учреждениях решаются и другие коррекционные задачи, например, связанные с наличием особенностей в развитии познавательной деятельности и т.д.

Решение коррекционных задач наряду с общеразвивающими должно обеспечить полноценное развитие дошкольника со сниженным слухом и его готовность к школьному обучению.

Воспитание и обучение дошкольников с нарушенным слухом строится на следующей системе **дидактических принципов**: научность, систематичность воспитания и обучения, доступность, наглядность, активность и самостоятельность в усвоении знаний, учет возрастных и индивидуальных особенностей детей, связь обучения с жизнью.

Помимо общедидактических принципов, выделяются **специфические принципы**, отражающие особенности развития дошкольников с недостатками слуха, содержание и методы работы с ними. К ним относятся:

1. *Генетический принцип*, основанный на учете последовательности возникновения и развития психических функций и новообразований в онтогенезе.

2. *Принцип развивающего обучения*. Связан с необходимостью не только преодоления отставания и нормализацией развития, но и его обогащением (амплификацией).

3. *Принцип коррекционной направленности воспитания и обучения*. В содержании обучения выделяются специфические разделы, несущие основную коррекционную нагрузку: развитие речи, развитие слухового восприятия и обучение произношению.

4. *Деятельностный принцип*. Процесс развития и воспитания ребенка раннего и дошкольного возраста связан с предметной, игровой, изобразительной, конструктивной деятельностью, элементарным трудом.

5. *Принцип дифференцированного подхода* к воспитанию и обучению. Предполагает учет структуры нарушений при организации воспитания и обучения дошкольников с нарушениями слуха. В соответствии с этим принципом проводится дифференцированное воспитание глухих и

слабослышащих. В воспитании и обучении детей этих двух категорий используются разные программы, в которых определены дифференцированные требования по различным разделам, прежде всего по развитию речи, развитию слухового восприятия и обучению произношению.

6. *Принцип формирования речи как средства общения.* Этот принцип связан с необходимостью формирования у детей потребности в речевом общении, в овладении необходимыми для этого речевыми средствами, создании слухоречевой среды, обеспечивающей возможности речевой практики в семье, в дошкольном учреждении.

7. *Принцип развития слухового восприятия* предполагает максимальное развитие остаточного слуха в процессе активного использования звукоусиливающей аппаратуры индивидуального и коллективного пользования.

Воспитание и обучение ребенка с нарушением слуха в условиях семьи под руководством специалиста

Большинство специальных дошкольных учреждений является учреждениями интернатного типа (с недельным или даже с круглогодичным пребыванием ребенка), что связано с относительно небольшим количеством детей со стойкими нарушениями слуха и с географическими и экономическими особенностями нашей страны. При всем положительном, что несет с собой для общего развития ребенка его воспитание в специальном дошкольном учреждении, следует выделить и негативные последствия этого:

- отрыв от семьи;
- постоянное нахождение среди плохо говорящих детей;
- невозможность комплектования группы детьми, примерно с равным слухоречевым уровнем развития (проигрывают слабослышащие дети со средней и легкой тугоухостью, попадающие в неадекватную для них речевую среду - в группы еще не говорящих детей).

Альтернативой обучению ребенка в специальном дошкольном учреждении является его воспитание дома, при котором коррекционная работа ведется главным образом родителями под руководством учителя-дефектолога. Дети, воспитывающиеся дома, могут получать коррекционную помощь:

- в сурдологических кабинетах системы здравоохранения по месту жительства;
- в стационарах при лоротделениях крупных больниц по месту жительства;

- в группах кратковременного пребывания при специальных дошкольных учреждениях (группах) и при научных медицинских и педагогических центрах, педагогических факультетах вузов.

В сурдологических кабинетах, стационарах, группах кратковременного пребывания проводятся:

- ✓ коррекционные занятия с детьми;
- ✓ обучение родителей сотрудничеству с ребенком, приемам и методам его воспитания и обучения в условиях семьи;
- ✓ оказание родителям психотерапевтической помощи.

Занятия в сурдологических кабинетах и группах кратковременного пребывания проводятся при обязательном присутствии родителей.

Педагог *группы кратковременного пребывания* 2-3 раза в год посещает детей дома (ребенка первого года жизни - ежемесячно), а также бывает в общеобразовательных учреждениях, где воспитываются неслышащие дети, с которыми он проводит коррекционные занятия. В ходе этих посещений педагог помогает рационально организовать их воспитание и обучение дома и в массовом дошкольном учреждении.

В целом группы кратковременного пребывания имеют большие возможности в организации коррекционной помощи, чем сурдологические кабинеты и стационары.

В настоящее время создается также множество медико-психолого-педагогических, психолого-педагогических и социальных центров, центров диагностики и консультирования, психолого-медико-педагогической реабилитации и коррекции разной ведомственной принадлежности. Они работают и как государственные, и как негосударственные учреждения и обычно создаются для оказания помощи детям с различными отклонениями в развитии, в том числе с нарушениями слуха. Функционируют также центры, которые ориентированы на работу с глухими и слабослышащими детьми, центры при обществах глухих, создающиеся в основном родителями.

Интегрированное и инклюзивное воспитание и обучение детей с нарушениями слуха

Система коррекционной помощи детям с нарушенным слухом постоянно совершенствуется. Закономерным этапом ее развития является поиск моделей интегрированного (совместного со слышащими) воспитания и обучения.

Наибольшими возможностями для организации интегрированного обучения обладают дошкольные учреждения комбинированного вида, в составе которых есть как общеобразовательные, так и специальные группы.

В этих условиях возможно эффективно осуществлять интеграцию незлышащих детей с учетом уровня развития каждого ребенка, выбирая полезную и возможную для него «долю» интеграции, т. е. одну из моделей:

➤ *временная интеграция*, при которой все воспитанники специальной группы вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития объединяются со слышащими детьми не реже двух раз в месяц для проведения различных мероприятий воспитательного характера;

➤ *частичная интеграция*, при которой дети, еще не способные наравне со слышащими сверстниками овладеть образовательным стандартом, вливаются по 1-2 человека лишь на часть дня (например, на его вторую половину) в массовые группы;

➤ *комбинированная интеграция*, при которой дети с уровнем психофизического и речевого развития, соответствующим возрастной норме или близким к ней, по 1-2 человека наравне со слышащими воспитываются в массовых группах, получая постоянную коррекционную помощь учителя-дефектолога специальной группы.

Реализация всех этих моделей предполагает обязательное руководство процессом интеграции со стороны учителя-дефектолога, который помогает педагогам массовых групп в организации воспитания и обучения ребенка с отклонениями в развитии в коллективе слышащих сверстников.

При *полной интеграции* ребенок с нарушенным слухом воспитывается в массовом дошкольном учреждении, не получая повседневной помощи специалиста непосредственно в детском саду. Он выполняет все требования педагога наравне со слышащими товарищами по группе практически без скидок на дефект слуха. Полная интеграция может быть рекомендована слабослышащему или глухому дошкольнику с уровнем психофизического и речевого развития, равным возрастной норме или близким к ней, внятно (понятно для окружающих) говорящему, хорошо понимающему устную речь взрослых и детей и психологически готовому к обучению в среде слышащих. Все эти дети (обычно это один ребенок в детском саду) тоже нуждаются в систематической коррекционной помощи учителя-дефектолога, которую они могут получить в сурдологическом кабинете или группе кратковременного пребывания специального дошкольного учреждения.

Общение со слышащими детьми способствует закреплению речевых умений дошкольников с нарушенным слухом, отмечается значительная активизация их устной речи.

Итак, в настоящее время создана достаточно гибкая система коррекционной помощи детям с нарушенным слухом. Она предусматривает их воспитание и обучение в условиях: специальных дошкольных учреждений

и групп (в том числе и в разнообразных реабилитационных центрах), сурдологических кабинетов, лорстационара и групп кратковременного пребывания, интеграции в среду нормально слышащих детей.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Каковы причины нарушения слуха у детей?
2. Охарактеризуйте основные особенности развития глухих, позднооглохших и слабослышащих детей.
3. Определите основные задачи воспитания и обучения дошкольников с нарушениями слуха.
4. Назовите и охарактеризуйте основные виды дошкольных учреждений для детей с нарушениями слуха.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Виды нарушений зрения и их причины

Зрение (зрительное восприятие) - процесс психофизиологической обработки изображения объектов окружающего мира, осуществляемый зрительной системой, и позволяющий получать представление о величине, форме и цвете предметов, их взаимном расположении и расстоянии между ними.

За нормальную остроту зрения равную единице (1,0), принимается способность человека различать буквы или знаки десятой строки специальной таблицы на расстоянии 5 метров. Способность к различению света от тьмы соответствует остроте зрения на уровне светоощущения. Неспособность к различению света от тьмы означает, что острота зрения равна 0.

В зависимости от *степени снижения остроты зрения* на лучше видящем глазу при использовании очков, и, соответственно, от возможности использования зрительного анализатора выделяют следующие группы детей.

Слепые - это дети с отсутствием зрительных ощущений.

а) абсолютно, или тотально, слепые - дети с полным отсутствием зрительных ощущений;

б) частично, или парциально, слепые - дети, имеющие светоощущения, форменное зрение (способность к выделению фигуры из фона) с остротой зрения от 0,005 до 0,04.

Слабовидящие - дети с остротой зрения от 0,05 до 0,2. Главное отличие данной группы детей от слепых состоит в том, что при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

В отдельную группу выделяют детей с *амблиопией* и *косоглазием*.

В зависимости от *времени наступления дефекта* выделяют две категории детей:

- **слепорожденные** - это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. Они не имеют зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы;
- **ослепшие** - дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже.

Нарушения зрения могут быть врожденными и приобретенными. Анализ причин нарушений зрения показывает, что в 92 % случаев слабовидение и в 88% случаев слепота имеют врожденный характер.

Врожденная слепота обусловлена повреждениями плода в период внутриутробного развития либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения. К отрицательным факторам, воздействующим на плод или эмбрион относятся: инфекционные и вирусные заболевания матери, перенесенные во время беременности; хронические заболевания или их обострения во время беременности; общесоматические заболевания; различные интоксикации (медикаментозные, алкогольные, никотиновые, наркотические, бытовые, химические и др.); облучения; токсикозы беременности; авитаминозы; травмы; недоношенность плода и т. д.

Приобретенная слепота обычно бывает следствием заболевания органов зрения (сетчатки, роговицы), заболеваний центральной нервной системы (менингит, опухоль мозга, менингоэнцефалит), осложнений после общих заболеваний организма (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга (ранения головы, ушибы) или глаз.

Слабовидение возникает вследствие глазных болезней на фоне общего заболевания организма. Чаще всего причиной слабовидения является аномалия рефракции. Наиболее распространенная ее форма - миопия

(близорукость), достаточно часты гиперметропия (дальнозоркость) и астигматизм.

Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями зрения

Слепота и слабовидение представляют собой категорию психофизических нарушений, проявляющихся в ограничении зрительного восприятия или его отсутствии, что влияет на весь процесс формирования и развития личности. У лиц с нарушениями зрения возникают специфические особенности деятельности, общения и психофизического развития.

При врожденном нарушении зрения у ребенка не формируются зрительные представления об окружающем мире. При этом возникают затруднения в формировании вертикального положения тела, прямохождения, страх пространства и новых предметов. Это вызывает задержку развития пространственной ориентации и предметной деятельности.

Развитие высших форм познавательных процессов (внимания, логического мышления и речи, памяти) у слепорожденных детей протекает практически нормально. Вместе с тем, нарушение взаимодействия сенсорных и интеллектуальных функций проявляется в некотором своеобразии их мыслительной деятельности. Так, слепые дети легче усваивают отвлеченные понятия, нежели слова с конкретным значением, у них с большим трудом формируется правильное соотношение между накопленными словесными (отвлеченными) знаниями и конкретными представлениями.

Потеря зрения оказывает влияние на развитие эмоционально-волевой сферы и характера. Трудности в учении, игре, овладении профессией, бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции. В одних случаях своеобразие характера и поведения проявляется в неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции, в других - в раздражении, возбудимости и даже агрессивности.

Одновременно с вторичными отрицательными симптомами возникают и компенсаторные симптомы, развивающиеся в результате приспособления аномального ребенка к требованиям среды. Так, у слепых развивается «шестое чувство» - способность определять приближающиеся предметы даже при полном отсутствии зрения. Известна и повышенная способность слепых при помощи осязания различать размеры, форму предмета. Также обостряется слух, позволяющий ориентироваться в пространстве.

Применение системы условных обозначений позволяет обучать слепых чтению и письму по рельефной системе Брайля. Она включает в себя рельефно-точечный шрифт, каждая буква которого состоит из выпуклых точек. Различные комбинации этих точек дают возможность получить определенное количество знаков для обозначения всех букв алфавита и цифр.

Ослепших детей отличает от слепорожденных время потери зрения (дошкольный или школьный возраст), при этом большое значение для их развития имеет сохранность ранее сформированных зрительных представлений. Чем позже ребенок потерял зрение и чем больше следов прежних зрительных представлений сохранилось в его памяти, тем легче воссоздается образ предмета или явления на основе словесных описаний.

У *слабовидящих* детей в результате замедленного и затрудненного зрительного восприятия отмечается ограниченный запас представлений, их искажение, нечеткость и нестойкость; затруднена пространственная ориентировка.

В помощь слабовидящим предоставляются специальные оптические средства коррекции зрения (очки, контактные линзы, лупы), создается повышенная освещенность в учебных помещениях, применяются учебники с крупным шрифтом.

Многими исследованиями показано, что нарушение зрения в целом не тормозит психическое развитие ребенка, если у него нет исходной нервно-психической патологии и он оказывается в благоприятных условиях обучения и воспитания.

Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушением зрения

В последние годы наряду с ранней диагностикой слепоты и слабовидения особое внимание уделяется системе мероприятий по их предупреждению. Доказано, что чем раньше осуществляется надлежащее медицинское вмешательство и специальное коррекционно-воспитательное воздействие, тем оно эффективнее.

Для детей с нарушением зрения открыты дифференцированные дошкольные учреждения и дошкольные группы при детских садах и школах-интернатах:

- детские сады, ясли-сады и дошкольные группы для слепых детей;
- детские сады, ясли-сады и дошкольные группы для слабовидящих детей;

-детские сады, ясли-сады и дошкольные группы для детей с косоглазием и амблиопией.

В настоящее время существует сеть специальных дошкольных учреждений смешанного вида, куда поступают в основном дети с косоглазием и амблиопией, некоторое количество слабовидящих и незначительное количество слепых детей.

Целью данных учреждений является обеспечение лечения, возможного восстановления зрения и предупреждение ухудшения его состояния, а также создание коррекционно-компенсаторных условий в процессе обучения и воспитания с целью всестороннего развития, коррекции и компенсации имеющихся у детей с нарушением зрения недостатков, обусловленных степенью и характером зрительного дефекта.

Дошкольные учреждения для детей с нарушением зрения работают *по специальной программе*, построенной с учетом своеобразия развития детей и особенностей формирования их познавательной деятельности, двигательной сферы и качеств личности.

Содержание обучения и воспитания детей с нарушением зрения направлено на решение общих и специальных задач формирования знаний, навыков и умений, обеспечивающих слепым, слабовидящим и детям с косоглазием и амблиопией успешное поступление в школу. Специальные программы разработаны на основе программы воспитания в общеобразовательном детском саду. Наряду с этим введены специальные разделы по развитию зрительного восприятия и формированию предметных представлений, социальной адаптации и ориентировке в пространстве, развитию осязания, слухового восприятия, лечебной физкультуре, ритмике, коррекции нарушений речи.

Методы обучения в дошкольных учреждениях строятся на основе общедидактических принципов обучения и с учетом особенностей развития детей с нарушением зрения, способов их восприятия (зрительного или осязательного), познавательной деятельности и компенсаторных возможностей.

Применение специальных *методов и приемов* направлено на коррекцию зрительного восприятия, предметных представлений, ориентировки в пространстве, преодоление недостатков речевого развития, предметно-практической деятельности и т.д. Важное место в обучении занимает наглядность, которая адаптируется к условиям восприятия (зрительного или осязательного), широко используются оптические средства коррекции зрительного восприятия наглядно-иллюстративного материала. Для зрительного восприятия благоприятны такие условия: достаточная

освещенность помещения, удобное размещение детей за столами, расположение наглядного материала на уровне глаз детей и на доступном расстоянии, соответствующая длительность зрительных нагрузок, организация во время занятий разнообразных коррекционных упражнений для зрения.

В результате комплексного подхода к обучению и воспитанию детей формируется деятельность ребенка и его взаимодействие с окружающей действительностью и людьми.

Важное место в педагогическом процессе занимает работа по преемственности и взаимосвязи коррекционно-воспитательной и лечебно-восстановительной работы, по развитию и активизации зрения, его охране, а также укреплению общего состояния здоровья.

Коррекционная работа выступает как регулирующая и активизирующая все психические процессы ребенка с нарушением зрения. Она строится как многоуровневая система целостного, комплексного, дифференцированного, регулируемого процесса психофизического развития и восстановления зрения детей на основе стимуляции всех потенциальных возможностей. Под влиянием коррекционного воздействия происходит нормализация развития ребенка с нарушением зрения и восстановление его связей с окружающей действительностью.

Коррекционно-педагогическая работа осуществляется в двух направлениях:

- специальные коррекционные занятия по развитию зрительного восприятия, лечебной физкультуре, ритмике, социальной адаптации и пространственной ориентировке, коррекции речевых нарушений;

- организация коррекционных упражнений на различных занятиях (по математике, рисованию, развитию речи, физической культуре, ручному труду и др.), в играх, бытовой деятельности.

Во всех видах коррекционной работы предусматривается взаимосвязь с лечебной и общеобразовательной работой.

Консультативные группы для детей с нарушениями зрения

Консультативные группы для детей с нарушением зрения, не посещающих дошкольные учреждения, возникли как необходимость оказания помощи семье в воспитании слепых и слабовидящих детей. Данные группы создаются как при государственных, так и при общественных, частных и других дошкольных учреждениях.

Комплектование групп осуществляется психолого-медико-педагогическими комиссиями. В группы зачисляются дети с момента

выявления первичного дефекта (нарушения зрения). Работа с детьми осуществляется как на базе дошкольного учреждения, так и в условиях семьи.

Основными задачами консультативных групп является:

- выявление детей с нарушением зрения, не посещающих дошкольные учреждения и нуждающихся в комплексной медико-психолого-педагогической помощи;
- консультирование родителей в связи со своеобразием, особенностями психофизического развития ребенка и разработка совместно с родителями программы его обучения и воспитания;
- обучение родителей методам, средствам и приемам воспитания и обучения детей с нарушением зрения в условиях семьи;
- проведение коррекционных занятий тифлопедагогом в присутствии родителей и с их помощью в дошкольном учреждении и домашних условиях;
- изучение успешности в развитии и продвижении ребенка в процессе обучения и воспитания и составление в процессе обследования индивидуальных карт динамики психофизического развития ребенка.

Таким образом, на современном этапе дошкольной дефектологии осуществляется всестороннее изучение особенностей развития детей с нарушениями зрения, происходит поиск и реализация наиболее оптимальных путей и средств коррекции имеющихся недостатков, развития потенциальных возможностей и подготовки таких детей к успешному обучению в школе.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Какие факторы обуславливают возникновение нарушений зрения в детском возрасте?
2. Охарактеризуйте виды нарушений зрения.
3. Назовите основные принципы коррекционной работы с детьми с нарушениями зрения.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Опорно-двигательный аппарат - костно-мышечная система, единый комплекс, состоящий из костей, суставов, связок, мышц, их нервных образований, обеспечивающий опору тела и передвижение человека или

животного в пространстве, а также движения отдельных частей тела и органов (головы, конечностей и др.).

Понятие «нарушение функций опорно-двигательного аппарата» носит собирательный характер и включает в себя двигательные расстройства, различные по происхождению и проявлениям. К этой категории относятся дети с детскими церебральными параличами, с последствиями полиомиелита, с прогрессирующими нервно-мышечными заболеваниями (миопатия, рассеянный склероз и др.), с врожденным или приобретенным недоразвитием или деформацией опорно-двигательного аппарата (врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость, артрогрипоз и др.).

Самым распространенным заболеванием в области нарушений функций опорно-двигательного аппарата считается детский церебральный паралич (ДЦП). Им страдают около 90% всех детей с нарушениями двигательной сферы.

Детский церебральный паралич - собирательный термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям и/или аномалиям головного мозга.

Причинами ДЦП в период внутриутробного развития ребенка (пренатальный период) могут быть: инфекционные заболевания матери во время беременности; интоксикации; ушибы и травмы; несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности; внутриутробная гипоксия или асфиксия плода и др.

Причинами ДЦП в период родов являются в основном родовые травмы, в том числе и акушерские. В таких случаях непосредственными причинами ДЦП являются кровоизлияния в мозг, асфиксия новорожденного и др.

Причинами ДЦП в период первого года жизни (ранний постнатальный период) могут быть нейроинфекции; травмы и др.

Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается сочетанию поражений мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Среди предрасполагающих факторов наиболее часто называют недоношенность и переносимость, эндокринные и сердечно-сосудистые заболевания матери. При ДЦП в первую очередь поражаются двигательные зоны головного мозга, а также происходит задержка и нарушение его созревания в целом.

Нарушения при детском церебральном параличе характеризуются сочетанием *триады расстройств*: двигательных, психических и речевых.

Ведущими в клинической картине детских церебральных параличей являются двигательные нарушения. Структуру *двигательного дефекта* составляют параличи и парезы, нарушение мышечного тонуса, наличие

патологических рефлексов, синкинезии, нарушение равновесия и координации движений, нарушение ощущения движений (кинестезии), насильственные движения (гиперкинезы, тремор).

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности: от легкой до тяжелой.

Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и *психических нарушений* у детей с ДЦП. Так, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП - с тяжелым недоразвитием психических функций. Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Важную роль в генезе психических нарушений помимо органических повреждений мозга играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Третья группа нарушений при ДЦП - это *речевые расстройства*. Основная масса детей с ДЦП страдают разнообразными формами дизартрии (нарушениями звукопроизношения, обусловленными органической недостаточностью иннервации речевого аппарата), у части детей речевые расстройства выражены алалией (отсутствием или системным недоразвитием речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга). Практически все дети страдают дислексией (нарушением чтения) и дисграфией (нарушением письма).

Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей, страдающих церебральными параличами, чрезвычайно разнообразна. В связи с этим в специальной литературе представлены разные варианты **классификации** этого нарушения. В зависимости от локализации нарушения различают 4 вида церебрального паралича:

- тетраплегия - общее поражение всех четырех конечностей;
- диплегия (параплегия) - поражение либо верхних, либо нижних конечностей;
 - гемиплегия - поражение либо правой, либо левой половины тела;
 - моноплегия - редко встречающееся поражение одной конечности.

Наиболее распространенной в нашей стране является классификация К.А. Семеновой (1974), которая учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания: двигательные, речевые и психические, а также дает возможность прогнозировать течение заболевания. Согласно этой классификации выделяют следующие формы ДЦП.

1. Спастическая диплегия.
2. Двойная гемиплегия.
3. Гиперкинетическая форма.
4. Атонически-астатическая форма.
5. Гемипаретическая форма.

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

Двойная гемиплегия характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, причем в руках больше, чем в ногах. Дети не сидят и не ходят. Двойная гемиплегия - наиболее тяжелая форма детского паралича и диагностируется уже в период новорожденности. Интеллектуальное развитие таких детей на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности и даже идиотии.

Атонически-астатическая форма характеризуется парезами, выраженной мышечной недостаточностью, мозжечковыми расстройствами. Дети долго не могут держать голову, сидеть, стоять, ходить. Только при систематическом лечении к 3-5 годам дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

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

Гемипаретическая форма - парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности. У 25-35% детей наблюдается олигофрения.

Смешанная форма ДЦП - наиболее часто встречающаяся форма ДЦП, при которой сочетаются все перечисленные выше формы.

Наряду с лечебной помощью дети с ДЦП нуждаются в социальной, в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Отечественные ученые Л. А. Данилова, М. В. Ипполитова, Е. М. Мастюкова, Е. Ф. Архипова и др. обосновали необходимость специального обучения и воспитания детей

с церебральным параличом, начиная с первых месяцев жизни. Они раскрыли задачи, содержание и методы коррекционной работы в младенческом, раннем и дошкольном возрасте и доказали ее высокую эффективность при условии раннего начала и адекватности коррекционного воздействия.

Коррекционная работа при ДЦП

Основной ***целью коррекционной работы*** при ДЦП является оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи; обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Важное условие комплексного воздействия - согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя.

В нашей стране создана сеть специализированных учреждений Министерства здравоохранения, образования и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и различные реабилитационные центры. В этих учреждениях в течение длительного времени осуществляется не только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи.

Амбулаторное лечение проводится на базе детской поликлиники врачами (невропатологом, педиатром, ортопедом), которые руководят лечением ребенка дома.

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в ***специализированных дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ)***. Специальное ДОУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата - это учреждение, где проводится обучение, воспитание, психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии, подготовка к школе и лечение данной категории дошкольников. Лечебно-педагогический процесс построен с учетом специфики заболевания детей и связанных с ним особенностей. Основной ***целью*** коррекционного обучения и воспитания детей с церебральным параличом в специальном ДОУ является всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями и максимальная адаптация к окружающей действительности с тем, чтобы создать базу для дальнейшего школьного обучения. Эта цель может быть достигнута при решении следующих задач:

- 1) дифференциальная диагностика;

2) развитие двигательных, психических, речевых функций ребенка, профилактика и коррекция их нарушений;

3) подготовка к обучению в школе.

Необходимым условием реализации этих задач является *комплексный подход* к диагностике, развитию и коррекции нарушенных функций, который обеспечивается тесной взаимосвязью психолого-педагогических и лечебных мероприятий. Осуществление общеразвивающих задач неразрывно связано с решением коррекционных задач.

В специальных ДОУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата создаются специальные условия для пребывания детей с двигательной патологией - необходимое оборудование для передвижения и занятий, организуется восстановительное лечение. В них работают специалисты медико-педагогического блока: дефектологи, логопеды, воспитатели, психологи, инструкторы ЛФК, невропатологи. Каждый специалист не только выполняет свой раздел работы, но и поддерживает тесную связь с коллегами, включает в свои задания материал, рекомендуемый другими специалистами для закрепления их работы.

Развитие познавательной деятельности детей осуществляет учитель-дефектолог.

Воспитатель формирует навыки самообслуживания в процессе выполнения режимных моментов, организует деятельность детей вне занятий, прогулки. При этом дефектологи и воспитатели распределяют между собой обязанности по проведению следующих коррекционных занятий:

- ✓ изобразительная деятельность и конструирование,
- ✓ развитие предметной и игровой деятельности,
- ✓ развитие речи и ознакомление с окружающим,
- ✓ трудовое воспитание,
- ✓ формирование элементарных математических представлений.

Развитие речи и коррекцию дизартрических расстройств осуществляет логопед.

Методист ЛФК проводит специальные занятия по физическому воспитанию, а также отвечает за организацию и соблюдение ортопедического режима.

Психолог корригирует нарушения личностного развития, работая непосредственно с детьми и их окружением: семьей и персоналом детского сада.

В связи с тем, что контингент детей с двигательными нарушениями неоднороден, при подготовке детей к школе, школьному и трудовому

обучению следует сочетать индивидуальные, подгрупповые и фронтальные формы работы (дефектолога, логопеда, методиста ЛФК), в рамках которых необходим гибкий подход к оценке усвоения материала разными детьми.

*Коррекционно-педагогическая работа с детьми, страдающими церебральным параличом, опирается на следующие **принципы**:*

1. *Комплексный характер* коррекционно-педагогической работы. Предусматривает учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция (развитие) всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

2. *Раннее начало* коррекционного воздействия. Раннее выявление патологии развития и своевременное коррекционно-педагогическое воздействие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые нарушения у детей с церебральным параличом в старшем возрасте.

3. *Организация работы в рамках ведущей деятельности.* При коррекционно-педагогических мероприятиях стимулируется основной для данного возраста вид деятельности: младенческий возраст (0-1 год) – эмоциональное общение со взрослым; ранний возраст (1-3 года) – предметная деятельность; дошкольный возраст (3—7 лет) – игровая деятельность.

4. *Гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-педагогической работы.*

5. *Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка.* Для создания благоприятных условий воспитания в семье необходимо знать особенности развития ребенка в условиях патологии, его возможности и перспективы развития, соблюдать правильный распорядок дня, организовать целенаправленные коррекционные занятия.

Итак, на современном этапе функционируют различные учреждения, обеспечивающие диагностику, коррекцию и развитие детей с ДЦП дошкольного возраста.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Каковы этиологические факторы возникновения ДЦП?
2. Охарактеризуйте триаду расстройств (двигательных, психических, речевых), составляющих структуру дефекта при ДЦП.
3. В чем состоит специфика коррекционной работы с дошкольниками с ДЦП?

4. Раскройте основные принципы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Речь - это процесс общения людей посредством языка. Условиями нормального речевого развития ребенка являются его психическое и соматическое здоровье, сохраненные умственные способности, слух и зрение, достаточная психическая активность, потребность в речевом общении, полноценное речевое окружение. Все психические процессы у ребенка: восприятие, память, внимание, воображение, мышление, целенаправленное поведение, - формируются и развиваются с прямым участием речи.

Нарушения речи - собирательный термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека. Нарушения речи многообразны, они проявляются в нарушении произношения, грамматического строя речи, бедности словарного запаса, а также в нарушении темпа и плавности речи.

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

Особенности нарушений речи и возможности их коррекции и профилактики изучает отрасль дефектологии - *логопедия*.

Причинами нарушений речи в детском возрасте могут стать генетическая предрасположенность; осложнения беременности и родов (инфекции и интоксикации матери во время беременности, токсикозы, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, родовая травма, асфиксия и др.); черепно-мозговые травмы в постнатальном периоде жизни; опухоли гортани и др.

Социально-психологические факторы риска возникновения речевой патологии связаны главным образом с психической депривацией детей. Отрицательное воздействие на речевое развитие могут оказывать необходимость усвоения ребенком младшего дошкольного возраста одновременно двух языковых систем, излишняя стимуляция речевого развития ребенка, педагогическая запущенность, т. е. отсутствие должного внимания к развитию речи ребенка, дефекты речи окружающих. В результате действия этих причин у ребенка могут наблюдаться нарушения развития различных сторон речи.

В современной логопедии используют две основные классификации нарушений речи: *клинико-педагогическую* и *психолого-педагогическую*.

С *клинико-педагогической* точки зрения выделяются 11 форм речевой патологии: 9 - устной речи и 2 - письменной.

К нарушениям устной речи относятся:

А) Расстройства фонационного оформления речи:

-*дисфония(афония)* - нарушение голоса или отсутствие голоса;

-*брадилалия*- патологически замедленный темп речи;

-*тахилалия*- патологически убыстренный темп речи;

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

-*дислалия*- нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата;

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

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

Б) Нарушение структурно-семантического оформления высказывания:

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

-*афазия* - полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Нарушения письменной речи представлены:

-*дислексией (алексией)* - частичное (полное) нарушение процессов чтения;

-*дисграфией (аграфией)* - частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.

Положительным в клинико-педагогической классификации является то, что она строится на признаках, максимально дифференцирующих виды речевых нарушений, позволяющих логопеду на основании комплексного подхода квалифицировать дефект речи при разных формах аномального развития и осуществлять логопедическое воздействие с максимальным учетом индивидуальных особенностей ребенка.

Психолого-педагогическая классификация возникла в связи с необходимостью логопедического воздействия в условиях работы с коллективом детей (группой, классом). Для этого нужно было найти общие проявления речевого дефекта при разных формах аномального развития речи у детей. Такой подход требует построения классификации на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых учитываются

структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной).

Психолого-педагогическая классификация речевых расстройств предполагает выделение двух групп нарушений:

–*нарушения средств общения,*

–*нарушения в применении средств общения.*

К первой группе относятся фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи, ко второй - заикание.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи - нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Общее недоразвитие речи - различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне. В качестве общих признаков отмечаются: позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизмы, дефекты произношения, дефекты фонемообразования. Это недоразвитие может быть выражено в разной степени от отсутствия речи или лепетного ее состояния (алалия) до развернутой, но с элементами фонематического и лексико-грамматического недоразвития.

Заикание рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения. Возможен и комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с общим недоразвитием речи.

В психолого-педагогической классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их системные, отсроченные последствия.

Глубокие нарушения различных сторон речи, ограничивающие возможности пользования языковыми средствами общения и обобщения, вызывают специфические отклонения со стороны других высших психических функций - внимания, памяти, воображения, вербально-логического мышления, эмоционально-волевой и личностной сферы и др., которые часто осложняют картину речевого нарушения ребенка.

Большое значение имеет *ранняя диагностика* различных аномалий развития речи. Если речевые дефекты выявляются только при поступлении ребенка в школу или же в младших классах, их трудно компенсировать, что отрицательно сказывается на обучении и адаптации. Если же отклонения

обнаруживают у ребенка в ясельном или дошкольном возрасте, ранняя медицинская и педагогическая коррекция значительно повышают вероятность полноценного обучения ребенка в школе.

Система логопедической помощи детям с нарушениями речи

В **системе здравоохранения** для детей с нарушениями речи предусмотрены следующие структуры: логопедические кабинеты при детских поликлиниках, «речевые» стационары и полустационары при детских больницах, диспансерах, специализированных центрах медицинских институтов и т. п., детские санатории.

Логопедическая помощь детям дошкольного и школьного возраста в **системе образования** осуществляется в следующих типах учреждений:

- ясли-сад для детей с нарушениями речи,
- логопедический детский сад,
- группы для детей с нарушениями речи при детских садах общего типа,
- школа для детей с нарушениями речи (1-е (для детей с ОНР, обусловленным алалией, дизартрией, ринолалией, афазией) и 2-е отделения (для детей с тяжелой формой заикания)).
- логопедические пункты при общеобразовательных школах,
- группы для детей с нарушениями речи при детских домах общего типа.

В **логопедическом дошкольном образовательном учреждении** осуществляется дифференцированное обучение и воспитание детей с различными формами речевого нарушения, имеющих сохранный слух и интеллект с учетом их возраста.

Функционируют следующие группы:

- для детей с общим недоразвитием речи,
- для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием,
- для заикающихся детей,
- для детей с нарушениями произношения отдельных звуков.

При этом дети с ринолалией и дизартрией могут составить отдельные группы при наличии достаточного контингента или зачисляются в I или II группу в зависимости от их речевого развития.

Дети с заиканием зачисляются в группы с 2 лет, как правило, с момента появления дефекта, сроком на один год. Дети с ОНР принимаются сроком на 2-3 года (в зависимости от возраста и уровня речевого развития) в возрасте 3 - 5 лет. Дети с ФФН принимаются на один год обучения с 5 лет, так как к этому возрасту в норме заканчивается формирование звуковой системы речи и фонематического слуха. Дети с нарушением произношения звуков

(наличии 4-5 дефектных звука) зачисляются на полгода с целью их постановки и автоматизации.

Содержание обучения и воспитания детей с нарушениями речи определяется специальными программами, разработанными для детей с заиканием (С.А. Миронова), детей с ФФН и ОНР (Г. В. Чиркина, Т. Б. Филичева). В программах предусмотрено всестороннее развитие детей, которое обеспечивается следующими разделами: «Игра», «Труд», «Физическое и музыкальное воспитание», «Развитие элементарных математических представлений», «Ознакомление с окружающим миром», «Изобразительная деятельность и конструирование», «Развитие речи».

Раздел «Развитие речи» является специальным, в нем отражается содержание коррекционно-предупредительной работы, направленной на устранение речевой недостаточности и вторичных проявлений дефекта. Задачи, содержание и методика этого раздела работы определяются в зависимости от специфики нарушения.

Так как в структуре многих речевых нарушений, как правило, выделяются два типа недостаточности - собственно нарушение речи (различных ее компонентов) и обусловленное им недоразвитие неречевых процессов обеспечивающих речевую деятельность, реабилитационная программа предусматривает два направления работы:

-формирование речевых компонентов (произношение, фонематическое восприятие, темпо-ритмическая организация речи и т. д.),

-развитие познавательных способностей, внимания, памяти, речевого поведения и др.

Конечной целью реабилитации ребенка с речевым нарушением средствами образования является полноценная подготовка к обучению в массовой школе. Опыт многолетней работы специальных ДОО доказал их высокую эффективность. Около 80% выпускников детских дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи продолжают обучение в массовых школах, около 20% - в специальных школах для детей с нарушениями речи.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Охарактеризуйте понятие речевого нарушения.
2. Назовите виды речевых нарушений, используя клинико-психологическую классификацию.
3. Какие виды нарушений речи выделяются в психолого-педагогической классификации?

4. Охарактеризуйте систему дошкольной логопедической помощи детям с нарушениями речи.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Среди детей с нарушениями развития выделяются дети, у которых на первый план выступают расстройства эмоционально-волевой сферы, основную массу которых составляют дети с синдромом раннего детского аутизма (РДА). Частота раннего детского аутизма составляет 1-15 случаев на 10000 детей. Формируется этот синдром в своем полном виде к 2,5 - 3-летнему возрасту.

Традиционно, вслед за Л. Каннером, описавшим клинический синдром раннего детского аутизма в 1943 г., его характерные черты определяются следующим образом:

1. *Аутизм*, т.е. предельное «экстремальное» одиночество ребенка, снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию. Характерны трудности установления зрительного контакта, взаимодействия взглядом, мимикой, жестом, интонацией.

2. *Стереотипность в поведении*, связанная со стремлением сохранить постоянные, привычные условия жизнедеятельности. Наблюдается также поглощенность однообразными действиями: раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки; пристрастие к разнообразному манипулированию одним и тем же предметом: трясение, постукивание, верчение; захваченность одной темой разговора, рисования и т.д.

3. *Специфические нарушения речевого развития* (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица и др.), сутью которых является нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации.

В настоящее время клинико-психологическая картина синдрома РДА характеризуется большинством авторов как полиморфная и противоречивая. В отечественной специальной психологии признается, что основными признаками РДА являются (И.И. Мамайчук):

- недостаточное или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими;
- отгороженность от внешнего мира;

- слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним (аффективная блокада);
- неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы (обращение с живыми людьми как с неодушевленными объектами);
- недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители;
- приверженность к сохранению неизменности окружающего (феномен тождества по L.Kanner);
- неофобии (боязнь всего нового);
- однообразное поведение со склонностью к стереотипным, примитивным движениям (вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцев, сгибание и разгибание плеч и предплечий, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках и пр.);
- своеобразные речевые нарушения (мутизм, повышенный интерес к отдельным словам, фразам и т.д.).

К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма: классическом аутизме Каннера и варианте аутизма, в который входят аутистические состояния разного генеза, в том числе синдром Аспергера.

Вариант раннего детского аутизма Каннера, как правило, рано выявляется специалистами - в первые месяцы жизни или на протяжении первого года ребенка. При синдроме Каннера имеет место познавательный дефект и более тяжелый социальный прогноз. Зрительный контакт ребенок избегает. Ребенок начинает ходить раньше, чем говорить; чаще всего, речь не несет коммуникативной функции.

Вариант Аспергера обычно более легкий, при нем не страдает «ядро личности». Этот вариант многие авторы относят к аутистической психопатии. Особенности развития и странности поведения начинают проявляться на 2-3 году жизни ребёнка. Более четко эти особенности вырисовываются к младшему школьному возрасту. При синдроме Аспергера речь появляется раньше ходьбы. Интеллект более сохранен, социальный прогноз значительно лучше и ребёнок использует речь как средство общения. Зрительный контакт также лучше при синдроме Аспергера, хотя ребёнок и избегает чужого взгляда. Общие и специальные способности также лучше при этом синдроме.

О.С. Никольской (1985 г.) предложена психологическая классификация раннего детского аутизма, согласно которой различают четыре группы детей с РДА, представляющие собой разные ступени взаимодействия с окружающей средой и людьми.

1. Полная отрешенность от происходящего.

2. Активное отвержение.
3. Замещение окружающей среды.
4. Трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми.

Дети *первой группы* характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией, их поведение носит полевой характер, они мутичны, не владеют не только формами контакта, но и не имеют потребности в нем. Даже близким невозможно добиться от ребенка ответной улыбки, поймать его взгляд, получить ответную реакцию на зов. Главное для такого ребенка - не иметь никаких точек соприкосновения с окружающим миром. У них наблюдается почти полное отсутствие навыков самообслуживания. Эта группа детей имеет наихудший прогноз развития и нуждается в постоянном уходе.

Дети *второй группы* более активны и чуть менее ранимы в контактах со средой, и сам аутизм их более «активен». Он проявляется не как отрешенность, а как повышенная избирательность в контактах с миром. Родители обычно указывают на задержку психического развития таких детей, прежде всего - речи; отмечают повышенную избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы в различных аспектах жизнедеятельности, невыполнение которых провоцирует бурные аффективные реакции. По сравнению с детьми других групп они в наибольшей степени отягощены страхами, обнаруживают массу речевых и двигательных стереотипий. У них возможно неожиданное бурное проявление агрессии и самоагрессии. Однако, несмотря на тяжесть различных проявлений, прогноз у этой группы лучше, чем у предыдущей. Эти дети гораздо более приспособлены к жизни, при адекватной длительной коррекции они могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения.

Дети *третьей группы* характеризуются большей произвольностью в поведении. В отличие от детей первой и второй группы, они имеют более сложные формы аффективной защиты, что проявляется в формировании патологических влечений, в компенсаторных фантазиях. Родители, как правило, жалуются не на отставание в психическом развитии, а на повышенную конфликтность детей, отсутствие учета интересов другого. У детей этой группы более высокий уровень развития речи. Годами ребенок может говорить на одну и ту же тему, рисовать или разыгрывать один и тот же сюжет. Часто тематика его интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический, агрессивный характер. Эти дети при адекватной коррекции могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе.

У детей *четвертой группы* аутизм проявляется в наиболее легком варианте. На первый план выступает повышенная ранимость таких детей, тормозимость в контактах (взаимодействие прекращается при ощущении ребенком малейшего препятствия или противодействия). Такой ребенок слишком сильно зависит от эмоциональной поддержки взрослых. Наблюдается развернутая, менее штампованная речь, сформированы навыки самообслуживания. При адекватной психологической коррекции дети этой группы могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

При успешной коррекционной работе ребенок поднимается по этим своего рода ступеням социализированного взаимодействия, переходя из одной группы аутизма в другую. Точно так же при ухудшении или несоответствии образовательных условий состоянию ребенка будет происходить переход к более несоциализированным формам жизнедеятельности.

Организация коррекционной помощи ребенку с РДА

Вне зависимости от того, как рано родители обнаружили трудности взаимодействия с ребенком и особенности его развития, весь комплекс их жалоб и, соответственно, проблем воспитания можно разделить условно на две категории:

1. Становящиеся с возрастом все более очевидными трудности организации ребенка, обусловленные его быстрой истощаемостью; проблемы привлечения внимания, отсутствие постоянной реакции на обращение; особенности речевого и моторного развития; невыраженность подражания.

2. Поведенческие трудности, нарастающие к моменту оформления синдрома, - страхи, агрессия и самоагрессия, негативизм, влечения, нарушение чувства самосохранения, отсутствие или слабость эмоциональной привязанности, все большая выраженность стереотипности поведения.

Учитывая закономерности аутистического дизонтогенеза, важно соблюдать следующие ***правила организации коррекционной работы*** с ребенком.

1. Коррекционный подход должен быть ориентирован на объединение двух линий развития ребенка: аутостимуляции и взаимодействия со взрослым. Поскольку линия механической аутостимуляции ребенка является более сильной (ребенок может часами раскачиваться на стуле, потряхивать руками, скрипеть дверцами шкафа и т.п.), взрослому человеку необходимо подключаться к ней, становиться ее неотъемлемой частью и постепенно, уже изнутри наполнять ее новым содержанием эмоционального общения.

2. Необходимо учитывать выраженную эмоциональную незрелость аутичного ребенка. Он легко пресыщается даже приятными впечатлениями, часто не может подождать обещанного, ему нельзя предлагать ситуацию выбора, в которой он

беспомощен и т.д.

3. Важно не допускать превышения доступного ребенку уровня взаимодействия с окружающим. Превышение такого уровня вызывает у него уход от возможного контакта, появление нежелательных протестных реакций (негативизма, агрессии или самоагрессии) и фиксацию негативного опыта общения. Определить допустимый уровень взаимодействия ребенка с окружающей действительностью можно, ориентируясь на такие параметры, как приемлемая для него дистанция общения, любимые занятия ребенка; наличие стереотипов бытовых навыков и их развернутость, цели и характер использования речи, особенности поведения в ситуациях дискомфорта, страха, радости и т.д.

4. Необходимо учитывать, что основная нагрузка, как физическая, так и психическая, при воспитании ребенка ложится на его мать. В связи с этим, нужна регулярная помощь специалистов, которые могли бы квалифицированно оценить состояние ребенка, динамику его развития, подсказать матери конкретные коррекционные приемы в работе с ним, наметить следующие закономерные этапы коррекции. Однако механизм привязанности должен быть сформирован именно к матери, именно она должна научиться самостоятельно управлять поведением малыша, справляться с его состояниями повышенной тревожности и агрессивности.

Приемы коррекционной помощи аутичному ребенку

Основным приемом коррекционного воспитания ребенка с выраженными трудностями аффективного развития является создание для него адекватно организованной среды, что предполагает учет следующих моментов.

1. *Создание и поддержание особого аффективного режима воспитания ребенка.*

Речь идет не только о регулярности режимных моментов каждого дня, но и об их проговаривании, комментировании всех деталей, объяснение ребенку эмоционального смысла каждой из них, их связи. Многократное ежедневное повторение обязательных событий дня, их предсказуемость настраивает малыша на предстоящие события, на последовательность занятий и облегчает в значительной степени возможности его переключения.

2. *Сенсорная организация пространства.*

Аутичный ребенок чрезвычайно зависим от окружающего сенсорного поля. С одной стороны, это создает значительные трудности в его произвольной организации: случайные впечатления отвлекают его, он может слишком сильно погружаться в избирательные ощущения или уходить от взаимодействия, если присутствует в поле негативный раздражитель. С другой стороны, продуманная организация сенсорной среды позволяет избежать впечатлений, разрушающих взаимодействие ребенка с окружением, и наполнить ее стимулами, побуждающими

к определенным действиям и задающими им нужную последовательность. Например, постеленная в коридоре дорожка заставляет ребенка бежать по ней в нужном направлении, вовремя открытая дверь организует выход ребенка, ритмический узор цветного орнамента позволит длительнее фиксировать внимание на картинке в книге.

3. Подключение к активности ребенка.

В момент подъема тонуса аутичного ребенка его аффективное заражение от взрослого проходит значительно легче, он получает положительный опыт взаимодействия с другим человеком. Продуктивным оказывается подключение к аутоstimуляции ребенка. К торможению, кружению (т. е. тому набору сенсорной, вестибулярной стимуляции, которым ребенок вполне удовлетворяется сам) необходимо дозированно добавлять более адекватные неформальному контакту способы тактильного взаимодействия: поглаживание, прижимание к себе, объятие и т. д.

В случае раннего детского аутизма большое значение имеет **стимулирование речевого развития ребенка**. При этом важно использовать имеющиеся вокализации ребенка. Если взрослый повторяет вслед за ребенком его звуки, он начинает их произносить чаще. Со звуками можно играть, провоцируя у малыша элементы подражания.

Следующий шаг - внесение звуков, произносимых ребенком в смысловой контекст происходящего в настоящий момент. Для этого, когда малыш произносит свой стереотипный звук или слог, взрослый должен дополнить его до подходящего по ситуации слова (например, *би* - может быть *обидели*, или *бегу*, или *лю-би-мый*).

Когда ребенок находится в состоянии эмоционального подъема, взрослому следует произносить за него реплики, которые подходят к ситуации по смыслу, даже если он молчит. Например, если ему очень чего-то хочется и понятно чего, и он тянет ручку в нужном направлении, надо сказать за него: «Дай мне»; если он бежит к маме с каким-то предметом или игрушкой в руках: «Мама, смотри» и т.д.

Существенные трудности представляют собой **поведенческие проблемы** аутичного ребенка. Неправильная реакция близких, которые пытаются устранить нежелательный способ поведения малыша, часто лишь его усиливает и закрепляет или приводит к появлению новых «странностей» у ребенка.

Проблема формирования привязанности может обнаруживаться в двух своих крайностях, встречающихся при разных вариантах аутистического развития: как сверхпривязанность, проявляющаяся на физическом и на эмоциональном уровне, и как несформированность привязанности, ее отсутствие. Способствовать смягчению сверхпривязанности может помочь накопленный ребенком достаточный положительный опыт соучастия в различных взаимодействиях со значимым взрослым в бытовых моментах, игре и т.д.

Противоположная проблема - отсутствие привязанности или ее невыраженность. Для того чтобы привязанность появилась, должны быть ее предшественники - прежде всего, сосредоточение на лице матери, на ее голосе, ее узнавание, выделение среди других, требование ее присутствия, предпочтение ее рук. На наиболее быстрое включение в общение с близкими ориентирован метод холдинг-терапии. Однако данная процедура достаточно сложна в реализации, имеет ряд противопоказаний и требует определенной готовности как со стороны взрослого, так и ребенка.

Многочисленные *страхи и тревожность* ребенка с эмоциональными нарушениями существенно осложняют его жизнь и жизнь всей семьи. Обязательным условием смягчения уже имеющихся страхов и профилактики возникновения новых является создание и поддержка щадящего сенсорного режима жизни малыша, поднятие его эмоционального тонуса, избегание, по возможности, ситуаций провоцирующих его острые страхи и тревожность. Вместе с тем, помочь ему пережить неизбежные изменения уже устоявшегося жизненного стереотипа можно лишь их постепенным включением в общий поток проработанных и проговоренных с ребенком положительных деталей его аффективного опыта. Действенным способом такой проработки является сочинение взрослым подробных историй про малыша и их рисование.

Агрессия представляет собой одну из наиболее частых проблем поведения, у ребенка с нарушениями эмоционального развития. Причины агрессивных проявлений и формы их выражения могут быть разнообразны. Для раннего возраста особенно характерна генерализованная агрессия, возникающая на фоне возбуждения ребенка, провоцируемая слишком сильными эмоциональными переживаниями (в том числе и положительными). Другая частая причина агрессии - протестная реакция, она выполняет в этом случае функцию защиты. Аутичный ребенок протестует, прежде всего, против превышения доступного ему уровня взаимодействия с окружающими и нарушения стереотипных условий его существования.

Однако, агрессивные тенденции могут быть не только негативным проявлением, отражением дискомфорта, страха, чрезмерного возбуждения малыша, но и показателем положительной динамики его аффективного развития, повышения его психического тонуса. Например, увеличение речевой и двигательной активности ребенка, зарождение самостоятельных попыток контакта с окружающими могут сопровождаться появлением или временным усилением генерализованной агрессии.

Проблема интеграции ребенка с особенностями эмоционального развития в дошкольное учреждение

В настоящее время не существует специальных дошкольных образовательных учреждений для детей с РДА. Чаще всего они воспитываются в массовых ДООУ или с детьми с иной патологией развития.

Период адаптации к дошкольному учреждению - обычно достаточно сложный этап в жизни любого ребенка и его семьи. В тех случаях, если у ребенка существуют трудности аффективной регуляции поведения, проблем возникает значительно больше. В связи с этим возникает вопрос: можно и нужно ли отдавать такого ребенка в дошкольное заведение? Этот вопрос каждый раз в индивидуальном порядке приходится решать специалисту, рекомендуя домашний режим воспитания или попытки ранней интеграции в сад, массовый или специальный.

Для решения проблемы адаптации аутичного ребенка в дошкольном учреждении необходимы совместные усилия и близких ребенка, и всех тех людей, которые находятся рядом с ним в дошкольном учреждении.

Во-первых, нужно понимать, что такому ребенку привыкать к саду надо постепенно и готовить его к этому серьезному изменению привычной жизни нужно заранее. Родители, например, могут ходить с ним на прогулку к его будущему садику, смотреть, как там гуляют и играют дети, рассказывать подробно, что там будет: как будет проходить день, какая будет воспитательница, когда его будут забирать домой. Эта тема должна проговариваться, прорисовываться с малышом.

В первое время ребенка надо приводить в сад на ограниченный срок, постепенно его наращивая. Удачный первый вариант такого дозированного посещения - момент прогулки в саду. На прогулке желательно присутствовать матери ребенка. Это очень важно не только для понимания той атмосферы, куда попадет малыш, но и для дальнейшей совместной с ним переработки впечатлений дня и поведения других детей, для эмоционального осмысливания событий.

Дозированность посещения дошкольного учреждения должна соблюдаться и в дальнейшем: в целях избегания пресыщения ребенка, его усталости от постоянного пребывания в большой группе, предотвращения его возможных на этом фоне аффективных срывов. Вместе с тем, регулярность хождения и определенные режимные моменты, которые может выдержать такой малыш, должны соблюдаться и поддерживаться. Это создаст определенный привычный стереотип, который сам будет работать на организацию поведения ребенка и соблюдение деталей которого, проговоренных и эмоционально осмысленных вместе с близкими, будет давать малышу ощущение стабильности и комфорта.

От воспитателей требуется дополнительное внимание к такому ребенку: ему лишний раз, индивидуально, стоит напомнить, что сейчас предстоит делать (сесть за стол, сходить в туалет, одеваться), и, взяв за руку, отвести туда, куда нужно. Крайне важно, чтобы хватало терпения не выдергивать его из занятия, за которым

он предпочитает проводить время (например, за игрой в конструктор или складыванием пазлов), а дать ему возможность довести начатое дело до завершения. Также надо учитывать, как тяжело даются такому ребенку все бытовые навыки, и быть терпеливыми в их стимулировании и поддержке. Нужно оберегать его и в контактах с детьми: с одной стороны, заинтересовывать ими, рассказывать и объяснять, что они делают, во что играют, с другой - дать возможность побыть на дистанции, понаблюдать со стороны; в какие-то общие занятия можно дозированно включаться вместе с ним (держа его за руку или даже на руках), но не исключать его из общей жизни детского коллектива. При соблюдении осторожности, одновременно мягкости и настойчивости такой ребенок может хорошо удерживаться в режиме.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Охарактеризуйте основные симптомы раннего детского аутизма.
2. Каковы особенности развития детей с аутизмом 1-4 групп (по классификации О.С. Никольской)?
3. Какие принципы должны соблюдаться при организации коррекционной помощи аутичному ребенку раннего и дошкольного возраста?
4. В чем заключаются основные трудности интеграции ребенка с аутизмом в дошкольное учреждение.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНЫМИ ДЕФЕКТАМИ

К *сложным дефектам* детского развития относят сочетание 2-х или более психофизических нарушений у одного ребенка. К данной категории относятся дети, имеющие аномалии развития сенсорных функций (зрения, слуха) в сочетании с интеллектуальной недостаточностью (умственно отсталые незрячие или слабовидящие, умственно отсталые неслышащие или слабослышащие), а также дети, у которых сочетаются различные сенсорные нарушения (глухие слабовидящие, слепые слабослышащие, слепоглухие), или имеется сочетание нарушений опорно-двигательного аппарата с сенсорными или интеллектуальными расстройствами.

В зависимости от структуры дефекта или их сочетаний выделяют несколько соответствующих групп детей:

1. Дети с двумя выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать аномалию развития: слепоглухие дети,

умственно отсталые глухие, слабослышащие с задержкой психического развития (первичной).

2. Дети с так называемыми множественными нарушениями, когда имеется три или более нарушений (первичных), выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии ребенка: умственно отсталые слабовидящие глухие дети.

Обычно у ребенка почти сразу после рождения устанавливают одно выраженное нарушение и только со временем обнаруживают второй или даже третий сопутствующий дефект. Это объясняется тяжестью одного, установленного с рождения нарушения и трудностью диагностирования второго. Например, установив врожденную слепоту у ребенка, врожденное нарушение слуха устанавливают только со временем, по отставанию в развитии речи. Кроме того в ряде случаев второе нарушение развития присоединяется к первому с возрастом, так как оно является прогрессирующим и проявляется не сразу. Поэтому так сложна точная диагностика сложных нарушений в раннем и дошкольном возрасте.

Сложное нарушение развития может быть вызвано одной или несколькими причинами, разными или одинаковыми по происхождению. Можно рассматривать несколько вариантов *этиологии* сложного нарушения:

- один дефект имеет генетическое, а второй экзогенное происхождение (например, ребенок наследует выраженную близорукость по линии матери, а нарушение двигательной сферы приобрел в результате родовой травмы);

- оба дефекта обусловлены разными генетическими факторами, действующими независимо друг от друга (например, нарушение слуха наследуется по линии отца, а нарушение зрения по линии матери);

- каждый дефект обусловлен разными экзогенными факторами, действующими независимо (например, ребенок приобрел нарушение слуха в результате перенесенной скарлатины, а нарушение движений наступило от травмы позвоночника);

- оба нарушения представляют собой разные проявления одного и того же наследственного синдрома;

- два дефекта возникли в результате действия одного и того же экзогенного фактора.

В группе множественных нарушений у детей преобладают врожденные формы патологии, имеющие в большинстве случаев генетическое происхождение. Классический пример множественного дефекта хромосомного происхождения - синдром Дауна. Кроме умственной отсталости у детей с этим синдромом в 70 % случаев имеются нарушения слуха и в 40% - выраженный дефект зрения. Почти 30% детей с синдромом

Дауна имеют множественный сенсорный дефект (нарушение зрения и слуха) в сочетании с умственной отсталостью.

К экзогенным по происхождению заболеваниям, приводящим к сложному и множественному нарушению развития, относятся различные пренатально (внутриутробно) и постнатально перенесенные заболевания. Наиболее известными из таких внутриутробных заболеваний является краснуха, корь, туберкулез, токсоплазмоз, сифилис, цитомегаловирусная инфекция и др.

В последние годы специалисты отмечают рост числа детей с врожденными нарушениями зрения и слуха, появившихся на свет глубоко недоношенными и спасенными благодаря достижениям современной медицины.

Нужно помнить, что при экзогенно обусловленных синдромах все симптомы, как правило, могут проявляться одновременно. При наследственно обусловленных - клинические признаки нарушений разных систем могут проявляться в разное время.

Нарушения развития могут проявляться различными *сочетаниями*, существует не менее 20 видов сложного дефекта. Это могут быть сочетания сенсорных, интеллектуальных, двигательных, речевых и эмоциональных нарушений.

По времени наступления нарушений можно выделить детей с одновременно и разновременно наступившими сложными нарушениями. Этот подход к классификации сложного нарушения у детей дошкольного возраста помогает понять неоднозначность течения многих видов сложного дефекта, возможность перехода этих детей из одной категории нарушений развития в другую и т. д. Учет времени наступления нарушений особенно важен для детей с сенсорными нарушениями: для оглохших детей является очень важным степень сформированности их речи ко времени заболевания; для ослепших - запас их зрительных впечатлений, на которые можно опереться при ориентировке в окружающем.

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

Описанные выше подходы к классификации сложных нарушений у детей показывают многообразие вариантов таких нарушений в детстве.

Психическое развитие детей при двойном или тройном дефекте не является суммой особенностей психического развития при каждом нарушении, а образует новую сложную систему нарушений. Характерным для этих детей является резкое уменьшение возможности компенсации имеющихся дефектов вследствие сложных нарушений в организме,

затрагивающих различные органы и системы. Так, при глухоте восприятие ребенком окружающего мира идет через зрительные и тактильно-кинестические рецепторы, при слепоте - через слуховое и осязательное восприятие, а при слепоглухоте все эти пути компенсации практически невозможны и специалистам приходится искать и разрабатывать другие возможные пути коррекции и лечения.

Дошкольная специальная педагогика в отношении всех детей со сложными и множественными нарушениями только складывается. Наиболее изученной категорией детей со сложным нарушением являются слепоглухие дети. Только для этой категории детей со сложным нарушением созданы программы дошкольного обучения. Широко известная школа для слепоглухих детей - Детский дом для слепоглухих в г. Сергиевом Посаде Московской области имеет дошкольное отделение, в котором слепоглухие дети воспитываются иногда даже с двухлетнего возраста.

Задачи специального дошкольного воспитания ребенка со сложными и множественными нарушениями

Задачей специального дошкольного воспитания ребенка со сложными нарушениями является психолого-педагогическая поддержка семьи ребенка и выстраивание плана индивидуальных консультативных занятий с ребенком для родителей и педагогов любого ближайшего, подходящего по профилю специального дошкольного учебно-воспитательного учреждения.

Чуткость к состоянию ребенка, полисенсорная стимуляция при постоянном контроле за ее интенсивностью, стимуляция малейших проявлений самостоятельной активности ребенка являются **принципами** индивидуальных коррекционных занятий с ним.

Специалист должен не только непосредственно заниматься с ребенком, но и регулярно беседовать со всеми членами его семьи, помогать подбирать им подходящие для ребенка игрушки, консультировать по поводу обращения к другим специалистам и врачам, организовывать встречи с другими родителями и т. д.

Среди основных *направлений коррекционной работы* с детьми со сложными дефектами раннего и дошкольного возраста можно выделить следующие.

1. *Развитие эмоционального контакта ребенка со взрослым.* Полноценный телесный контакт с матерью играет важную роль в развитии любого, а в особенности - слепоглухого ребенка. Именно такой контакт создает у него чувство безопасности и защищенности.

2. *Стимуляция собственных активных движений ребенка со сложным дефектом.*

Важно, чтобы моторное развитие ребенка проходило с возможно меньшим отставанием. Здоровый ребенок очень подвижен и постоянно сам меняет положение своего тела. За ребенка со сложным врожденным нарушением это должен делать взрослый. Нужно приподнимать его за ручки, учить опираться ногами, подталкивать его для переворотов. Необходимо следить, чтобы ребенок не находился в одной позе длительное время, менять его положение в кровати или на руках по отношению к источнику света или звуков, учить ребенка переползать по телу взрослого, сидеть с поддержкой на разной поверхности, на коленях взрослого в разных позах.

3. *Сенсорная стимуляция ребенка со сложным дефектом.* Велико значение световой и звуковой стимуляции для развития ребенка. Прислушиваясь к звукам, которые произносит сам ребенок, необходимо повторять их как можно более точно. Делая так, взрослый фиксирует внимание ребенка на этих звуках, стимулирует малыша к ведению своеобразного диалога с помощью вокализаций. Опыт обучения глухих и слепоглухих детей учит использовать и развивать вибрационную чувствительность детей - умение слушать звуки всем телом или рукой, положенной на горло (щеку или рот) поющего или говорящего взрослого.

4. *Стимуляция действий ребенка с предметами.* Для стимуляции хватания нужно подбирать яркие и блестящие предметы, приятные на ощупь, проводить ими около глаз ребенка, по его телу, вкладывать в его руку и удерживать, чтобы потом выпустить и уронить. Открывать и закрывать двери, коробки и кастрюли, выдвигать ящики комода и разбрасывать лежащие там предметы - это те первые действия, которые должен освоить каждый ребенок, активно познающий мир. Предметами, с которыми обязательно должен научиться правильно действовать ребенок, являются обычные ложка и чашка. Как и все здоровые дети, ребенок со сложным нарушением по возможности должен научиться есть самостоятельно с ложки и пить из чашки.

5. *Стимуляция развития навыков передвижения в пространстве.* Очень важно, чтобы ребенок научился ползать и ползал свободно по полу квартиры, осваивая ее нижнее пространство. Плохо видящие дети иногда предпочитают ползать задом наперед, подставляя навстречу новым препятствиям ступни ног.

Если у малыша нет двигательных нарушений, взрослым не следует проявлять излишнюю осторожность и недоверие к возможностям ребенка. Его нужно учить ходить, как только он начал хорошо стоять с поддержкой. Хорошим способом помочь ему может стать совместное хождение: взрослый, стоя сзади ребенка, ставит его ступни на свои и держит малыша за ручки. Ребенок может учиться ходить, двигая какой-то предмет перед собой, держась за платье матери или за веревочку.

Самостоятельное передвижение по дому и освоение действий с предметами создает предпосылки для успешного познавательного развития ребенка. Организация взрослым интересных и привлекательных для ребенка совместных действий

способствует развитию его общения.

6. *Стимулирование развития навыков общения.* В развитии средств общения ребенка необходимо использовать любые средства: крики, лепетные устные слова, указательный и изображающие жесты, действия с предметом, собственно предметы и их графические изображения, звуковую и письменную речь. Необходимо добиваться возникновения у ребенка желания быть рядом с близким и просить его помощи в осуществлении своих стремлений. Например, нужно, чтобы ребенок хотел иметь в руках любимую игрушку, просил ее достать криком, жестом, направленным на нее или ее изображение; жестом, обозначающим действие с этой игрушкой; чтобы он хотел совершать с помощью взрослого желаемое действие и подсказывал его: например, просил есть, указывая на свой рот, или подпрыгивая на месте, таким образом просил его прыгать вместе с ним и т. д. Все это подготавливает замену естественного жеста условным знаком: жестом языка глухих, тактильным или устным словом, а затем и письменной фразой (написанной большими буквами или рельефно-точечным шрифтом Брайля).

7. *Развитие личности ребенка со сложным дефектом.* Чрезвычайная зависимость такого ребенка от повседневной помощи других людей, невозможность своевременного формирования всех необходимых бытовых навыков может привести к развитию пассивной и даже иждивенческой жизненной позиции, создать почву для развития эгоизма, отторжения от интересов других людей, выделения собственных интересов и нужд как главных не только для самого слепоглохого, но и для его окружения. Может создаться ситуация гиперопеки, когда ребенок становится центром существования семьи и интересы всех других ее членов отодвигаются на второй план, считаются незначительными. Возможным результатом становится завышенная самооценка ребенка, стремление уйти от любых трудностей, а не преодолевать их. Однако, недостатки формирования личности ребенка со сложным дефектом являются побочным эффектом его специфического развития и достаточно успешно устраняются или предупреждаются в ходе грамотного, психологически и педагогически обоснованного, взаимодействия с ним всего окружения.

Таким образом, накопленный в настоящее время опыт обучения слепоглохих детей и детей с множественными нарушениями убеждает, что нет необучаемых детей, а есть дети с разными возможностями обучения. Помогая этим детям даже немного продвинуться в развитии, специалисты и ближайшее окружение способствуют их большей самостоятельности, а значит, и приобретению большей уверенности в своих возможностях. Дети со сложным нарушением развития, представляющие по своим сенсорным, двигательным и интеллектуальным возможностям разнородную группу, не менее других детей с проблемами развития нуждаются в специальном обучении и воспитании, и соответствующие

учреждения должны занять свое место в системе дошкольного специального обучения.

Вопросы и задания для самоконтроля.

1. Дайте определение сложного нарушения развития.
2. Какие причины могут привести к сложному нарушению развития у ребенка?
3. Охарактеризуйте основные направления коррекционной помощи ребенку со сложным дефектом раннего и дошкольного возраста в условиях семейного воспитания.

САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

а) основная литература:

1. Дошкольная дефектология: учебно-методическое обеспечение дисциплин / [Е.С. Гринина, А.Г. Колчина, М.Д. Коновалова, Е.В. Куприянчук, О.В. Кухарчук, Т.Ф. Рудзинская, О.И. Сулова, Л.В. Шипова]; под ред. Л.В. Шиповой. Саратов : ИЦ "Наука", 2015. 371 с.
2. Назарова, Н. М. Сравнительная специальная педагогика: учеб. пособие для студентов учреждений высш. проф. образования / Н. М. Назарова, Е. Н. Моргачева, Т. В. Фуряева. - Москва : Академия, 2011. - 336 с.
3. Основы специальной педагогики и психологии [Электронный ресурс] / Н. М. Трофимова, С. П. Дуванова, Т. Ф. Пушкина и др. - СПб. : Питер, 2010. - 304 с.
4. Специальная дошкольная педагогика [Электронный ресурс] : учебник в электронном формате / под ред. Е. А. Стребелевой. - Электрон. текстовые дан. - Москва : Издательский центр "Академия", 2013. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

б) дополнительная литература:

1. Гонеев, А. Д. Основы коррекционной педагогики: учеб. пособие / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева ; под ред. В. А. Слостенина; Москва : Академия, 2007. – 271 с.
2. Неретина, Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология. Учебно-методический комплекс [Электронный ресурс] / Т.Г. Неретина. - М.: Издательство «ФЛИНТА», 2010 г. - 376 с.
3. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (олигофренопедагогика) : учеб. пособие для студентов дефектол. фак. высш. и сред. пед. учеб. заведений / Б. П. Пузанов, Н. П. Коняева, Б. Б. Горский. - Москва: Издат. центр "Академия", 2000. - 268 с.
4. Олигофренопедагогика : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / Е. В. Михайлова [и др.]. - Москва: Изд. центр "Академия", 2011. - 336 с.
5. Основы специальной психологии : учебное пособие / [А.К. Акименко, Е.Д. Бурмистрова, Е.А. Георгица, Е.С. Гринина, А.Г. Колчина, О.В. Кухарчук, Т.Ф. Рудзинская, О.И. Сулова, А.В. Шипова, Л.В. Шипова]; под ред. Л.В. Шиповой. Саратов : ИЦ "Наука", 2013. 335 с.

6. Специальная педагогика: учеб. пособие для студентов вузов / под ред. Н. М. Назаровой. - 9-е изд., стер. - Москва: Изд. центр "Академия", 2009. - 394 с.

7. Специальная психология: учеб. для студентов вузов / под ред. В. И. Лубовского. - 6-е изд., испр. и доп. - Москва : Изд. центр "Академия", 2009. – 556 с.

8. Усанова, О. Н. Специальная психология: учеб. пособие / О. Н. Усанова. - СПб: Питер, 2006. - 395 с.

в) программное обеспечение и Интернет-ресурсы

<http://www.ikpraо.ru> - Институт Коррекционной Педагогики РАО

<http://kr.nspu.net/> -Коррекционная педагогика

<http://www.defectolog.ru/>-Дефектолог.ру

<http://www.osoboedetstvo.ru> -Особое детство

<http://fio.novgorod.ru/projects/Project1064/My/myweb/friends.htm> -

Образовательные Интернет-ресурсы

<http://www.defectologn.ru> – Дефектологический словарь.

<http://defectus.ru/> - Дефектология для вас

<http://www.portal-slovo.ru/pedagogy/308/> электронная библиотека

«Слово»

<http://www.pedlib.ru/> -Педагогическая библиотека

<http://logopediya.narod.ru/library.html> -Библиотека логопедических

материалов

<http://www.gumer.info> -Библиотека Гумер

http://www.gaidarovka.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=253&Itemid=284 -Центральная Государственная детская библиотека им. А. П.

Гайдара г. Москвы

Темы для самостоятельного изучения

1. История становления дошкольной дефектологии как науки.
2. Профессиональные требования к личности дошкольного дефектолога.
3. Содержание и характер взаимодействия взрослых с детьми на разных возрастных этапах.
4. Требования к предметно развивающей среде и материально-техническим условиям в дошкольном образовательном учреждении коррекционного вида.
5. Перспективные направления развития специальной дошкольной педагогики.
6. Клинико-психологическая характеристика детей с дебильностью, имбецильностью, идиотией.
7. Особенности психического развития умственно отсталых детей в младенческом возрасте.
8. Психическое развитие умственно отсталых детей раннего возраста
9. Специфика психического развития умственно отсталых дошкольников.
10. Особенности развития детей с ЗПР на разных возрастных этапах.
11. Отграничение задержки психического развития от сходных состояний.
12. Интегрированное и инклюзивное воспитание и обучение детей с ЗПР.
13. Роль слуха в развитии ребенка.
14. Особенности психического развития детей с нарушениями слуха на разных возрастных этапах.
15. Влияние зрительного дефекта на становление и развитие психических функций ребенка.
16. Компенсаторные возможности детей с нарушениями зрения и слуха.
17. Психическое развитие детей с нарушениями речи.
18. Особенности формирования высших психических функций у детей с нарушениями речи.
19. Специфика психического и речевого развития детей сДЦП.

20. Общие и специфические задачи воспитания и обучения дошкольников с дефицитарным развитием и их нормально развивающихся сверстников.

21. Особенности развития детей с синдромом Каннера и с синдромом Аспергера.

22. Значение страхов в развитии детей с РДА.

23. Особенности игровой деятельности дошкольников с РДА?

24. Применение холдинг-терапии в коррекции РДА.

25. Особенности дошкольного обучения слепоглухих детей?

26. Цель и задачи психологической помощи семьям, воспитывающим детей со сложными и множественными нарушениями раннего возраста.

САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО

Примерные задания для проверочных работ

1. Подготовьте презентацию на тему «Профессионально-этические требования к личности дошкольного дефектолога».
2. Сформируйте тезаурус (словарь определений и терминов) дошкольной дефектологии.
3. Подготовьте презентацию на тему «Сравнительная характеристика умственной отсталости и задержки психического развития».
4. Разработайте ряд рекомендаций для родителей по воспитанию ребенка с задержкой психического развития младенческого и раннего возраста.
5. Подготовьте презентацию на тему «Ранняя коррекционная помощь детям с нарушениями развития».
6. Заполните таблицу «Интегрированное и инклюзивное воспитание и обучение дошкольников с ограниченными возможностями здоровья»:

Модель интеграции	Особенности реализации	Кому рекомендована
Временная		
Частичная		
Комбинированная		
Полная		

7. Проанализируйте «Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении» (введено в действие с 01.05.2012г.)
8. Заполните таблицу «Классификация раннего детского аутизма (по О.С. Никольской)»:

Группа детей с РДА	Характер взаимодействия с окружающей средой	Основные проявления

9. Подготовьте сообщение (презентацию), раскрывающее биографию О.И. Скороходовой или А.В. Суворова.

Методические рекомендации по написанию проверочных работ

При подготовке презентации «Профессионально-этические требования к личности дошкольного дефектолога» рекомендуется начать изложение

материала с описания сферы и характера деятельности этого специалиста, охарактеризовать специфику его профессиональных компетенций, а также личностные качества, которыми должен обладать специалист в сфере дошкольной дефектологии. Объем презентации включает от 10 до 15 слайдов.

При разработке тезауруса по дошкольной дефектологии необходимо раскрыть содержание используемых в этой науке понятий и терминов, привести примеры их использования. Содержание тезауруса должно включать от 20 до 50 понятий и терминов дошкольной дефектологии.

При подготовке презентации «Сравнительная характеристика умственной отсталости и задержки психического развития» рекомендуется начать изложение материала с определения рассматриваемых понятий, обратиться к факторам, обуславливающим их возникновение. В дальнейшем представить информацию, раскрывающую особенности и динамику развития детей обеих категорий, отличительные признаки и т.д. Объем презентации включает от 10 до 15 слайдов.

При разработке рекомендаций для родителей, используя дополнительные источники информации, необходимо охарактеризовать основные линии развития ребенка младенческого и раннего возраста в норме. Далее раскрываются специфические особенности и трудности, характерные для детей младенческого и раннего возраста с ЗПР, и формулируются рекомендации, способствующие их преодолению и максимальной реализации потенциальных возможностей ребенка.

При подготовке презентации «Ранняя коррекционная помощь детям с нарушениями развития» рекомендуется начать изложение материала с рассмотрения роли ранней коррекции в развитии детей с ограниченными возможностями здоровья. Далее рекомендуется обратиться к вопросам ранней диагностики нарушений развития у детей; охарактеризовать основные направления коррекционной работы с детьми младенческого и раннего возраста; отметить учреждения и организации, осуществляющие такую деятельность. Объем презентации включает от 10 до 15 слайдов.

При заполнении таблицы «Интегрированное воспитание и обучение дошкольников с ограниченными возможностями здоровья» помимо материала, изложенного в лекциях, необходимо воспользоваться дополнительными литературными источниками, в которых представлена характеристика интегрированного и инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья, а также возможности и специфика их реализации. В качестве комментария к таблице можно отметить специфические особенности, отличающие инклюзию от интеграции.

В ходе анализа «Типового положения о дошкольном образовательном учреждении» необходимо в письменном виде представить его краткие результаты, сформулировать резюме, в котором будет отражена специфика и основное содержание изучаемого документа. Особое внимание должно быть уделено анализу специальных условий и специфике работы с дошкольниками, имеющими ограниченные возможности здоровья.

При заполнении таблицы помимо материала, изложенного в лекциях, необходимо воспользоваться дополнительными литературными источниками, в которых представлена характеристика развития детей с ранним детским аутизмом, особенности их взаимодействия с окружающим миром. В качестве комментария к таблице можно отметить, от каких иных нарушений развития необходимо отграничивать проявления аутизма у детей 1, 2, 3 и 4 групп.

При подготовке сообщения, раскрывающего биографию О.И. Скороходовой или А.В. Суворова помимо констатации имеющихся фактов желательно отметить основные научные труды этих авторов. Важным моментом выполнения указанного задания является резюмирование позиции студента относительно наличия потенциальных возможностей развития лиц со сложными дефектами и целесообразности их воспитания и обучения.

Оценивание работ осуществляется с учетом полноты, обоснованности и доказательности представленного материала, его соответствия заданию, а также своевременности выполнения.

Примерная тематика рефератов

1. История развития коррекционной педагогики в Западной Европе.
2. Становление российской дефектологии.
3. Современные общемировые тенденции в организации специального образования.
4. Политика государства в области социальной защиты детей с отклонениями в развитии.
5. Система ранней помощи детям с нарушениями развития.
6. Современные классификации нарушений развития в дефектологии.
7. Профессиональные и этические требования к личности дефектолога.
8. Девиантное поведение детей (общая характеристика, причины и система коррекционной работы).
9. Роль семьи в воспитании ребенка с проблемами развития.
10. Сурдопедагогика как наука об образовании лиц с нарушениями слуха.
11. Тифлопедагогика как наука об образовании слепых и слабовидящих.
12. Логопедия как наука о нарушениях речи, методах их выявления и устранения.
13. Творческое наследие Л.С. Выготского и его роль в становлении дефектологии.
14. Вклад М. Монтессори в становление и развитие лечебной педагогики.
15. Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья.
16. Воспитание дошкольников с ЗПР: специфика и организационные формы.
17. Коррекционное обучение как основа развития аномального ребенка.
18. Акцентуированные личности.
19. Синдром гиперактивности и дефицита внимания.
20. Особенности воспитания и обучения умственно отсталых дошкольников.

21. Зарубежная практика воспитания, обучения и развития детей с выраженными интеллектуальными нарушениями.

22. Возможности и перспективы специального образования детей с РДА

23. Пути и способы организации специального образования для лиц со сложными нарушениями развития.

24. Интеграция в социум детей с отклонениями в физическом и психическом развитии.

САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО

**Примерные тестовые вопросы
по дисциплине «Введение в профессию»**

1. Сурдопсихология как одна из отраслей специальной психологии изучает закономерности психического развития детей с нарушениями...
 - А) зрения
 - Б) слуха
 - В) опорно-двигательного аппарата

2. Отраслью коррекционной педагогики, изучающей особенности обучения, воспитания и коррекции детей с нарушениями зрения является ...
 - А) тифлопедагогика
 - Б) сурдопедагогика
 - В) логопедия

3. Первичный дефект представляет собой
 - А) нарушение высших психических функций (речи, логического мышления, опосредованная память)
 - Б) повреждение биологических систем (отделов ЦНС, анализаторов)
 - В) результат неблагоприятного воздействия социальных факторов

4. Сочетание двух и более первичных дефектов, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности в обучении и воспитании ребенка называется
 - А) осложненным дефектом
 - Б) вторичным дефектом
 - В) сложным дефектом

5. Наиболее грубые нарушения развития возникают в результате воздействия патогенных факторов в ... период развития.
 - А) пренатальный
 - Б) перинатальный
 - В) постнатальный

6. Кем из ученых были заложены теоретические основы отечественной дефектологии?
 - А) В.П. Кащенко

Б) А.П. Шанявским

В) Л.С. Выготским

7. Система медико-педагогических мер, направленных на включение аномального ребенка в социальную среду:

А) компенсация

Б) реабилитация

В) адаптация

8. Коррекция – это ...

А) восполнение педагогом образовательных пробелов в знаниях ребенка

Б) совокупность психолого-педагогических и лечебных мер, направленных на исправление недостатков в развитии и поведении ребенка

В) психологические меры, направленные на компенсацию необоснованного, немотивированного сопротивления воздействию других людей

9. Онтогенез – это ...

А) поведение, отклоняющееся от условно принятой нормы

Б) развитие живого организма от момента рождения до смерти

В) старение человека

10. На какие разделы подразделяется коррекционная педагогика?

А) реабилитация, диагностика, адаптация

Б) сурдопедагогика, тифлопедагогика, логопедия, олигофренопедагогика

В) общая психология, возрастная психология, олигофренопедагогика.

11. Сурдопедагогика – это ...

А) раздел коррекционной педагогики, разрабатывающий проблемы воспитания, обучения и коррекции развития умственно отсталых лиц или лиц с ЗПР

Б) раздел коррекционной педагогики, разрабатывающий проблемы воспитания, обучения и путей коррекции детей с нарушениями слуха

В) раздел коррекционной педагогики, разрабатывающий проблемы воспитания, обучения и путей коррекции слабовидящих и слепых

12. Умственная отсталость – это...

- А) стойкое, необратимое нарушение психической деятельности, возникшее вследствие органического поражения головного мозга
- Б) незавершенность отдельных этапов развития
- В) навязчивое повторение одних и тех же движений, образов, мыслей

13. Согласно классификации Э. Крепелина выделяют следующие степени умственной отсталости: ...

- А) олигофрения, патология эмоционально-волевой сферы
- Б) дебильность, имбецильность, идиотия
- В) кретиния, истерия, инфантилизм

14. В школе какого вида могут обучаться дети с диагнозом ДЦП?

- А) в школе II вида;
- Б) в школе VI вида;
- В) в школе I вида.

15. Нарушения в строении и числе хромосом относят к числу...

- А) эндогенных факторов нарушений развития.
- Б) экзогенных факторов нарушений развития
- В) социальных факторов нарушений развития

16) Какой критерий не лежит в основе психолого-педагогической классификации нарушений слуха Р. М. Боскис:

- А) причина потери слуха
- Б) степень потери слуха
- В) время возникновения нарушения слуха

17) Закономерности психического развития детей с нарушениями речи изучает...

- А) тифлопсихология
- Б) логопсихология
- В) сурдопедагогика

18. Расшифруйте аббревиатуру ЗПР.

- А) задержка психосоматического развития
- Б) задержка психогенного развития
- В) задержка психического развития

19. Что не входит в ряд нарушений устной речи?

- А) дисфония
- Б) дисграфия
- В) ринолалия

20. Какой синдром характеризуется предельным, «экстремальным» одиночеством, снижением способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию?

- А) психопатия
- Б) ранний детский аутизм
- В) олигофрения

**Примерный перечень вопросов к экзамену
по дисциплине «Введение в профессию»**

1. Дефектология как наука: предмет, объект и задачи исследования.
2. История становления отечественной дефектологии как науки.
3. Связь дефектологии со смежными дисциплинами.
4. Отрасли дошкольной дефектологии.
5. Методологические основы дефектологии.
6. Профессиональные и этические требования к личности дефектолога.
7. Категориально-понятийный аппарат современной дефектологии.
8. Факторы развития аномального ребенка.
9. Общие и специфические особенности развития аномальных детей.
10. Понятие и структура дефекта.
11. Компенсация: понятие, виды, этапы.
12. Этиология нарушений развития в детском возрасте.
13. Классификация нарушений развития в современной дефектологии.
14. Специфика воспитания и обучения детей с нарушениями в развитии.
15. Система специального дошкольного образования в Российской Федерации.
16. Комплектование дошкольных образовательных учреждений для детей с нарушениями развития.
17. Перспективные направления развития специального дошкольного образования детей с ограниченными возможностями здоровья.
18. Умственная отсталость: понятие, этиология, классификация.
19. Психолого-педагогическая характеристика умственно отсталых детей.
20. Система воспитания, обучения и реабилитации детей с нарушением интеллекта (умственно отсталых).
21. Понятие, причины и классификация задержек психического развития.
22. Психолого-педагогическая характеристика дошкольников с ЗПР.

23. Организация и содержание коррекционной помощи дошкольникам с ЗПР.
24. Понятие, виды и причины нарушений слуха у детей.
25. Особенности психического развития детей с нарушениями слуха.
26. Формы организации коррекционной помощи дошкольникам с нарушениями слуха.
27. Нарушения зрения у детей: понятие, этиология и классификация.
28. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями зрения.
29. Направления, содержание и формы организации коррекционно-воспитательной работы с дошкольниками с нарушениями зрения.
30. Понятие и причины речевых нарушений в детском возрасте.
31. Клинико-педагогическая и психолого-педагогическая классификации нарушений речи.
32. Организация и содержание логопедической помощи детям с речевыми нарушениями.
33. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата у детей: виды, причины, проявления.
34. Этиология и симптоматика детских церебральных параличей.
35. Основные подходы к воспитанию, обучению и коррекции недостатков развития у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
36. Понятие, этиология и классификация раннего детского аутизма.
37. Психолого-педагогическая характеристика детей с РДА.
38. Принципы, методы и приемы оказания коррекционной помощи детям с ранним детским аутизмом.
39. Понятие и этиология сложных и множественных нарушений развития у детей.
40. Задачи и содержание специального дошкольного воспитания детей со сложными дефектами.

САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО