

Методические рекомендации по организации аудиторных практических работ и внеаудиторных самостоятельных работ по УД "Психолого - педагогический практикум" по специальностям среднего профессионального образования 44.02.01 "Дошкольное образование".

Самостоятельная работа обучающихся №1

Составление опорных схем по теме

Задание 1 Ответьте на вопрос:

- Каковы основные параметры дизонтогенеза?

время и длительность воздействия повреждений

-этиология (причины и условия возникновения нарушений);

-локализация, интенсивность и распространенность патологического процесса

Нарушения психического развития могут иметь частный и общий характер.

Частные нарушения — это нарушения в деятельности анализаторов: зрения, слуха, речи, движений.

Общие нарушения функций головного мозга связаны с деятельностью регуляторных систем

Задание 2 Ответьте на вопрос:

- В чем специфика классификации детей с отклонениями в развитии по В. В. Лебединскому? Что легло в основу данной классификации?

В. В. Лебединский на основе представлений отечественных и зарубежных ученых (Л. С. Выготский, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалёв, Л. Каннер и др.) предложил свою классификацию видов психического дизонтогенеза (разных форм нарушения нормального онтогенеза). Критерием деления стало учение об основных нарушениях психического развития человека:

◆ ретардация (задержанное развитие) — запаздывание или при остановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных компонентов;

◆ дисфункция созревания;

◆ поврежденное развитие — изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга;

◆ асинхрония — диспропорциональное психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании или выраженном отставании других.

Итак, к основным видам **дизонтогенеза** относят:

◆ отклонения по типу ретардации и дисфункцию созревания (УО,ЗПР);

◆ отклонения по типу повреждения (органическая деменция, тяжелые нарушения анализаторных систем);

♦ отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений (ранний детский аутизм, психопатии).

Задание 3 Используя методические указания и предложенный список литературы, составьте опорные схемы по теме

Литература

1Коррекционная педагогика / Под ред. Б. П. Пузанова. — М., 1999.

2Специальная педагогика / Под ред. Н. М. Назаровой. — М., 2000.

3.Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей. М., 1985.

4.Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М., 1989.

5.Максимова Н. Ю., Милютин Е. Л. Курс лекций по детской психопатологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д, 2000.

Самостоятельная работа обучающихся №2

Составление опорных схем по теме.

Составление рекомендаций по коррекционной работе

Задание 1. Используя дополнительные материалы по характеристикам основных понятий, составьте опорные схемы по теме

Основные категории специальной педагогики.

Формирование — процесс становления человека как социального существа под воздействием всех без исключения факторов: биологических, социальных, экономических, идеологических, психологических и т. д. Формирование подразумевает некую законченность становления человека, достижение заданного уровня зрелости, придание необходимой формы, человеческого образа.

Развитие — это процесс и результат количественных и качественных преобразований в организме и сознании человека. Оно связано с постоянными, непрекращающимися изменениями, переходами из одного состояния в другое, восхождением от простого к сложному, от низшего к высшему.

Отклоняющееся развитие — такое развитие, которое не подчиняется общим законам, развитие индивидуальное, во многом нестандартное, всегда непонятное, сложное, противоречивое.

Коррекция развития — направление развития ребенка в нормальное русло.

Воспитание — целенаправленный и организованный процесс формирования личности. В педагогике понятие воспитания употребляется в социальном и педагогическом значениях. В социальном смысле воспитание — это передача накопленного опыта от старших поколений к младшим. Под опытом понимаются известные людям знания, умения, способы мышления, нравственные, этические, правовые нормы — словом, все созданное в процессе исторического развития духовное наследие человечества.

В широком педагогическом смысле воспитание — это специально организованное, целенаправленное и управляемое воздействие на ученика с целью формирования у него заданных качеств, осуществляемое в семье и учебно-воспитательных учреждениях.

В узком педагогическом смысле воспитание — это процесс и результат воспитательной работы, направленной на решение конкретных воспитательных задач.

Обучение — специально организованный, целенаправленный и управляемый процесс взаимодействия учителей и учеников, результатом которого является усвоение знаний, умений, навыков, формирование мировоззрения, развитие умственных сил, дарований и возможностей учеников в соответствии с поставленными целями.

Образование — результат обучения. Это система накопленных в процессе обучения знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел ученик. Главный критерий образованности — системность знаний и системность мышления, гуманный аспект их применения.

Поведение — общее название всего того, что делает ребенок, подросток. В узком смысле это выполнение учеником установленных норм и правил.

Отклоняющееся поведение — поведение, вышедшее из общепринятой нормы, вредное для ребенка и для общества, мешающее ребенку нормально адаптироваться в социальной жизни. Устоявшегося определения отклоняющегося поведения пока нет, различные ученые вкладывают в него неодинаковый смысл.

Коррекция поведения — исправление поведения ребенка, подростка педагогическими методами

Задание 2. Используя методические указания, составьте рекомендации по коррекционной работе с детьми младшего дошкольного возраста имеющими ЗПР.

Коррекционно-воспитательная работа, коррекция (от лат. *cor-rectio* — исправление).

Под коррекцией подразумевается как исправление отдельных дефектов (например, коррекция ЗПР), так и целостное влияние на личность аномального ребенка в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Устранение или сглаживание дефектов развития познавательной деятельности и физического развития ребенка обозначается понятием «коррекционно-воспитательная работа».

Коррекционно-воспитательная работа представляет систему комплексных мер психолого-педагогического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, поскольку всякий дефект отрицательно влияет не на отдельную функцию, а снижает социальную полноценность ребенка во всех ее проявлениях. Она не сводится к механическим упражнениям элементарных функций или к набору специальных упражнений, развивающих познавательные процессы и отдельные виды деятельности аномальных детей, а охватывает весь учебно-воспитательный процесс, всю систему деятельности специальных учреждений. Коррекционно-воспитательной задаче подчинены все формы и виды классной и внеклассной работы в процессе формирования у детей общеобразовательных и трудовых знаний, умений и навыков.

Коррекционно-воспитательная работа учитывает индивидуальные особенности детей с применением в необходимых случаях охранительного режима либо соответствующих форм обучения, стимулирующих интенсивную умственную деятельность. С целью коррекции недостатков важно создать условия для общения аномальных детей с нормально развивающимися. В ряде случаев аномальным детям необходимы лечебно-коррекционные мероприятия (лечебная физкультура, массаж, артикуляционная и дыхательная гимнастика, применение медикаментозных средств и др.).

Разрабатывая программу коррекционной работы с детьми, педагогам(студентам) следует ориентироваться на следующие **направления работы:**

1. Комплексное исследование фонда знаний, умений, навыков, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, речи, психологическое изучение, наблюдение за динамикой психического развития в условиях коррекционной работы, выстраивание психолого-педагогического прогноза.

2. Развитие познавательной активности, обеспечение устойчивой положительной мотивации в различных видах деятельности. Формирование знаний, умений и навыков с учетом возрастных и индивидуально-типологических возможностей.

3. Педагогическая работа, направленная на обеспечение полноценного психического развития ребенка предполагает решение следующих задач:

3.1. Формирование психологического базиса для развития высших психических функций:

- обеспечение полноценного физического развития, оздоровление организма;
- коррекция недостатков в двигательной сфере;
- развитие общей и мелкой моторики;
- формирование чувства ритма;
- создание условий для полноценного межанализаторного взаимодействия через систему специальных игр и упражнений.

3.2. Целенаправленное формирование высших психических функций:

- развитие сенсорноперцептивной деятельности и формирование эталонных представлений;
- формирование мыслительной деятельности во взаимосвязи с развитием речи (мыслительной активности, наглядных форм мышления, мыслительных операций, конкретно-понятийного и элементарного умозаключающего мышления);
- развитие умственных способностей через овладение действиями замещения и наглядного моделирования в различных видах деятельности;
- развитие творческих способностей.

4. Формирование ведущих видов деятельности, их мотивационных, ориентировочно-операционных и регуляционных компонентов:

- всестороннее развитие предметно-практической деятельности;
- целенаправленное формирование игровой деятельности;
- формирование предпосылок для овладения учебной деятельностью: умений программировать, контролировать, регулировать и оценивать результаты при выполнении заданий учебного типа;
- ориентация на формирование основных компонентов психологической готовности к школьному обучению.

5. Коррекция недостатков в эмоционально-волевой сфере:

- формирование способности к волевым усилиям, произвольной регуляции поведения;

- преодоление негативных качеств формирующегося характера, предупреждение и устранение аффективных, негативистских, аутистических проявлений, отклонений в поведении.

6. Преодоление недостатков в речевом развитии:

- целенаправленное формирование функций речи;

- особое внимание следует уделить развитию словесной регуляции действий у детей с ЗПР, формированию механизмов, необходимых для овладения связной речью;

- создание условий для овладения ребенком всеми компонентами языковой системы;

- одной из важнейших задач является формирование предпосылок для овладения навыками письма и чтения.

7. Формирование коммуникативной деятельности:

- обеспечение полноценных эмоциональных и "деловых" контактов со взрослыми и сверстниками;

- формирование механизмов психологической адаптации в коллективе сверстников, формирование полноценных межличностных связей.

Вышеперечисленные направления требуют конкретизации и решения широкого спектра задач.

Литература

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей /Под ред. К. С. Лебединской. М. 1982.125с.

2. Борякова Н. Ю., Соболева А. В., Ткачева В. В. Практикум по развитию мыслительной деятельности у дошкольников. М. «Гном-Пресс», 1999. 63 с.

3. Ветер Л. А., Пилюгина Э. Г., ВенгерН. Б. Воспитание сенсорной культуры ребенка. М.1988.

4. Дети с задержкой психического развития/ Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. М. 1984. 256с.

5. Жукова Я. С., Мастюкова Е, М., Филочева Т. Б. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. М. «Просвещение», 1973.

6. Запорожец А. В. Значение ранних периодов детства для формирования детской личности. Принцип развития в психологии. М. 1978. С. 243-267.

7. Марковская И. Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. М.1993.198с.

8. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. М. Гуманитарный издательский центр «ВЛАДОС», 1997. 303

Самостоятельная работа обучающихся №3. Конспектирование работ отечественных психологов (Л.С. Выготского, Н.Н. Поддьякова).

Задание 1. Конспектировать статью Л.С.Выготского Проблема возраста и динамика развития в книге «Вопросы детской психологии» С-П.2004с.27.

Задание 2. Конспектировать статью Н.Н.Поддьякова Теория деятельности и вопросы развития мышления в книге « Мышление дошкольника» М.,.1977

Самостоятельная работа обучающихся №4 Анализ причин развития детских аномалий

Задание 1. Используя методические материалы вспомнить закономерности в развитии нормального и аномального ребенка и сравнить их.

Методические материалы

Развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным **закономерностям**, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка:

цикличность психического развития;
неравномерность психического развития;
развитие отдельных психических функций на базе сформированных ранее;
пластичность нервной системы
соотношение биологических и социальных факторов в процессе психического развития.

Зная их, можно продуктивно искать пути, факторы и направления развития различных категорий детей с отклонениями.

Надо различать и общие закономерности отклоняющегося развития:

снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации;

трудность словесного опосредования;
замедление процесса формирования представлений и понятий об окружающей действительности;

риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности (по В. И. Лубовскому).

Когда можно говорить об опасности отклонений?

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 до трех лет).

Наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие повреждений головного мозга на ранних этапах эмбриогенеза, т. к. это период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга.

Факторы риска недостаточности психофизического развития:

биологические (наследственные отклонения, инфекционные, вирусные и эндокринные заболевания матери во время беременности, токсикозы, гипоксия и др.);

генетические (недостаток или избыток хромосом, хромосомные аномалии);

соматические (невропатии);

социальные (алкоголизм, наркомания родителей, неблагоприятная среда);

индекс повреждения головного мозга (энцефалопатии);

ранние, до 3-х лет, средовые воздействия, текущие средовые воздействия (Л. В. Кузнецова).

Задание 2. Подобрать примеры по материалам печати.

Самостоятельная работа обучающихся №5

Составление классификации нарушений.

Задание 1. Используя методические материалы вспомнить закономерности в развитии и аномального ребенка и составить классификацию нарушений.

Методические материалы

Темы № 1 – 2 Психологические особенности детей с нарушениями в умственном развитии. Психологические особенности развития детей с сенсорными, двигательными и речевыми нарушениями.

1. Олигофрения как основная форма умственной отсталости в детском возрасте.
2. ЗПР (задержанное психическое развитие).
3. Нарушение слуха. Психология лиц с нарушением слуха (сурдопсихология).
4. Нарушение зрения. Психология лиц с нарушением зрения (тифлопсихология).
5. Нарушение опорно-двигательного аппарата.

6. Психология лиц с нарушением речи (логопсихология).

Вопрос 1. Олигофрения как основная форма умственной отсталости в детском возрасте.

К умственно отсталым относят детей со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим вследствие органического поражения коры головного мозга, имеющего диффузный характер. Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости является нарушение высших психических функций. Это выражается в нарушении познавательных процессов, страдают эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом.

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

Глубокое недоразвитие познавательных процессов – наиболее ярко выраженная особенность умственно отсталых детей. Для умственно отсталых детей характерно наличие патологических черт в эмоционально-волевой сфере: повышенная возбудимость или, наоборот, инертность; трудности формирования интересов и социальной мотивации деятельности. У многих умственно отсталых детей наблюдаются отклонения в физическом развитии: аномалии роста, нарушение обмена веществ, дискоординация моторики, трудности формирования двигательных рабочих навыков и другие.

Олигофрения составляет основную группу заболеваний, приводящих к умственной отсталости. В зависимости от степени интеллектуального недоразвития различают 3 степени олигофрении: **дебильность, имбецильность, идиотия.**

1. Идиотия – наиболее тяжелая степень умственной отсталости. Эти дети не овладевают речью, не понимают речь других. Они не могут овладеть навыками самообслуживания, имеют тяжелые нарушения моторики, часто не способны самостоятельно передвигаться. В практике работы с такими детьми были достигнуты некоторые успехи в воспитании у них ориентировочных реакций на звук, на яркий свет и цвет, на движущиеся объекты и другие раздражители. Они нуждаются в постоянном надзоре, поэтому направляются в детские учреждения – дома-интернаты Министерства социальной защиты.

2. Имбецильность – глубокая умственная отсталость. Дети, страдающие имбецильностью, малоспособны к самостоятельной целенаправленной деятельности в силу имеющихся нарушений в познавательных процессах и в эмоционально-волевой сфере. При длительном обучении эти дети могут получить навыки письма и чтения, но это не становится источником развития их личности. При специальном обучении они овладевают несложными умениями самообслуживания в быту, простейшими навыками ручного труда и при постоянной помощи и организации их деятельности могут работать в учебно-трудовых мастерских для инвалидов.

3. Дебильность – наиболее легкая степень умственной отсталости, которая может быть в значительной мере скорректирована в системе учебно-воспитательной работы в специальной школе. Дети, страдающие дебильностью, имеют недоразвитие всех высших психических функций, могут иметь дефекты в физическом развитии. Они владеют речью, двигательные нарушения у них настолько компенсируются, что не мешают в дальнейшем включаться в трудовую деятельность. Особенность этих детей – недоразвитие мышления, тем не менее они способны овладеть навыками письма, чтения и счета в объеме программы специальной школы.

Среди всех детей с умственной отсталостью дети, страдающие олигофренией в степени дебильности, составляют большинство (70–80%).

Классификация по степени выраженности дефекта – не единственная классификация умственной отсталости.

Для целей организации коррекционной работы больше подходит классификация М.С. Певзнер, при которой выделяют 5 групп.

В первую группу входят неосложненные формы олигофрении, во вторую – **олигофрения с нарушениями нейродинамических процессов** возбуждения и торможения. В зависимости от преобладания какого-либо одного процесса в данной группе выделяют подгруппы: возбудимые дети, тормозные дети и дети с патологической слабостью, повышенной **лабильностью** (неустойчивостью) обоих процессов.

Третью группу составляют олигофрении с осложнением «лобного синдрома», в этой группе различают, по терминологии М.С. Певзнер, «дурашливых» детей и вялых, также в зависимости от преобладания процесса возбуждения или торможения.

К четвертой группе относят олигофрении с психопатоподобным поведением, проявляющимся в агрессивных реакциях или **дисфории** (расстройство настроения).

Пятую группу составляют олигофрении, осложненные модально специфическими нарушениями в зоне отдельных анализаторов, т.е. слуха,

зрения, речи, двигательной сферы. Таким образом, в этой группе можно выделить 4 подгруппы.

Нередко, особенно при педагогической диагностике, за умственно отсталых ошибочно принимают детей, имеющих состояние по ряду признаков сходных с интеллектуальным недоразвитием. К таким состояниям относят педагогическую запущенность, замедленный темп психической деятельности, различные нарушения работы анализаторов, церебростенические состояния и задержку психического развития (ЗПР).

Педагогическая запущенность проявляется в трудностях в обучении и воспитании, отклонениях в поведении (вплоть до склонности к совершению правонарушений), несформированности учебных интересов. Однако снижение познавательной деятельности в данном случае не имеет органической основы. Такие дети нуждаются в психолого-педагогической помощи (индивидуальный подход в обучении, работа с родителями, ликвидация пробелов в знаниях, развитие познавательной активности и т.д.), но направлению в специальное коррекционно-образовательное учреждение не подлежат.

Дети с замедленным темпом деятельности (так называемые «тугодумы», дети с низкими способностями) есть в каждом классе. Их развитие соответствует норме, однако на выполнение любого задания они затрачивают значительно больше времени, чем сверстники. При уменьшении объема учебного материала, заданий они успешно продвигаются в обучении.

Причиной нарушений в познавательной деятельности могут быть и различные отклонения в работе анализаторов (зрительного, слухового, речевого). Однако если речь не идет о комплексном дефекте, то нарушения мышления носят вторичный характер и при создании соответствующих условий хорошо поддаются коррекции.

В основе церебростенических состояний лежат функционально-динамические расстройства высшей нервной деятельности. Детям данной категории свойственна повышенная чувствительность к любым воздействиям (звуки, запахи, колебания температуры), утомляемость, истощаемость, плохой сон, аппетит. Из-за сниженной работоспособности и нарушений внимания они часто не усваивают программу школы. Однако снижение познавательной деятельности не носит стойкого характера и компенсируется в условиях охранительного режима.

Наибольшую трудность представляет собой отграничение от умственной отсталости задержки психического развития (ЗПР). Основным критерием здесь является обучаемость ребенка, величина «зоны ближайшего развития».

Квалифицированная диагностика умственной отсталости представляет известные трудности, особенно в дошкольном возрасте. Знание специфики

развития детей в условиях органического поражения центральной нервной системы, их личностных особенностей, познавательной деятельности позволяет специалистам-психологам правильно определить состояние ребенка и наметить пути коррекционной помощи.

Нарушение познавательных (когнитивных) функций психики.

Своеобразие, атипичность психического развития умственно отсталых детей не исключает наличия у них определенных потенциальных возможностей, что подчеркивает необходимость своевременной коррекционной помощи.

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

Среди теорий, основанных на ошибочном представлении сущности умственной отсталости, наиболее известными являются такие, как теория «потолка» и концепция останковки в развитии, которые утверждают, что умственно отсталый ребенок может развиваться до определенного предела, который достигается в период полового созревания, а затем такой ребенок останавливается в развитии. В период создания «учения о дефективных детях» особую популярность имела теория «моральной дефективности», сторонники которой считали умственно отсталых детей потенциальными преступниками. Их склонность к антисоциальному поведению якобы заложена в самой природе умственной отсталости. Подобные теории полностью игнорировали роль коррекционно-развивающего обучения в развитии умственно отсталых детей.

Правильное понимание проблемы умственной отсталости, основанное на знании особенностей познавательной деятельности детей, ставит перед психологами и педагогами задачу преодоления имеющихся дефектов с опорой на сохранные качества психики умственно отсталого ребенка.

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

новых условных связей, слабость торможения приводит к плохому качеству дифференцировок), нарушение равновесия процессов возбуждения и торможения, склонность к частому охранительному торможению, снижение пластичности ЦНС.

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

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

Таким образом, при умственной отсталости ни одно из свойств внимания не остается тем или иным образом не задетым патологическим отклонением. Однако специалистами выявлены возможности коррекции недостатков внимания у детей в процессе обучения.

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

Восприятие также характеризуется сниженным темпом и слабой дифференцированностью. Наряду с этим выделяют такие особенности

восприятия детей с нарушениями интеллекта, как неточность, бедность и узость, малая осознанность. Однако нарушения восприятия носят динамический характер, под влиянием коррекционного обучения недостатки сглаживаются. Особое значение при этом имеет организация восприятия, словесная регуляция перцептивной деятельности, установление межсенсорных взаимодействий.

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

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

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

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

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

Умственно отсталым детям свойственно нарушение всех операций мышления (слабость аналитико-синтетической деятельности, низкая способность к отвлечению и обобщению, сравнение с опорой на несущественные признаки и т.д.). При этом темп мышления умственно отсталого школьника замедлен, тугоподвижен. Наибольшие нарушения

отмечаются в словесно-логическом мышлении, наиболее сохранным является наглядно-действенное мышление. Такие недостатки мышления умственно отсталых учащихся, как снижение критичности, нарушение регулирующей роли мышления, конкретность, непоследовательность, стереотипность и нарушение целенаправленности непосредственно связаны с недоразвитием личности и отклонениями в поведении. Специалисты отмечают, что при умственной отсталости нарушения мыслительной деятельности является наиболее выраженным и стойким – это обусловлено такими ядерными симптомами умственной отсталости, как слабость ориентировочной деятельности, низкая восприимчивость ко всему новому, недостаточная познавательная активность.

Вместе с тем в коррекционной работе формируются все мыслительные операции, хотя и в узких пределах. Недоразвитие высших (абстрактных) форм мышления сохраняется в самостоятельной деятельности и отражается на личности умственно отсталого ребенка.

В структуре личности как нормального, так и умственно отсталого ребенка эмоционально-волевая сфера занимает значительное место. В изучении проблемы нарушений эмоционально-волевой сферы умственно отсталого ребенка выделяют несколько направлений: интеллектуализм (эмоциональные нарушения рассматриваются как вторичные явления, возникающие в зависимости от интеллектуального дефекта), волюнтаризм (эмоционально-волевые расстройства – основной дефект при умственной отсталости, а интеллект якобы не так уж и нарушен), общепринятая в отечественной дефектологии теории Л.С. Выготского, в соответствии с которой умственная отсталость рассматривается как общий дефект, охватывающий и интеллектуальную, и эмоционально-волевую стороны психики.

Интеллектуальная недостаточность и незрелость личности проявляются в следующих особенностях эмоциональной сферы умственно отсталых детей и школьников: слабость интеллектуальной регуляции эмоций, их малая дифференцированность, полярность, несоответствие внешним воздействиям по силе и содержанию, затруднения в развитии высших (интеллектуальных, моральных, эстетических) чувств, низкий уровень развития средств эмоциональной выразительности. Наряду с этим при умственной отсталости нередки болезненные расстройства чувств: раздражительность, эйфория, дисфория, апатия.

Говоря о расстройствах воли учащихся с нарушениями интеллекта, специалисты связывают их с нарушениями 2-х волевых функций: активизирующей (абулия, гипобулия) и тормозящей (гипербулия). При этом умственно отсталым школьникам свойственно нарушение структуры волевого действия, а также недостаточная интеллектуальная регуляция воли.

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

Ребенок, имеющий снижение интеллекта в степени дебильности, является развивающейся личностью со всеми присущими ей качествами. Формирование личности как нормального, так и умственно отсталого ребенка происходит под воздействием ряда социальных и биологических факторов. Органическое поражение ЦНС оказывает существенное влияние на развитие личности учащегося вспомогательной школы. Интеллектуальная недостаточность и различные расстройства эмоционально-волевой сферы затрудняют процесс формирования направленности личности, под которой в психологии понимается система мотивов, определяющая стиль поведения.

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

Особенности речи умственно отсталых детей изучались ведущими учеными А.Р. Лурия, М.Ф. Гнездиловым, В.Г. Петровой, М.С. Певзнер.

В их исследованиях показано, что здоровый ребенок 3–4 лет уже обладает большим словарным запасом, его активная речь имеет почти правильную грамматическую форму, а фонетические погрешности остаются лишь в виде мелких исключений.

В то же время у умственно отсталого ребенка как слуховое различение, так и произношение слов и фраз возникают значительно позже. Речь его скудна и неправильна. Основные причины, обусловившие такое состояние речи, – слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных условных связей во всех анализаторах, а иногда преимущественно в каком-либо из речевых центров. Отрицательную роль играет также общее нарушение динамики нервных процессов, затрудняющее установление динамических стереотипов – связей между анализаторами.

Недоразвитие речи может быть обусловлено в первую очередь медленно формирующимися и нестойкими дифференцировочными условными связями в области слухового анализатора. Из-за этого ребенок долго не усваивает новых слов и словосочетаний. Он имеет сохранный слух, слышит шорохи

или изолированные звуки, произносимые родителями, но звуки обращенной к нему связной разговорной речи воспринимаются им нерасчлененно. Такой ребенок выделяет и различает лишь немногие слова. Процесс выделения этих воспринимаемых адекватно слов из речи окружающих происходит совершенно иным, более медленным темпом, чем в норме. Это и есть первая, основная причина запоздалого и неполноценного развития речи. Но и далее, когда эти слова уже выделены и узнаются как знакомые, известные, речь все еще воспринимается нечетко.

Умственно отсталые дети плохо различают сходные звуки, особенно согласные; поэтому, если учитель говорит им, например, что на дереве появились почки, они могут услышать в этом созвучии и бочки, и бошки, и почхе и т.д. В дошкольном возрасте ошибки детей, наблюдающиеся при повторении ими новых слов, расцениваются окружающими обычно лишь как дефекты произношения, которых также очень много. Однако в школе в процессе обучения ребенка письму становится возможным установить, что многие ошибки обусловлены именно недостаточным развитием слухового анализатора. Когда ребенок пишет под диктовку удка вместо утка или лотка вместо лодка, он не различает фонем [д] и [т].

К тому времени, когда речь должна быть средством общения, обозначения и орудием мышления, она оказывается в крайне неразвитом состоянии.

Резкое отставание наблюдается уже в период доречевых вокализаций. Если в норме спонтанный лепет появляется в период от 4 до 8 месяцев, то у умственно отсталых детей он отмечается в период от 12 до 24 месяцев (И.В. Карлин, М. Стразулла).

У умственно отсталых детей с дебильностью первые слова появляются позднее 3-х лет. Исследования И.В. Карлина и М. Стразуллы показали, что первые слова у этих детей появляются в период от 2,5 до 5 лет. (В норме появления первых слов у детей от 10 до 18 месяцев).

Значительное отставание отмечается у умственно отсталых детей в появлении фразовой речи. При этом временной интервал между первыми словами и фразовой речью у них более длительный, чем у нормальных детей. Скудные и аграмматичные фразы появляются к 5-6 годам.

С.Я. Рубинштейн пишет о том, что у умственно отсталых выявляется бедность словарного запаса, неточность употребления слов, трудности актуализации словаря более значительные, чем в норме, преобладание пассивного словаря над активным, несформированности структуры значения слова, нарушения процесса организации семантических полей.

Наиболее важными причинами бедности словарного запаса у этих детей является низкий уровень их умственного развития, ограниченность представлений и знаний об окружающем мире, несформированность

интересов, снижение потребности в речевых и социальных контактах, а также слабость вербальной памяти.

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

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

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

Вопрос 2. ЗПР (задержанное психическое развитие).

Проблема задержки психического развития у детей, ее виды исследовались многими видными отечественными и зарубежными учеными.

Причины этой формы отклонений в развитии детей анализировались такими исследователями, как М.С. Певзнер (1966), Г.Е. Сухарева (1974), Т.А. Власова (1975), К.С. Лебединская (1975), В.В. Лебединский (1980). Все они констатируют связь между задержкой психического развития и **резидуальными (остаточными) состояниями** после перенесенных во внутриутробном развитии, во время родов или в раннем детстве слабовыраженными органическими повреждениями центральной нервной системы, а также генетически обусловленной недостаточностью функционирования центральной нервной системы.

Слабовыраженная органическая недостаточность головного мозга ведет к значительному замедлению темпа развития, отрицательно сказывающемуся на психическом развитии детей. В.В. Лебединский отмечает, что в этиологии задержки психического развития играют роль **конституциональные факторы**, хронические соматические заболевания, длительные

неблагоприятные условия воспитания и, главным образом, органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального, реже – генетического характера.

До сих пор ни российские, ни зарубежные исследователи не пришли к единой трактовке термина данного синдрома ввиду разной этиологии, патогенеза и пестрой клинической картины заболевания. Так, например, в работах педиатров, детских неврологов и психиатров использовались названия «дети с астеническими состояниями», «дети с психофизическим инфантилизмом». В некоторых названиях использовался наиболее часто встречающийся признак заболевания: гиперкинетический синдром, синдром повышенной возбудимости, специфическая неспособность к чтению, психоневрологические нарушения учебы.

И лишь в 1962 году на международной конференции вместо многих названий было принято решение использовать термин «**легкая дисфункция мозга**» (ЛДМ) или «**минимальная мозговая дисфункция**» (ММД). В России применяется термин «задержка психического развития» (ЗПР).

В современном значении под термином «задержка психического развития» понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных её функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых). Иначе говоря, это состояние замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма вследствие временно и мягко действующих факторов (ранней депривации, плохого ухода и др.). Общеизвестно, что задержка развития может иметь обратимый характер.

Исследования М.С. Певзнер и Т.А. Власовой позволили выделить две основные формы задержки психического развития:

– задержку психического развития, обусловленную психическим и **психофизическим инфантилизмом**, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы;

– задержку развития, возникшую на ранних этапах жизни ребенка и обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

Задержка психического развития в виде неосложненного психического инфантилизма рассматривается как более благоприятная, чем при церебрастенических расстройствах, когда необходима не только длительная психолого-коррекционная работа, но и лечебные мероприятия.

Исходя из принципа этиологии принято различать четыре основных варианта ЗПР:

- 1) задержка психического развития конституционального происхождения;
- 2) задержка психического развития соматогенного происхождения;
- 3) задержка психического развития психогенного происхождения;
- 4) задержка психического развития церебрально-органического генеза.

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер.

При задержке психического развития конституционального происхождения (гармонический, психический и психофизический инфантилизм) инфантильности личности часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской мимикой и недоразвитием моторики. Эмоциональная сфера этих детей находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста.

Соматическая задержка психического развития характеризуется эмоциональной незрелостью, которая обусловлена длительными хроническими заболеваниями, врожденными и приобретенными пороками внутренних органов, в первую очередь сердца. В замедленном темпе психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический статус.

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает патологического характера. Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с ЗПР по типу психической неустойчивости (неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность). В условиях гиперопеки психогенная задержка психического развития проявляется в формировании эгоцентрических установок. В психотравмирующих ситуациях или условиях воспитания, где преобладает жестокость либо грубая форма авторитарности, нередко формируется невротическое развитие личности.

При задержке психического развития церебрально-органического генеза необходимы комплексные психолого-педагогические коррекционные мероприятия. Причинами этой формы ЗПР являются патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни. В определенной мере они сходны с причинами, приводящими к олигофрении. Это сходство определяется органическими поражениями центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза.

Дифференциальная диагностика этих форм аномалий – идет ли речь о выраженном и необратимом недоразвитии в виде олигофрении либо только о

замедленном темпе психического развития – будет зависеть от массивности поражения мозга и от времени поражения.

Чаще задержка психического развития по церебрально-органическому типу связана с более поздними поражениями мозга, когда дифференциация основных мозговых систем уже закончена. Задержка психического развития церебрального происхождения при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречается чаще других и представляет наибольшую сложность при отграничении от умственной отсталости.

Церебрально-органическая недостаточность накладывает отпечаток на структуру ЗПР, характеризующуюся в этом случае не только особенностями эмоционально-волевой незрелости, но и спецификой нарушения познавательной деятельности.

Дети с задержкой психического развития церебрально-органического генеза являются наиболее сложными в диагностическом отношении, потому что, как и дети с олигофренией, оказываются стойко неуспевающими в первые годы обучения.

В зависимости от происхождения (церебрального, конституционального, соматического, психогенного), времени воздействия на организм ребенка вредоносных факторов задержка психического развития дает разные варианты отклонений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности.

В настоящее время категория детей с ЗПР глубоко и всесторонне изучена как с клинической, так и с психолого-педагогической стороны.

Клинико-психологическая характеристика детей с задержкой психического развития

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

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

запоминания. Им необходим более длительный период для приема и переработки информации.

Л.С. Выготский неоднократно подчеркивал, что процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития, под которой понимаются отношения между ребенком и окружающей его социальной действительностью. В неблагополучных семьях ребенок испытывает дефицит общения. Эта проблема со всей остротой встает в школьном возрасте в связи со школьной адаптацией. При сохранном интеллекте эти дети не могут самостоятельно организовывать свою деятельность: испытывают трудности в планировании и вычленении ее этапов, им недоступна оценка результатов. Отмечается выраженное нарушение внимания, импульсивность, отсутствие заинтересованности в улучшении своих показателей. Особую трудность вызывают задания, которые необходимо выполнить по словесной инструкции. Дети, с одной стороны, испытывают повышенную утомляемость, а с другой – очень раздражительны, склонны к аффективным вспышкам и конфликтам.

У детей с задержкой развития церебрально-органического генеза замедленная смена возрастных фаз психического развития (запаздывание формирования двигательных функций, речи, этапов и уровней деятельности) часто имеет место уже в дошкольном возрасте. К школьному возрасту обычно выявляется уже общая ЗПР, включается как несформированность эмоционально-волевой сферы по типу так называемого органического инфантилизма, так и незрелость познавательной деятельности. При органическом инфантилизме отсутствует живость и яркость эмоций, характерна их недостаточная дифференцированность, слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний. Выраженная внушаемость нередко отражает органический дефект критики. Игровую деятельность характеризует бедность воображения и творчества, преобладание двигательной расторможенности.

Замедление формирования познавательной деятельности при ЗПР церебрально-органического генеза в значительной мере связано с нейродинамическими расстройствами. Сюда в первую очередь относятся **церебрастенические явления** – повышенная утомляемость, играющая большую роль в нарушениях работоспособности, памяти, внимания, других высших психических функций, замедление темпа интеллектуальной деятельности при быстром нарастании усталости.

При стойких формах ЗПР церебрально-органического генеза, помимо расстройств познавательной деятельности, обусловленных нарушением работоспособности, нередко наблюдается и недостаточная сформированность отдельных корковых или подкорковых функций: слухового, зрительного и тактильного восприятия, пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти.

Различные комбинации недостаточности отдельных корковых и подкорковых функций – причина трудности формирования тех или иных школьных навыков. Нейропсихологические исследования выявили в графических пробах, в том числе в письме, на фоне повышенной истощаемости возникновение тремора. Фиксация внимания на технической стороне действия часто приводила к увеличению ошибок в письме – слитному написанию отдельных слов, недописыванию элементов букв, нарушению усвоенных ранее грамматических правил. Недостаточность речевой моторики, трудности дифференциации фонем, негрубые нарушения зрительно-моторной координации – все вместе нередко препятствуют автоматизации и упрочению навыков чтения и письма.

Формы ЗПР церебрально-органического генеза имеют определенную общность с олигофренией в плане этиологии, но они характеризуются не только меньшей тяжестью поражения нервной системы, но и иной клинико-психологической структурой дефекта. Более позднее время поражения приводит практически к обязательному наличию повреждения систем с относительно коротким периодом развития. Поэтому в клинико-психологическую структуру ЗПР всегда будут включены нейродинамические и разной степени выраженности энцефалопатические расстройства. Более позднее время поражения обуславливает и различную степень уязвимости отдельных функций к вредоносному воздействию. В отличие от олигофрении, когда имеется тотальное недоразвитие, при ЗПР наблюдается избирательность нарушений, особенно в отношении высших корковых функций.

Таким образом, наряду с общими чертами, детям с вариантами ЗПР различной клинической этиологии свойственны характерные особенности, необходимость учета которых в психологическом исследовании и при обучении и коррекционной работе очевидна.

Специалисты, исследующие психологические закономерности развития данной категории детей, указывают, что при психолого-педагогическом изучении выявляется ряд черт, отличающих их от умственно-отсталых детей. Многие практические и интеллектуальные задачи они решают на уровне своего возраста, способны воспользоваться оказанной помощью, умеют осмыслить сюжет картинки, рассказа, разобраться в условии простой задачи и выполнить множество других заданий. В то же время у этих учащихся отмечается недостаточная познавательная активность, которая в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью может серьезно тормозить их обучение и развитие. Быстро наступающее утомление приводит к потере работоспособности, вследствие чего у учащихся возникают затруднения в усвоении учебного материала: они не удерживают в памяти условия задачи, продиктованное предложение, забывают слова; допускают нелепые ошибки в письменных работах; нередко вместо решения задачи просто механически манипулируют цифрами; оказываются неспособными оценить результаты

своих действий; их представления об окружающем мире недостаточно широки.

Дети с ЗПР не могут сосредоточиться на задании, не умеют подчинять свои действия правилам, содержащим несколько условий. У многих из них преобладают игровые мотивы.

Характеризуя детей, направляемых в специальные классы после года обучения в общеобразовательной школе, учителя отличают их от умственно отсталых школьников. О многих педагоги говорят, что, хотя ребенок и не овладел знаниями в полном объеме школьной программы, но все же в его развитии заметен значительный сдвиг. Отмечается, что иногда такие дети активно работают в классе и выполняют задания вместе со всеми учащимися, но скоро устают, начинают отвлекаться, перестают воспринимать учебный материал, в результате чего в знаниях образуются значительные пробелы.

Таким образом, пониженная активность мыслительной деятельности, недостаточность процессов анализа, синтеза, сравнения, обобщения, ослабленность памяти, внимания не остаются незамеченными, и учителя пытаются оказать каждому из таких детей индивидуальную помощь: стараются выявить пробелы в их знаниях и восполнить их теми или иными способами – объясняют заново учебный материал и дают дополнительные упражнения; чаще, чем в работе с нормально развивающимися детьми, используют наглядные дидактические пособия и разнообразные карточки, помогающие ребенку сосредоточиться на основном материале урока и освобождающие его от работы, не имеющей прямого отношения к изучаемой теме; разными путями организуют внимание таких детей и привлекают их к коллективной работе класса.

Все эти меры на отдельных этапах обучения, безусловно, приводят к положительным результатам, позволяют достигнуть временных успехов, что дает возможность учителю считать ученика не умственно отсталым, а лишь отстающим в развитии, медленно усваивающим учебный материал.

Клинические и психологические наблюдения показывают, что частые переходы от состояния активности к полной или частичной пассивности, смена рабочих и нерабочих настроений тесно связана с нервно-психическим состоянием и возникают порой без видимых причин. Однако и внешние обстоятельства, например, такие, как сложность задания, необходимость выполнения большого объема работы, выводят ребенка из равновесия, заставляют нервничать и иногда надолго выбивают его из рабочего состояния.

В периоды нормальной работоспособности у детей с ЗПР обнаруживается целый ряд положительных сторон их деятельности, характеризующих сохранность многих личностных и интеллектуальных качеств. Эти сильные стороны проявляются чаще всего при выполнении детьми доступных и

интересных заданий, не требующих длительного умственного напряжения и протекающих в спокойной доброжелательной обстановке.

В таком состоянии при индивидуальной работе с ними дети оказываются способными самостоятельно или с незначительной помощью решать интеллектуальные задачи почти на уровне нормально развивающихся сверстников (производить группировку предметов, устанавливать причинно-следственные связи в рассказах со скрытым смыслом, понимать переносный смысл пословиц).

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

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

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

Рабочее состояние детей с ЗПР, во время которого они способны усвоить учебный материал и правильно решить те или иные задачи, кратковременно. Как отмечают учителя, нередко дети способны работать на уроке всего 15 – 20 минут, а затем наступает утомление и истощение, интерес к занятиям пропадает, работа прекращается. В состоянии утомления у них резко снижается внимание, возникают импульсивные, необдуманные действия, в работах появляется множество ошибок и исправлений. У некоторых детей собственное бессилие вызывает раздражение, другие категорически отказываются работать, особенно если требуется усвоить новый учебный материал.

Этот небольшой объем знаний, который детям удается приобрести в период нормальной работоспособности, как бы повисает в воздухе, не связывается с последующим материалом, недостаточно закрепляется. Знания во многих случаях остаются неполными, отрывистыми, не систематизируются. Вслед за этим у детей развивается крайняя

неуверенность в своих силах, неудовлетворенность учебной деятельностью. В самостоятельной работе дети теряются, начинают нервничать и тогда не могут выполнить даже элементарных заданий. Резко выраженное утомление возникает после занятий, требующих интенсивного умственного выражения.

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

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

Вопрос 3. Нарушение слуха. Психология лиц с нарушением слуха (сурдопсихология).

Сурдопсихология – раздел специальной психологии, в котором изучают психологические особенности лиц с нарушениями слуха в результате дефекта слухового анализатора.

1. Слуховой анализатор: строение и особенности развития

Среди аномальных детей значительную категорию составляют дети с различными выраженными отклонениями слуха.

Слух – отражение действительности в форме звуковых явлений, способность человека (живого организма) воспринимать и различать звуки. Эта способность реализуется посредством органа слуха или звукового анализатора (это сложный нервный механизм). Слуховой анализатор включает периферический отдел, средний и центральный отделы. Ухо является усилителем и преобразователем звуковых колебаний.

Окружающий нас мир полон звуков, отличающихся огромным разнообразием. Мы живем в мире звуков. Слух имеет огромное значение для развития человека.

Познание окружающей действительности крайне затруднено у ребенка, лишенного слуха.

Овладение речью - одна из центральных, важнейших психических функций - в определяющей степени зависит от слуха. Ребенок, имеющий дефекты слуха не может самостоятельно научиться говорить, т.к. нечетко воспринимает речь и слышит звуковые образцы. Ребенок с недостатками слуха не может контролировать собственное произношение. Соответственно

от этого в значительной степени страдает его устная речь. Все эти факторы отрицательно влияют на процесс и возможности обучения и познания окружающего мира.

Речь лежит в основе мыслительной деятельности.

Глубокие нарушения слуха и речи способствует известной социальной изоляции аномальных детей, т. к. деятельность с нормально слышащими ограничено.

Таким образом, глубокое и стойкое нарушение слуха оказывает влияние на психическое, физическое и личностное развитие ребенка.

2 Причины аномалий развития слуха

Глубоким и стойким считается такое поражение слуховой функции, при котором процесс развития протекает на дефектной основе и не обнаруживает признаков улучшения пораженной функции, а лечебные средства оказываются неэффективными.

Причины.

➤ Нарушения слуха могут вызываться различными инфекционными заболеваниями детей (менингит и энцефалит, корь, скарлатина, отит, грипп и его осложнения), где происходит поражение наружного, среднего или внутреннего уха, слуховой нерв. Если поражено внутреннее ухо и стволовая часть слухового нерва, в большинстве случаев наступает глухота, если же среднее ухо - частичная потеря слуха.

➤ Неблагополучное протекание беременности, прежде всего – вирусные заболевания матери в первом триместре беременности, такие как краснуха, корь, грипп, герпес.

➤ Врожденная деформация слуховых косточек, атрофия или недоразвитие слухового нерва, химические отравления (например, хинином), родовые травмы (например, деформация головы ребенка при наложении щипцов); а также механические травмы: ушибы, удары, акустические воздействия сверхсильными звуковыми раздражителями (свистки, гудки и т.п.), контузии при взрывах.

➤ Нарушение слуха может оказаться последствием острого воспаления среднего уха.

➤ Стойкое снижение слуха часто возникает в результате заболеваний носа и носоглотки (хронический насморк, аденоиды и др.). Наиболее серьезную опасность для слуха эти заболевания представляют в тех случаях, когда происходят в младенческом и раннем возрасте.

➤ Неадекватное применение антибиотиков - фактор, влияющий на снижение слуха.

➤ Наследственные факторы. В семьях глухих дети с нарушениями слуха рождаются значительно чаще, чем в семьях слышащих. Вероятность

рождения глухого ребенка повышается в семьях, где один или оба родителя являются врожденно глухими, а также при браках между близкими родственниками или при большой разнице в возрасте супругов.

➤ Причинами нарушений слуха могут быть и такие заболевания родителей, как алкоголизм, «кессонная болезнь» (у летчиков и водолазов). К группе риска относятся дети с различными хромосомными заболеваниями.

3. Различные поражения слухового анализатора вызывают различную степень выраженности дефекта слуховой функции. Зависят от времени возникновения патологического процесса, от того в какой степени и в какой период развития нарушен слух.

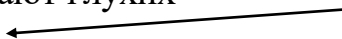
В зависимости от этих факторов детей с недостатками слуха делят на 3 категории:

- глухие
- позднооглохшие
- слабослышащие (тугоухие).

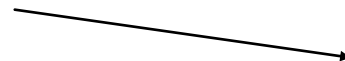
Не только дефект слуха, но и вторично возникшая недостаточная речь затрудняет обучение детей.

Глухие дети – это дети с тотальным (полным) выпадением слуха, который не может быть самостоятельно использован ими для дальнейшего речевого запаса. Обычно сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать громкие и резкие, низкие звуки.

Различают глухих



- Глухих без речи (рано-оглохших) с двусторонним стойким глубоким нарушением слуха врожденным или приобретенным в раннем детстве, доречевом периоде.



-Глухих (позднооглохших) с потерей слуха, но сохранной речью.

Слабослышащие (тугоухие) - дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но сохраняющей

возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора. Различают среди слабослышащих:

- 1) детей, обладающих к моменту поступления в школу крайне ограниченной или глубоко недоразвитой речью;
- 2) детей, владеющих развернутой речью с небольшими недостатками в её грамматическом построении и ошибками в произношении и письме.

Глухие дети

Термин «глухонемота»- редко употребляемый, показывает зависимость между поражением слуха (глухотой) и отсутствием речи (немотой). Немота следствие глухоты. У глухонемых не наблюдается органических поражений (первичных) речевого аппарата (в периферийном и центральном отделах).

Отсутствие речи - вторичное отклонение и влечет за собой психические отклонения (нарушение зрительного восприятия, логического мышления и других познавательных процессов). Замедленный темп развития глухонемого ребёнка (из-за аномалии с окружающим миром).

Таким образом, частичный периферийный дефект вызывает своеобразное аномальное развитие, характеризующееся не только отсутствием речи, но и интеллектуальным недоразвитием, заметными затруднениями в обучении.

Однако специальные условия обучения стимулируют компенсаторные процессы глухонемых, постепенно сглаживают и выправляют дефекты психического развития, преодолевают «немоту». Глухонемой постепенно перестаёт быть немой, и становится глухим говорящим. Поэтому термин «глухонемой» неприемлем, т.к. не отражает действительность.

Сохраненные анализаторы выполняют компенсаторную функцию для познания окружающей действительности.

Глухой ребенок средства общения и способы находит в мире предметов, действий, рисунков, обращается к вынужденной речи общения - мимико-жестиккулярной речи (жестовой речи), основанной на системе жестов, каждый из которых имеет своё значение.

Комплекс образов представленных в сочетании с жестовыми средствами составляет основу развития мышления глухих, не овладевших словесной речью.

Расширяя познавательные возможности глухого ребёнка, словесная речь способствует переходу от наглядно-образного к словесно-логическому мышлению, во многом формирует личность ребёнка, расширяет её социальные возможности.

Устная речь воспринимается слышащими на слух. Глухие используют для этой цели зрение - чтение с губ, т.е. зрительное восприятие речи, по

движению речевых органов - эти навыки компенсируют дефекты слуха. Навыки чтения с губ формируются в связи с обучением речи.

Использование остатков слуха играет немаловажную роль и в сочетании с другими анализаторами, способствует усвоению произношению и формированию навыка чтения с губ.

Всевозможные специальные и технические средства, пособия предназначены для использования сохранных анализаторов (виброскоп) преобразует звучащую речь в механические колебания - помогает чтению с губ, работа над произношением (над голосом и ритмом).

Важным условием словесного обучения является желание и потребность глухого ребёнка отказаться от более доступной для него жестовой речи и перейти к высшей форме человеческого общения - устной речи.

В процессе обучения глухих формируются виды речи: письменная, тактильная (ручная азбука). Это компенсаторные виды речи. Этот вид речи в дальнейшем становится вспомогательным средством.

Обучение глухих детей показывает, что, овладевая словесной речью и получая на этой базе общеобразовательные и профессиональные знания, они приобретают возможности дальнейшего развития.

Позднооглохшие дети.

Задача специального организованного обучения и воспитания - сохранить и развить устную речь, познавать действительность на уровне словесно-логического мышления.

Обучение затруднено восприятием устной речи (разговорной). Этот недостаток компенсируется развитием коррекционного навыка зрительного восприятия речи - чтения с губ. Успешное различение слов и фраз, считываемых с губ, зависит от уровня речевого развития ребёнка, речевого опыта.

Другое затруднение речевой деятельности является произношение. Оно отличается типичными особенностями: нарушением модуляций голоса, неточной артикуляции звуков, слабой звучностью, ошибками в словесном ударении и окончании слов. Особое значение имеет последовательное наращивание словарного запаса, обучение грамоте и грамматике. Позднооглохшие дети обучаются отдельно от глухих детей в специальных школах, где важное место уделяется развитию зрительного восприятия речи и сохранению имеющегося речевого запаса.

Классификация лиц с нарушением слуха (Р.М.Боскис).

Педагогические классификации направлены на обоснование различных подходов к обучению детей с нарушениями слуха. В нашей стране наибольшее применение находит психолого-педагогическая классификация Р.М. Боскис. Ее основу составляют положения теории компенсации психических функций Л.С. Выготского, в частности положение о сложной структуре нарушения. Р.М. Боскис предложила новые критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушениями слуха: степень потери слуха; время возникновения нарушения слуха; уровень развития речи.

Первая – глухие (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. Развитие мышления в большей степени сходно с его развитием у слышащих детей, чем у ранооглохших. Это сходство оказывается тем большим, чем лучше сохранены речевой запас и связанные с ним возможности отражения действительности при помощи словесных обобщений (Р.М. Боскис).

Третья – слабослышащие (тугоухие), дети с частичной потерей слуха.

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. Преимущественной координатой нарушений развития в данном случае становится координата «снизу вверх». Асинхрония сказывается в разной степени недоразвития одних систем восприятия при сохранности других. Нарушение деятельности органов слуха способствует возникновению явлений изоляции.

Нарушение познавательных (когнитивных) функций психики.

В развитии всех видов ощущений и восприятий у детей с недостатками слуха имеются специфические особенности. Большое значение для

компенсации нарушений слуха приобретает зрительное восприятие. Развитие зрительного восприятия следует рассматривать в соответствии с этапами его формирования в детском возрасте.

Для ребенка с нарушением слуха зрительное восприятие – и главный источник представлений об окружающем мире, и канал, обеспечивающий возможности общения с другими людьми, восприятия обращенной к нему речи. В процессе обучения и воспитания у этих детей совершенствуется тонкость и дифференцированность зрительного восприятия, в том числе мимики, движений губ, лица и жестов партнеров по общению, изменений положения пальцев при дактилировании.

Таким образом, зрительное восприятие детей с недостатками слуха развивается по тем же законам, что и восприятие слышащих, но специфика нарушения приводит к несвоевременному формированию межфункциональных взаимодействий (между восприятием и речью), а это, в свою очередь, отрицательно влияет на развитие одного из самых сложных свойств восприятия – осмысленности. Аналогичные нарушения можно обнаружить при анализе других видов восприятий.

Многие дети, имеющие нарушения слуха, отстают от нормально слышащих детей по развитию движений. По данным А.А. Венгер, Г.Л. Выготской и Э.И. Леонгард, 70% детей позже срока начинают держать головку, позднее, чем положено, начинают сидеть, стоять и ходить. Задержка самостоятельной ходьбы отмечается у 50% таких детей. Некоторая неустойчивость, трудности сохранения статичного и динамичного равновесия, недостаточно точная координация и неуверенность движений, относительно низкий уровень развития пространственной ориентировки сохраняются у многих детей с недостатками слуха на протяжении всего дошкольного возраста. Особенности развития моторики проявляются как в передвижении, так и в действиях с предметами.

У большинства детей имеется отставание в развитии мелких движений пальцев рук, артикуляционного аппарата. Трудности сохранения статического и динамического равновесия проявляются и в школьном возрасте. Так, если при ходьбе с открытыми глазами глухие держатся так же, как и слышащие, то при ходьбе с закрытыми глазами у 45% глухих младших школьников наблюдаются расстройства равновесия, которые сохраняются до 12–14 лет. Затем эти различия уменьшаются. Замедленная, по сравнению со слышащими, скорость выполнения отдельных движений влияет на темп деятельности в целом: он оказывается более медленным. По данным Ж.И. Шиф, на первом году обучения в школе у глухих детей скорость двигательной реакции заметно снижена по сравнению со слышащими сверстниками. К 14 годам она почти не отличается от таковой у слышащих, т.е. за время обучения скорость движений возрастает. Для детей, имеющих

нарушения слуха, характерно более медленное овладение двигательными навыками.

Потеря слуха создает сложные условия для развития двигательной чувствительности. Слуховой контроль помогает выработке четких, плавных и размеренных движений, его отсутствие приводит к трудностям в их формировании. У детей с нарушениями слуха компенсация отсутствующего слухового контроля может совершаться за счет увеличения роли зрительного, тактильно-вибрационного и двигательного восприятий. Для ее достижения нужно заботиться о развитии у таких детей двигательного контроля за качеством движений.

Особенности развития речи у детей с нарушениями слуха накладывают определенный отпечаток на становление их движений, в частности на высшие формы их регуляции. Развитие произвольных движений начинается с того, что ребенок учится подчинять свои движения словесно сформулированным требованиям окружающих. Затем слово становится средством организации собственных движений, упорядочивает их, делает более организованными и дифференцированными. Двигательные навыки, складывающиеся у детей в условиях развернутой речевой деятельности, имеют более обобщенный характер, легче переносятся в новые условия (А.В. Запорожец). У детей с нарушениями слуха вследствие более позднего формирования словесной речи произвольная регуляция движений складывается позже.

Компенсация отсутствующего слухового контроля у глухих детей может совершаться за счет увеличения роли зрительного восприятия и кожной чувствительности. Большое значение имеет развитие собственно кинестетического контроля за качеством движений.

Велика роль двигательных ощущений в овладении глухими устной речью – они являются для детей и взрослых единственным средством самоконтроля за произношением, поскольку при исправлении неправильного произношения глухой зачастую может опираться только на те ощущения, которые получает от движений артикуляционного аппарата.

Специфические особенности развития двигательных ощущений у детей с недостатками слуха вытекают из структуры нарушения и связаны с отставанием в формировании межфункциональных взаимодействий.

Кожные ощущения и восприятия возникают при непосредственном контакте предмета с кожей, к ним относятся тактильные, вибрационные, температурные, болевые. Из всех видов кожных ощущений для компенсации нарушений слуха наибольшее значение имеют вибрационные.

Колебания вибрирующих предметов распространяются в воздушной среде, передаются через твердые тела и жидкость. В том случае, когда

человек не прикасается непосредственно к источнику вибраций, а воспринимает их через передающую среду – по воздуху и т.п., вибрационные ощущения дают возможность судить о явлениях, удаленных от человека. При нарушениях слуха это очень важно, поскольку глухой человек лишен одного из важнейших дистантных каналов приема информации.

Например, глухие определяют место источника вибраций в два раза точнее, чем слышащие; у них обнаружено снижение абсолютных порогов вибрационных ощущений по сравнению со слышащими людьми, т. е. увеличение чувствительности к вибрационным воздействиям в диапазоне 100–1000 Гц. Оказалось, что при полном выключении слухового анализатора вибрационная чувствительность обостряется, а с улучшением слуха снижается. Упражнения активизируют вибрационную чувствительность.

Развитие вибрационной чувствительности имеет большое значение для овладения устной речью, ее восприятия и произношения.

У детей с нарушениями слуха наблюдается значительное отставание в развитии осязания, особенно в развитии его сложных форм. В период раннего детства осязание связано с предметными действиями и развивается на их основе. В дошкольном возрасте оно начинает выделяться в самостоятельный процесс познания, но успешно совершается лишь тогда, когда сопровождается зрительным восприятием. В дальнейшем осязание все в большей степени перестает нуждаться в поддержке зрительного восприятия, одновременно происходит совершенствование движений. Если вначале они имеют развернутый характер, то затем постепенно их количество сокращается, причем обследующий перестает обращать к несущественным элементам и сосредоточивает свое внимание на том, что несет максимальную информацию, у него формируется умение сочетать крупные и мелкие движения рук. Глухие дети 7–8-летнего возраста испытывают затруднения в узнавании предметов посредством осязания при выключенном зрении, тогда как их слышащие сверстники хорошо узнают предметы в такой ситуации. Это говорит об отставании в развитии осязания как самостоятельного познавательного процесса. Так, А.П. Гозова исследовала особенности узнавания посредством осязания объемных предметов и их контурных изображений глухими и слышащими детьми при выключенном зрении. Объемные предметы легче распознаются всеми детьми. При их узнавании различия между глухими и слышащими школьниками уменьшаются к V классу (у слышащих – 37 правильно распознанных фигур из 40, у глухих – 35). В распознавании плоских изображений наибольшие трудности наблюдались у глухих первоклассников (1 правильное распознавание из 40, у слышащих сверстников – 11 правильных).

Различия между глухими и слышащими особенно отчетливо выступали в тех случаях, когда распознавание объектов требовало мыслительных

операций. Слышащие дети использовали более сложные формы обследования – сложные виды движений, поиск добавочных признаков, характерных для рассматриваемого объекта. Глухие школьники обычно не пытались найти дополнительные признаки, специфические для данного объекта, и таким образом проверить правильность своего распознавания. Различия между слышащими и глухими детьми уменьшались только к старшему школьному возрасту, но не полностью (глухие девятиклассники правильно распознали 18, слышащие – 30 плоских объектов из 40). При выключенном зрении осязание нуждается в активном привлечении прошлого опыта, в сопоставлении полученных данных с имеющимися представлениями и знаниями о предметах, в правильной организации процесса обследования.

Недостаточное развитие мышления и речи у детей с нарушениями слуха сказывается на развитии осязания. Таким образом, анализ особенностей развития ощущений и восприятия у детей с нарушенным слухом показывает, что у детей данной категории наблюдается определенная закономерность развития этих процессов, которая характерна для дефицитарного типа нарушения, асинхрония, что проявляется в разной степени недоразвития одних систем восприятия (двигательная чувствительность, осязание) при более высоком уровне развития других (зрительное восприятие, вибрационная чувствительность).

Внимание. Наиболее простым и генетически исходным видом внимания является произвольное внимание, которое имеет пассивный характер, так как определяется внешними по отношению к целям деятельности событиями и предметами. И именно оно оказывается ведущим у детей дошкольного возраста – как глухих, так и слышащих. Оно вызывается новыми, необычными или интересными для ребенка предметами и явлениями. На протяжении дошкольного возраста устойчивость внимания меняется – от 10–12 минут в начале данного возрастного периода до 40 минут в его конце.

Произвольное внимание возникает как результат воздействия взрослых, воспитания и обучения. Оно отличается активным характером, сложной структурой, опосредованной социально выработанными способами организации поведения. По мнению А.Н. Леонтьева, вначале гораздо быстрее идет развитие внешне опосредствованного внимания. В школьном возрасте наступает перелом, который характеризуется тем, что внешне опосредствованное внимание становится внутренне опосредствованным.

Особенности в развитии внимания детей с нарушениями слуха связаны с тем, что для них большее значение имеет зрительное восприятие, а значит, основная нагрузка по переработке поступающей информации ложится на зрительный анализатор. Например, восприятие словесной речи посредством считывания с губ требует полной сосредоточенности на лице говорящего человека, восприятие дактильной речи – на положениях пальцев рук. Эти

процессы возможны только при устойчивом внимании, напряжении ребенка. Поэтому глухие дети быстрее и больше утомляются, чем нормально слышащие, следствием этого является усиление неустойчивости внимания.

У глухих детей отмечаются трудности переключения внимания, им требуется больше времени на «вработывание», что приводит к снижению скорости выполняемой деятельности, увеличению числа ошибок.

В связи с этим при обучении детей с нарушенным слухом широко используются различные средства наглядности: одни – для привлечения непроизвольного внимания (например, яркая картинка), другие – для развития произвольного внимания (схемы, таблицы).

В процессе школьного обучения у детей с нарушенным слухом произвольное внимание развивается, формируются основные его свойства. Существенное отличие от нормально слышащих детей заключается в том, что наибольший темп развития произвольного внимания приходится на подростковый период (у слышащих оно формируется на 3–4 года раньше).

Задача формирования внимания у детей с нарушениями слуха решается благодаря правильно организованной учебной деятельности. К общим условиям, способствующим формированию произвольного внимания, можно отнести: организацию учебного материала, его структурирование, подбор ярких примеров; формирование мотивации учебной деятельности, устойчивых познавательных интересов; организацию деятельности самого учителя (особенно – оптимальное соотношение устной, тактильной, письменной форм речи, правильное дозирование нагрузки, использование разнообразных методов педагогического воздействия, формирование у учащихся навыков учебной деятельности, в частности контроля и самоконтроля). К специфическим условиям можно отнести такие, как использование специальных технических средств (звукоусиливающей аппаратуры индивидуального и коллективного пользования); широкое применение наглядных средств обучения, с помощью которых можно привлекать непроизвольное внимание и развивать произвольное (для этого используются средства определенного уровня абстрактности: схемы, диаграммы, таблицы). Важным фактором, который всегда следует учитывать, является своеобразный способ восприятия глухими детьми устной речи – постоянная фиксация внимания на лице и губах говорящего, требующая особой сосредоточенности. Поэтому, с одной стороны, нужно дозировать речевую нагрузку, с другой – формировать и автоматизировать навык считывания с губ. Чем лучше глухой ребенок считывает с губ, тем легче ему сосредоточить внимание на говорящем, тем меньше он будет утомляться. Для человека, общающегося с неслышащими людьми, обязательны определенные правила поведения – нужно стоять или сидеть лицом к глухому человеку, избегать ненужных хождений, жестикуляций. В процессе обучения глухих детей для привлечения и регуляции внимания важно

использовать различные виды чувствительности, например тактильную и вибрационную.

Таким образом, развитие внимания у глухих детей заключается в становлении произвольного внимания как сознательного и контролируемого, в формировании основных свойств внимания, таких как устойчивость, распределение, переключаемость.

Память. Образная память у глухих детей так же, как у слышащих, характеризуется осмысленностью. Процесс запоминания у них опосредуется деятельностью по анализу воспринимаемых объектов, по соотнесению вновь воспринятого с удержанным ранее. В то же время специфические особенности развития зрительного восприятия, в первую очередь то, что глухие дети отмечают в окружающих предметах и явлениях яркие, контрастные признаки, часто – несущественные, влияют на эффективность их образной памяти. Глухие дети раньше познают в объектах специфическое, чем особое общее, отмечают несущественные детали в ущерб главным, не менее заметным. У слышащих детей эти два вида познания предметов развиваются одновременно, что приводит к все возрастающему у них числу «ступеней разноспецифического узнавания» (И.М. Соловьев). Особенности возникающего образа предмета зависят от восприятия и влияют на последующее запоминание и воспроизведение.

Исследования Т.В. Розановой показали, что при произвольном запоминании наглядного материала глухие дети по всем показателям развития образной памяти отстают от нормально слышащих сверстников: в дошкольном возрасте хуже запоминают место расположения предметов; в начале младшего школьного возраста имеют менее точные, чем слышащие сверстники, образы памяти, поэтому путают места расположения предметов, сходных по изображению или реальному функциональному назначению. Сами изображения предметов глухие дети запоминают неточно, на протяжении младшего школьного возраста они отстают от нормально слышащих сверстников – легче смешивают образы сходных предметов, затрудняются в переходе к соответствующим им образам предметов. В процессе развития разница в успешности запоминания наглядного материала между глухими и слышащими постепенно уменьшается.

По характеру произвольного запоминания глухими детьми наглядного материала можно заключить, что в их памяти образы предметов в меньшей степени, чем у слышащих, организованы системно. Глухие дети реже пользуются приемами опосредствованного запоминания, что отрицательно сказывается на сохранении образов в памяти. Исследования особенностей произвольного запоминания предметов, схематических фигур показали, что у глухих детей сложившиеся в опыте системы образов оказываются менее дифференцированными, менее прочными, менее устойчивыми к помехам со стороны сходных образов, чем у слышащих сверстников. Например, при

запоминании схематичных фигур имеющееся объективное сходство между фигурами затрудняло запоминание каждой из них, приводило к тому, что вместо какой-то определенной фигуры глухой школьник рисовал такую, которая отдаленно напоминала любую из них, или рисовал фигуры, похожие на предшествующие, ранее нарисованные (Т.В. Розанова). При этом глухие школьники реже пользовались словесными обозначениями как средствами запоминания схематических фигур, а в случае использования таких обозначений менее точно характеризовали объект. Специфические трудности глухих детей связаны с необходимостью интегрировать, воссоздавать образ фигуры мысленно, без опоры на непосредственное восприятие целой фигуры, оперировать образами.

Словесные обозначения объектов имеют двойное значение для запоминания: с одной стороны, они ведут к тому, что возникающий образ конкретного предмета уподобляется привычному представлению о нем, с другой стороны, выполняют роль средств для запоминания и интеграции различных частей фигуры в единое целое, тем самым увеличивая устойчивость образов, облегчая воспроизведение. При запоминании глухие дети редко пользовались словесными обозначениями, менее точно характеризовали объект, что отрицательно сказывалось на воспроизведении схематических фигур. Если им удавалось подобрать удачное словесное обозначение, то это положительно влияло на воспроизведение фигур – рисунки приобретали большее сходство с образцами. В старшем школьном возрасте глухие дети чаще использовали словесные обозначения, воспроизведение фигур улучшалось. Глухие дети пользовались и жестовыми обозначениями фигур, что также приводило к улучшению запоминания.

Перечисленные особенности произвольного и произвольного запоминания наглядного материала накладывают отпечаток и на прочность запоминания, на длительность хранения материала в памяти. У глухих детей изменение образов совершается одновременно в двух направлениях: теряется своеобразие запомнившегося объекта или, наоборот, оно усиливается.

У слышащих детей точные образы объектов сохраняются более устойчиво и длительно. При отсроченном воспроизведении у глухих детей наблюдается тенденция взаимоуподобления сходных объектов. Например, при запоминании изображений рыб (лещ, щука, окунь, карась) рисунки разных рыб у глухих детей были похожи друг на друга в четыре раза чаще, чем у слышащих (М.М. Нудельман).

В процессе психического развития глухих детей образы памяти совершенствуются, формируется умение пользоваться различными средствами для запоминания. Для развития образной памяти необходимо совершенствовать познавательную деятельность детей, развивать их речь, формировать мыслительные операции – анализ и синтез, сравнение, абстракцию; учить их использовать различные средства для запоминания.

В развитии словесной памяти у детей с нарушениями слуха наблюдаются большие сложности, поскольку даже в условиях специального обучения отставание в развитии словесной речи приводит к отставанию в развитии словесной памяти.

Речь. На успешность запоминания слов глухими детьми оказывает влияние то, к какой грамматической категории относятся слова. Глухие дети прежде всего овладевают существительным, имеющими прямую предметную отнесенность. Представления о других грамматических категориях формируются позже и с большими сложностями, поскольку их формирование опирается на соответствующие мыслительные операции (например, абстракцию – при усвоении прилагательных, обобщение действий – при усвоении глаголов). Поэтому при запоминании существительных различия между глухими и слышащими детьми к подростковому возрасту постепенно уменьшаются, при запоминании глаголов и прилагательных эти различия продолжают существовать на протяжении всех лет обучения.

Трудности, испытываемые глухими детьми в запоминании слов, связаны с особенностями овладения ими словесной речью.

Во-первых, во время обучения речи слово воспринимается глухим ребенком не как смысловая единица, а как последовательность элементов (слогов, букв), на фиксацию которых он затрачивает значительные усилия. Это субъективно увеличивает и общее число запоминаемых элементов. Отсюда – искажения

буквенного состава слова, пропуски и перестановки букв и слогов.

Во-вторых, не достигается необходимая дифференцированность значений слов, относящихся к одной ситуации.

В-третьих, реже используются приемы опосредствованного запоминания, например группировка слов по смыслу. При запоминании от двух до шестнадцати слов, из 87 слов, знакомых детям, глухие и слышащие дети показали примерно одинаковые результаты, но глухие дети хуже использовали организующие возможности материала (смысловые и синтаксические), хуже структурировали материал (П. Олерон).

При запоминании глухими детьми предложений и связных текстов были обнаружены особенности, отражающие общие закономерности усвоения ими речи.

Для глухих детей предложения и тексты не всегда выступают как целостные, иерархически организованные системы, как единые смысловые единицы. Это зависит от уровня и глубины понимания предложений и текстов. Поэтому дети воспроизводят предложения с пропущенными словами, что нарушает их смысл или делает предложение аграмматичным. Часто дети могут вспомнить только часть предложения, переставляют и

заменяют слова. Например, предложение «Рабочие выстроили дом рядом с лагерем» глухой школьник воспроизвел так: «Рабочие выстроили дом рядом с этажом». Часто глухие школьники стремятся воспроизвести предложение с точно той же последовательностью слов, в какой оно было предъявлено, поэтому, забыв какое-либо слово, опускают его, оставляя все остальные на своих местах. В результате предложение становится аграмматичным. Недостаток прочно установившихся связей между словами, соответствующих нормам языка, приводит к тому, что глухим детям бывает трудно удержать в памяти предложение как целое и воспроизвести его. При запоминании предложения глухие дети не используют его грамматическую конструкцию. Глухие школьники не могут передать содержание текста своими словами, поэтому стремятся к дословному его воспроизведению. По мнению Л.В. Занкова и Д.М. Маянца, такое стремление объясняется не только недостаточным словарным запасом, но и тем, что используемые глухими слова «инертны», «малоподвижны», застыли в определенных сочетаниях.

Особенности развития словесной памяти глухих детей находятся в прямой зависимости от замедленного темпа их речевого развития, от неполного понимания текста. Дети часто понимают, о каких предметах идет речь, правильно устанавливают предметную отнесенность, довольно хорошо могут понять, какие действия совершаются персонажами; гораздо хуже они улавливают отношения между персонажами. Это приводит к упрощению отношений, обеднению содержания. Часто наблюдается сплав осмысленного и механического запоминания: то, что поняли, запоминают осмысленно, остальное – механически. Это затрудняет запоминание на длительный срок, поскольку для такого запоминания необходимо глубокое понимание текста, установление сложных логических связей и отношений.

В ходе развития речи, в процессе игровой и учебной деятельности память глухих детей совершенствуется. Т.В. Розанова выделила следующие направления развития словесной памяти глухих детей. Главное направление связано с обеспечением запоминания на длительный срок. Для этого нужно, во-первых, добиться полного понимания текста, используя, в частности, наглядные средства; во-вторых, помочь детям овладеть приемами произвольного запоминания: разбивкой текста на смысловые куски, выделением в нем опорных пунктов, подбором заголовков к смысловым кускам, составлением плана текста и т.д.; в-третьих, научить включать новый материал в уже сложившуюся систему знаний. Для этого нужно уметь находить сходство и различия, систематизировать и классифицировать материал. Важно создать у детей установку на длительное хранение материала.

Поскольку произвольное запоминание формируется у глухих детей медленнее, необходимо использовать и произвольное запоминание –

подачу материала в игровой форме, приемы, способствующие его переработке и осмыслению.

Все виды работ по развитию памяти будут эффективны только при интенсивном развитии словесной речи – расширении активного словаря детей, обучении их производить адекватные замены одних слов другими, близкими по смыслу, совершать пересказ текста своими словами. Таким образом, все направления работы по развитию словесной памяти глухих детей имеют своей целью формирование осмысленного запоминания.

Воображение. У детей с нарушениями слуха специфические особенности воображения обусловлены замедленным формированием их речи, в частности своеобразным развитием значений слов, отставанием в развитии сюжетно-ролевой игры и мышления. Как показали исследования Г.Л. Выгодской, глухие дошкольники долго не переходят от предметно-процессуальных игр, главным в которых является воспроизведение действий с предметами, к сюжетно-ролевым, требующим создания воображаемой игровой ситуации. Их сюжетные игры более однообразны, стереотипны, чем у слышащих детей, они больше склонны к простому подражанию. Воображение глухих дошкольников как бы дольше «привязано» сначала к восприятию, а потом к памяти. Глухие дети часто не могут использовать предметы-заместители, у них наблюдаются трудности в формировании познавательной функции воображения, позже, чем у слышащих, происходит разделение в цепочке «предмет – образ – слово». Таким образом, уже на ранних этапах онтогенеза глухие дети начинают отставать от слышащих сверстников в развитии воображения. И хотя образы памяти у них отличаются достаточной яркостью и живостью, отставание в развитии понятийного мышления мешает отвлечению от конкретного значения слова. Это затрудняет как воссоздание образов по словесному описанию, так и формирование новых образов. Исследование особенностей воссоздающего воображения, проведенное М.М. Нудельманом, показало, что образы, возникающие у глухих школьников при чтении литературных произведений, не всегда соответствуют описанию. Такое несоответствие часто является результатом неполного понимания детьми смысла прочитанного. В рисунках, сделанных к рассказу, изображаемая обстановка не всегда соответствует его содержанию. Большие расхождения между текстом и рисунком возникают из-за того, что дети вносят в рисунки много подробностей из своего прошлого опыта, так как текст рассказа актуализирует образы хорошо знакомых детям предметов, больше относящихся к образам памяти, чем воображения.

Так, глухие дети часто иллюстрировали эпизоды, имеющие лишь косвенное отношение к событиям (в 16% случаев, у слышащих детей этого не наблюдалось). С этим же связаны трудности в воссоздании окраски объектов – лишь в 40% случаев изображенные объекты были окрашены в соответствии с текстом. Дети воспроизводили многократно виденные

объекты определенной окраски, формы, размера. М.М. Нудельман приводит высказывание школьника, подтверждающее этот факт: «Красной крыши не бывает, у нас зеленая крыша».

Мышление. У глухих детей, которые овладевают словесной речью гораздо позже слышащих и на иной сенсорной основе, именно в развитии мышления наблюдается значительно больше специфических особенностей, чем в развитии других познавательных процессов. Проблема развития мышления у ранооглохших детей давно привлекает внимание философов и психологов, так как анализ своеобразной ситуации развития глухого ребенка позволяет лучше понять роль речи в процессе развития и функционирования мышления.

А.В. Запорожец исследовал особенности наглядно-действенного мышления глухих детей, не владеющих ни одним видом речи. Он предъявлял детям задачи разной сложности, в которых требовалось применить средства, например, воспользоваться палкой или линейкой для того, чтобы достать какой-то удаленный предмет; детям предлагали решать различные задачи с рычагами, где кроме внешней связи между вещами нужно было уловить внутренние механические отношения между ними. По мнению А.В. Запорожца, переходя от одной задачи к другой, ребенок вынужден пользоваться рычагом, который выступает каждый раз с новой стороны и требует иных приемов применения.

Именно в переносе способа действия из одной ситуации в другую проявляется осмысление, которое идет по линии обобщения средства, примененного ребенком при решении практических задач, таким образом у него формируется доречевое обобщение. Для этих обобщений характерна слитность сенсорных и моторных компонентов, так как в них отражается и сходство функционального значения, и сходство внешнего вида предметов, используемых при решении задач. Эта слитность обуславливает трудности, которые возникают у глухих детей при переносе в ситуацию, сходную не по внешним, а по внутренним признакам. Иногда достаточно сделать рычаг из другого материала или окрасить его в другой цвет – и дети станут решать задачу как новую или попытаются одинаково действовать двумя разными рычагами. Своеобразие наглядно-действенного мышления заключается в том, что при переносе недостаточно разделяется принцип связи вещей и структура собственного действия ребенка. При решении задач с рычагами детям необходимо усмотреть принцип объективной связи между вещами, а структура собственного действия может быть разной – в одном случае рычаг нужно тянуть к себе, в другом – от себя.

Это разделение оказывается трудным для глухого ребенка, не владеющего ни одним видом речи.

Таким образом, доречевое мышление инертно, лишено подвижности.

Осмыслив вещь с определенной точки зрения, ребенок с большим трудом от этого отказывается, если только внешняя обстановка не приходит к нему на помощь. Сами же доречевые обобщения служат предпосылкой для овладения жестовой или словесной речью. Обучение глухого ребенка речи, которое играет важную роль в дальнейшем развитии его мышления, предусматривает предварительное знакомство с предметным содержанием речи. Такое знакомство, по мнению А.В. Запорожца, может произойти только в результате приобретения ребенком практического опыта и сенсорного воспитания. Практический опыт ребенка – это и знакомство с предметами, созданными руками человека, и соотнесение действий с их результатами, и начало установления причинно-следственных связей, например, между действием, осуществляемым с помощью орудия, и перемещением предмета. Тем самым дети познают межпредметные отношения и связи, ведущие к адекватному способу деятельности. Усвоенные ребенком с помощью взрослого общественно выработанные способы употребления предметов и есть его первые знания.

Отставание в развитии наглядно-действенного мышления наблюдается и у тех глухих детей, которые владеют речью. В исследованиях Н.В. Яшковой установлено, что глухие дети приобретают умение решать наглядно-действенные задачи в более старшем возрасте, чем слышащие. Для девяти-десятилетних глухих детей характерно использование более элементарных способов действия, например подражание образцу действия взрослого, копирование его. Глухие дети не владеют обобщенным способом действия, поэтому им требуется (согласно исследованию) в четыре раза больше времени и в три раза больше показов, чтобы научиться решать такие задачи.

В переходе к следующей стадии – наглядно-образному мышлению – важную роль играют два взаимосвязанных условия. Первое условие – формирование у детей умений различать план реальных объектов и план образов и моделей, отражающих данные объекты. При этом формируется умение оперировать образами предметов или их частей, совершенствуется и усложняется структура образов, образуется система конкретных представлений о предмете. Второе условие – развитие речи. Исследования А.Р. Лурия и Ф.Я. Юдович слышащих детей-близнецов с задержкой речевого развития показали специфические особенности их мышления – дети не могли отделить слово от действия, не владели планированием, их мыслительные операции были настолько неполноценными, что даже элементарная классификация оказывалась для них недоступной. Усваивая обозначения предметов, их признаков, отношений, ребенок приобретает способность осуществлять мысленные действия с образами предметов.

Глухие дети, особенно до усвоения словесной речи и даже в процессе овладения ею, длительное время продолжают оставаться на стадии наглядно-образного мышления. В этом проявляется одна из диспропорций их

психического развития – превалирование наглядных форм мышления над понятийным. В период от семи до десяти лет у глухих детей наблюдается более быстрый темп развития наглядно-образного мышления, чем у слышащих. У глухих старшеклассников своеобразие в развитии наглядно-образного мышления обнаруживается лишь при решении сложных задач.

Это объясняется тем, что осознание принципа решения задачи различалось у слышащих и глухих детей по своему содержанию – по степени точности и полноты отражения существенных признаков и их отношений, лежащих в основе построения матрицы. Неполное осознание принципа чаще встречалось у глухих, поэтому у них возникало больше трудностей при переходе от одной задачи к другой, сходной по принципу построения, но отличающейся по наглядному выражению. Отмечена зависимость успешности решения задач от использования речи – жестовой и словесной: чем больше глухие дети пользовались жестами и словами для анализа условий наглядных задач там, где требовалось установление отношений между различными признаками, тем успешнее они их решали.

Полноценное наглядно-образное мышление служит фундаментом для формирования словесно-логического мышления. Развитое наглядно-образное мышление подводит детей к порогу логики, позволяет создавать обобщенные модельные представления, на которых строится формирование понятий. В связи с более поздними сроками формирования наглядно-образного мышления с замедленным развитием словесной речи переход на стадию словесно-логического мышления у глухих детей происходит в течение более длительного времени, чем у нормально слышащих. Это проявляется и в развитии мыслительных операций. Мыслительные операции – наиболее общие действия, интериоризированные, организованные в системы и обратимые. Указанные свойства мыслительных операций формируются постепенно. Согласно исследованиям, все мыслительные операции у глухих детей проходят становление в более поздние сроки, чем у слышащих.

Исследования Ж.И. Шиф показали, что при формировании наглядного обобщения у глухих и слышащих детей вначале наблюдается сходство: в возрасте около трех лет и для тех, и для других характерны широкие по объему обобщения, к пяти годам они сужаются, становятся более дифференцированными. Например, при классификации цветных карандашей дети сначала раскладывают их в два стаканчика, по цвету соответствующие холодному и теплему краям спектра, затем – в пять-шесть стаканчиков (красный с оттенками, синий с оттенками и т.п.). На данных этапах глухие дети незначительно отстают от слышащих. В дальнейшем у слышащих детей идет формирование категориальных обобщений, и именно в этом глухие значительно отстают от слышащих. Еще более сложным для них оказывается обобщение действий, поскольку обязательными компонентами действий являются движения и изменения в предметах (или их перемещение). В связи

с этим результат изменений обычно воспринимается менее отчетливо, что создает трудности анализа и сравнения действий, выделения в них существенных признаков и на этой основе – обобщения. Глухие дети с большим трудом усваивают названия действий, например, смешивают глаголы, различающиеся только приставками; дают недостаточно полную характеристику действий, а иногда ограничиваются только описанием предмета, с которым производится действие.

В развитии анализа и синтеза у детей с нарушениями слуха также наблюдается отставание, так как их жизненный опыт менее разнообразен, позже формируется умение выделять как общие, так и специфические признаки объектов, для них характерно длительное использование общих терминов, а не специальных обозначений, анализ остается менее детализированным. Недостатки развития анализа отрицательно сказываются на синтезе – он дольше остается менее последовательным и систематическим.

Таким образом, в становлении всех мыслительных операций у детей с нарушениями слуха наблюдаются трудности. К семи-восемью годам мыслительные операции слышащего ребенка начинают приобретать такое важное свойство, как обратимость (Ж. Пиаже). Психологическим критерием ее появления служит формирование у ребенка представления о сохранении количества вещества, затем – веса, объема и т.п. С этого времени ребенок становится способен преодолеть влияние восприятия и овладевает умением применять операции в конкретных постепенно усложняющихся ситуациях.

Обратимость мыслительных операций у детей с нарушениями слуха формируется позднее: понятие сохранения веса – на пять-шесть лет (по данным П. Олерона), более сложное понятие – «сохранение площади» – еще позднее. По данным Т.В. Розановой, слышащие второклассники решают задачу на сохранение площади успешно (две трети – самостоятельно, остальные – с помощью взрослого); в то время как у глухих учеников IV класса обратимость операций применительно к оценке площадей не сформирована (только четверть детей решили задачу). Лишь к X классу глухие дети могли использовать знания о взаимнообратных отношениях двух величин в качестве способа решения новой задачи. Одной из причин задержки в формировании обратимости у глухих детей считается отставание в развитии словесной речи, поскольку именно речь значительно облегчает осознание дистанции по отношению к воспринимаемой действительности.

В развитии словесно-логического, или понятийного, мышления у детей с нарушениями слуха наблюдается еще большее своеобразие по сравнению с его развитием у слышащих сверстников. Словесно-логическое мышление характеризуется использованием понятий, логических конструкций, формирующихся и функционирующих на базе языковых средств.

В связи с этим большое значение приобретает вопрос о соотношении в развитии мышления и речи. При рассмотрении мышления и речи Л.С. Выготский констатировал, что они имеют разные генетические корни. В развитии речи можно наблюдать доинтеллектуальную стадию, на первом и втором годах жизни речь – это средство социального взаимодействия. В развитии мышления – до-речевую стадию: сначала ребенок овладевает действиями с предметами, а через них – общественными значениями, заключенными в этих предметах. Развитие мышления и речи до известного момента идет по различным линиям, независимо друг от друга. В возрасте около двух лет слышащий ребенок делает величайшее открытие в своей жизни: каждый предмет имеет свое название, т.е. открывает символическую функцию речи. С этого момента линии развития мышления и речи пересекаются, мышление становится речевым, а речь – интеллектуальной.

Как говорил Л.С. Выготский, «высшие, присущие человеку формы психического общения возможны только благодаря тому, что человек с помощью мышления обобщенно отражает действительность».

У детей с нарушениями слуха пересечение линий развития мышления и речи совершается позже, чем у слышащих. При этом для устранения трудностей недостаточно интенсифицировать использование речи, поскольку не всякое слово или фраза оказывает благоприятное воздействие на развитие мышления. По мнению П. Олерона, эффективно не то обучение, которое предусматривает только правильность употребления языковых средств, а то, которое позволяет достичь понимания значений слов.

Языковые средства должны использоваться в реальной познавательной деятельности детей, должны быть связаны с мыслительными операциями, с установлением отношений между предметами и явлениями окружающего мира. Большие трудности испытывают дети с нарушениями слуха при решении многих задач, сформулированных словесно, при оперировании понятиями, выражающими разностное и кратное сравнение величин («больше на...», «меньше на...», «во сколько раз»...), при понимании взаимобратных отношений между величинами, в переходе от текста задачи к наглядному представлению ее содержания, в выделении в наглядной ситуации определенных отношений. Особые затруднения возникают при необходимости сделать умозаключение по содержанию текста, которое предполагает сопоставление словесно сформулированных суждений, совершение анализа и синтеза сведений, предъявленных в словесной форме. При этом глухие дети (даже десятиклассники) дают ответы, в которых логическая связь оформлена речевыми средствами, но отсутствует по содержанию.

В процессе обучения детей с нарушениями слуха необходимо учитывать индивидуальные особенности развития их мышления, типы соотношений наглядных и понятийных форм мышления. Так, Т.В. Розанова

на основе этого принципа выделяет следующие группы детей, каждая из которых требует особого подхода. В первую входят дети с относительно высоким уровнем развития наглядного и понятийного мышления. Они не уступают слышащим сверстникам по уровню развития наглядно-образного мышления, а по уровню развития понятийного мышления отстают примерно на три года. Эти дети имеют высокую обучаемость, проявляют активность и самостоятельность при решении задач, успешно усваивают школьную программу. Во вторую группу входят дети со средним уровнем развития наглядного и понятийного мышления, т.е. отстают от слышащих сверстников по развитию обоих видов мышления. В процессе обучения они нуждаются в постоянной помощи сурдопедагога. Третью группу составляют дети с высоким уровнем развития наглядного и низким уровнем развития понятийного мышления. По уровню развития наглядно-образного мышления эти дети не уступают слышащим сверстникам, но у них наблюдаются трудности в овладении словесной речью. В связи с этим они испытывают сложности в усвоении школьной программы, их мыслительные операции неполноценны, недостаточно обобщенны и необратимы. По скольку по уровню развития мышления эти дети уже «подошли к порогу логики», интенсификация формирования их словесной речи благодаря адекватному и своевременному обучению может способствовать развитию словесно-логического мышления, а следовательно, и формированию первого типа соотношения. В четвертую группу входят дети с относительно высоким уровнем развития понятийного мышления при низком уровне развития наглядно-образного. Такая диспропорция является результатом интенсивного обучения этих детей словесной речи без достаточной дифференциации языковых средств, соответствующих коммуникативной и интеллектуальной функциям, при невнимании к развитию практических видов деятельности, сюжетно-ролевой игры, конструирования, изобразительной деятельности, т.е. тем видам деятельности, в которых развиваются наглядные формы мышления. Как следствие диспропорции у детей наблюдается постепенное снижение успешности усвоения школьной программы, особенно по математике. В некоторых случаях происходит компенсаторное развитие наглядно-образного мышления и в дальнейшем – гармоничное развитие всех его видов. Выделенные Т.В. Розановой типы соотношений в развитии видов мышления у детей, имеющих нарушения слуха, свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики и определения причин тех или иных диспропорций в развитии разных видов мышления, а также составления на их основе коррекционных программ.

Важной особенностью психического развития глухих детей является почти одновременное овладение ими несколькими различными видами речи – словесной (устной и письменной), дактильной и тестовой, т.е. своеобразная полиглоссия, как называл ее Л.С. Выготский.

При овладении словесной речью глухие дети испытывают целый ряд

трудностей, связанных с особенностями усвоения словарного состава языка, грамматического строя, речедвигательных навыков. Все это обедняет их познавательную деятельность, хотя предпосылки ее развития сохранены.

Развитие наглядных форм мышления у глухих детей опережает развитие речи, в то время как у слышащих мышление и речь развиваются в единстве. Однако опережающее развитие мышления существенно помогает глухому ребенку в усвоении речи.

В процессе обучения глухие дети овладевают дактильной речью - своеобразной кинетической формой словесной речи, построенной на движениях пальцев руки в воздухе. Движения рук обозначают буквы алфавита национального языка, например русского. В русской дактильной азбуке дактилемы воспроизводят буквы. Некоторые дактильные знаки полностью обрисовывают букву, другие передают очертания букв, остальные обозначаются условно. Общаясь при помощи дактильной речи, разговаривающие следуют правилам письменной речи. Если по количеству составляющих элементов дактильная форма речи отражает письменную, то по функции она аналогична устной речи, так как служит непосредственному общению глухих.

Жестовая речь служит своеобразной компенсацией отсутствующей словесной речи, является средством, позволяющим глухому общаться с окружающими людьми. На начальных этапах психического развития жестовая речь возникает на основе экспрессивно-мимических предметно-действенных средств общения: глухие дети прибегают к естественным жестам в сочетании с выразительной мимикой, так как испытывают потребность в общении, стремятся установить контакты с близкими людьми и выразить свои желания. При этом сначала используются указательные жесты, затем – жесты, имитирующие некоторые действия, отражающие соотношения между предметами, драматизацию событий. Жестовая речь развивается во взаимосвязи с успехами глухих людей в познавательной и практической деятельности. Наглядные представления выражаются жестами, которые совершенствуются, все более точно и обобщенно отражают окружающую ребенка действительность. Для обозначения действия применяется его имитация, например, жестом «резать» изображается процесс резания. Этим способом часто обозначаются не только действия, но и предметы, с помощью которых эти действия совершаются («нож» изображается жестом, соответствующим действию «резать»). Для обозначения качества предмета используется имитация переживания, связанного с этим качеством (например, для обозначения качества «кислый» лицу придается выражение, соответствующее ощущению кислого). Еще один способ жестового обозначения заключается в наглядном описании предмета с помощью рисующего или пластического жеста.

Система общения глухих имеет сложную структуру, поскольку помимо других видов речи включает в себя и две разновидности жестовой речи: русскую и калькирующую. Использование в общении средств русского жестового языка основывается на самобытной лингвистической системе, обладающей своеобразной лексикой, грамматикой. Устная словесная речь при таком высказывании не используется. Калькирующая жестовая речь – это вторичная знаковая система, которая усваивается на базе и в процессе изучения глухими детьми словесной речи. Жесты становятся эквивалентами слов, а порядок их следования – такой же, как в предложении, т.е. этот вид речи калькирует лингвистическую структуру словесного языка. Жесты сопровождают устную речь говорящего.

Большинство глухих владеют разными видами речи – и русской жестовой, и калькирующей жестовой, и словесной речью (во всех ее формах). У них наблюдается своеобразное словесно-жестовое двуязычие, для которого характерны различный уровень владения каждым видом речи, распределение коммуникативных функций между взаимодействующими речевыми системами, взаимное влияние сосуществующих речевых систем. Словесно-жестовое двуязычие глухих влияет на их психическое развитие в целом и на отдельные его стороны – развитие памяти, мышления, личности.

Условия развития познавательной сферы детей с нарушениями слуха оказываются чрезвычайно сложными. Взаимодействие первичного дефекта и вторичных отклонений в психическом развитии изменяет структуру познавательной сферы глухих детей. Центральное место при этом занимают сложности становления высших психических функций, формирование таких качеств, как произвольность, опосредованность, осознанность. Высшие психические функции как системы обладают большой пластичностью, поэтому позволяют осуществлять внутрисистемные и межсистемные функциональные перестройки и в значительной степени компенсировать отклонения в психическом развитии глухих детей.

На развитие эмоциональной сферы глухих детей влияют определенные неблагоприятные факторы. Нарушение словесного общения частично изолирует глухого от окружающих его говорящих людей, что создает трудности в усвоении социального опыта. Неслышащим детям недоступно восприятие выразительной стороны устной речи и музыки. Отставание в развитии речи отрицательно сказывается на осознании своих и чужих эмоциональных состояний и обуславливает упрощенность межличностных отношений. Более позднее приобщение к художественной литературе обедняет мир эмоциональных переживаний глухого ребенка, приводит к трудностям формирования сопереживания другим людям и героям художественных произведений. К факторам, благоприятно влияющим на эмоциональное развитие глухих детей, можно отнести их внимание к выразительной стороне эмоций, способность к овладению разными видами

деятельности, использование мимики, выразительных движений и жестов в процессе общения.

Эмоции. Основные направления в развитии эмоциональной сферы у ребенка с нарушенным слухом те же, что и у нормально слышащего: и тот, и другой рождаются с готовым механизмом оценки значимости внешних воздействий, явлений и ситуаций с точки зрения их отношения к жизнедеятельности – с эмоциональным тоном ощущений. Уже на первом году жизни начинают формироваться собственно эмоции, которые носят ситуативный характер, т.е. выражают оценочное отношение к складывающимся или возможным ситуациям. Развитие собственно эмоций происходит по следующим направлениям – дифференциация качеств эмоций, усложнение объектов, вызывающих эмоциональный отклик, развитие способности регулировать эмоции и их внешние проявления. Эмоциональный опыт формируется и обогащается в процессе общения в результате сопереживаний другим людям, при восприятии произведений искусства, музыки. Например, симпатия по отношению к близкому человеку возникает на основе накопления удовлетворяющих ребенка и приятных для него актов ситуативно-личностного общения. Такая эмоция может возникнуть по отношению к человеку, достаточно часто общающемуся с ребенком. Об этом свидетельствует и факт повышенной чувствительности младенцев с сохранным слухом к словесным воздействиям в первом полугодии жизни. Но уже на первом году жизни ощущаются различия между слышащими детьми и детьми с нарушениями слуха в развитии собственно эмоций, которые в дальнейшем часто увеличиваются.

В ряде исследований отечественных и зарубежных авторов рассматривались проблемы своеобразия эмоционального развития глухих детей, обусловленного неполноценностью эмоционального и речевого общения с окружающими людьми с первых дней их жизни, что вызывает трудности социализации детей, их приспособления к обществу, невротические реакции

Вопрос 4. Нарушение зрения. Психология лиц с нарушением зрения (тифлопсихология).

Тифлопсихология – раздел специальной психологии, в котором изучают психологические особенности лиц с нарушениями зрения в результате дефекта зрительного анализатора.

Зрение-способность видеть, т.е. ощущать и воспринимать окружающую действительность посредством зрительного анализатора.

С помощью зрения познаются существенные признаки разнообразных объектов (свет, цвет, величина), осуществляется ориентировка в пространстве, воспринимается изобразительное и архитектурное искусство, наблюдаются сложные изменения в природе (важное значение в процессе

обучения ребёнка - овладение грамотой, карта - зрительно-пространственные представления).

Оптическое восприятие осуществляется зрительным анализатором, который представляет сложную нервно рецепторную систему, реализующую восприятие и анализ зрительных раздражений.

Характерные особенности зрительного восприятия: дистантность, мгновенность, одновременность и целостность обозрения окружающего мира.

Структурно и функционально зрение является сложный и совершенный орган. Он взаимодействует с двигательным, тактильным, обонятельным и слуховым анализаторами; образует с ними сложные динамические системы связей.

Зрительный анализатор состоит из периферического отдела (глаза), проводникового (зрительный нерв, зрительные и подкорковые изменения) и центрального отдела (зрительные зоны коры головного мозга, расположенные в затылочной области).

Нарушение деятельности зрительного анализатора вызывает у ребёнка значительные затруднения в познании действительности, ограничиваются общественные контакты, ограничивается возможность заниматься различными видами деятельности.

Нарушения зрительного анализатора могут быть вызваны в силу врождённых или приобретённых влияний



Причины- нарушения.	Врожденные	Причины- нарушения.	Приобретённые
<p><u>Воздействие:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>патогенные агенты</u> в период эмбрионального развития (токсоплазмоз, нарушение обмена веществ, воспалительные процессы, инфекционные заболевания); - <u>наследственность</u>. <u>Форма проявления</u> – <u>микрофтальм</u> – грубое структурное изменение глаза, характерное уменьшение размеров одного или обоих глаз и 		<p>(Распространены меньше в России, связано с профилактическими мерами);</p> <ul style="list-style-type: none"> - заболевания - оспа, трахома, сифилис, туберкулёз глаз; - детские заболевания: корь, скарлатина, дифтерия; - внутричерепные и внутриглазные кровоизлияния; - травмы головы (вследствие 	

<p>значительного понижения зрения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>анофтальм</u> – врожденное безглазие. <p><u>Врожденные изменения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>катаракта</u> – самая распространенная форма врождённого изменения органа зрения – помутнение хрусталика; - <u>пигментная дистрофия</u> (дегенерация) сетчатки, характеризуется сужением поля зрения до полной его потери; - <u>астигматизм</u> – аномалия рефракции, т.е. преломляющей способности глаза. - доброкачественными врождёнными мозговыми опухолями; -заболевания матери на ранних этапах беременности. 	<p>родов, травматическое повреждение мозга);</p> <ul style="list-style-type: none"> - травма глаза (в послеродовом периоде); - приобретённая катаракта (следствие травмы); - тяжелое заболевание, связанное с повышением внутриглазного давления и изменениями в тканях - <u>глаукома</u> (потеря зрения); - <u>атрофия зрительного нерва</u> – характеризуется нарушением связи между сетчаткой и зрительными центрами глаза; - заболевание ЦНС (менингит, менинго-энцефалит), осложнённое после общих заболеваний организма (грипп и др.).
--	---

Патологические процессы таких текущих заболеваний как глаукома, атрофия зрительного нерва, мозговые опухоли долгое время не проявляя себя, могут постепенно ухудшить состояние зрительных функций и затем вызвать резкое падение уровня зрения.

К прогрессирующим нарушениям зрения относятся виды нарушений преломляющей способности глаза, обуславливающие понижения зрения – близорукость и дальнозоркость.

При близорукости – нарушение рефракции глаза выражается в том, что лучи идущие от предмета, преломляются не на сетчатке, а перед ней.

Дальнозоркость – преломление лучей, идущих от предмета, происходит позади сетчатки.

Вследствие этих отклонений на сетчатке образуются неясные, расплывчатые изображения.

Дальнозоркость встречается реже близорукости у детей, и преобладая у младших школьников, с возрастом снижается.

Количество детей с близорукостью растёт. Близорукость не остаётся стационарной, она может увеличиться. Это связано с нарушением санитарно-гигиенических правил учебной работы школы и дома. Прогрессирующая близорукость ухудшает состояние всего организма человека (ослабление опорно-двигательного аппарата). Воспалительные процессы глаз, инфекционные заболевания (корь, скарлатина и др.) усиливают близорукость. Поэтому необходимо иметь своевременную информацию о состоянии зрения детей.

Степень нарушения функции зрительного анализатора определяется понижением остроты зрения. Острота проверяется по таблицам, составленным из 10-12 видов букв и знаков. Каждый последующий ряд знаков по сравнению с предыдущим означает разницу в остроте зрения на 0,1. нормальный человек определяет знаки и буквы 10-й строки на расстоянии 5м. Если острота зрения ниже 0,1, используют счёт пальцев (острота 0,09). Если не различает ребёнок пальцев, а видит только свет, то острота зрения равна светоощущению. Если ребёнок не может отличать свет от темноты, то острота зрения равна нулю.

Детей со стойкими дефектами зрения делят на слепых и слабовидящих.

Слепые дети- дети с полным отсутствием зрительных ощущений или сохранившимся светоощущением, либо остаточным зрением (максимальная острота 0,04 в очках).

Различают разные степени потери зрения:


- абсолютная (тотальная) слепота, при которой отсутствуют зрительные ощущения (светоощущения, цветоощущения);

- практическая слепота - при которой сохраняется светоощущение на уровне различения света от темноты или остаточное зрение, позволяющее сосчитать пальцы рук, контуры, силуэты и цвета предметов непосредственно перед глазами.

Большинство слепых имеют остаточное зрение.

Фактор времени наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития ребенка.

В зависимости от времени наступления нарушения функции зрительного анализатора выделяют:



Особенности слепорождённых.		- Особенности ослепших.
Психическое развитие такое		Наличие эмоциональных

<p>же, как у нормального ребёнка, но первичное поражение зрения проявляется в различных вторичных отклонениях и особенностях психического развития детей. Нарушение сенсорных и интеллектуальных функций сдерживает развитие образного мышления.</p>		<p>переживаний и сказывается на эмоционально – волевой, сфере и характере (трудности в учении, игре, овладение профессией, бытовые проблемы). Возможно проявление неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции, а в другом случае раздражение, возбудимость и даже агрессия.</p> <p><u>Отличие</u>- время потери.</p> <p>Чем позже потерял, тем больше прежних зрительных представлений сохранилось в его памяти, тем легче воссоздаётся образ предмета или явления на основе словесных описаний.</p>
--	--	--

Слепые дети ориентируются на звук, эта реакция со временем усиливается. Затруднение в овладении двигательными навыками. Неудачи закрепляются в виде неприятных переживаний и приводят к резкому ограничению двигательных функций у слепых детей.

Развитие высших познавательных процессов протекает нормально.

Трудность в формировании правильного соотношения между накопленными словесными значениями и конкретными представлениями. Легче усваиваются отвлечённые понятия, чем слова с конкретным значением.

Слепой ребёнок сохраняет возможность полноценного развития и познания. Нормальная мыслительная деятельность опирается на сохранённые анализаторы.

В условиях специального обучения формируются приёмы и способы использования кожного, слухового, двигательного и др. анализаторов, представляющих сенсорную основу, на которой развиваются психические процессы. Именно на этой основе развиваются высшие формы познавательной деятельности, которые являются ведущими в процессах компенсации. На первом этапе обучения эта система компенсации создаёт условия для правильного отражения действительности в наглядно-действенной, а в дальнейшем по мере накопления опыта, в словесно-логической форме. Словесно-логическая форма должна быть сформирована

на основе непосредственного восприятия действительности с помощью сохранных видов чувствительности.

Процессы компенсации во многом зависят от сохранности остаточного зрения. Самые незначительные остатки зрения важны для ориентации и познавательной деятельности ребёнка.

Важен слух для слепого ребёнка, т.к. даёт информацию об уличной обстановке.

Осязание даёт слепому информацию, к примеру, о дорожном покрытии, бордюрный камень тротуара, стены домов, витрины магазинов, телефонные будки, уличные киоски и т.д. Л.С.Выготский указывал на наличие шестого чувства (теплого) у слепого позволяющего на расстоянии замечать предметы.

Помогает слепым чувство препятствия для передвижения в пространстве. В основе его лежит деятельность сложных функциональных систем. Слепота сдерживает, двигательную активность, что заметно проявляется на физкультуре. С целью компенсации применяют приёмы, с помощью которых у слепых формируют навыки контроля собственных движений на основе слуховых и кожных ощущений. Целенаправленные и дозированные физические упражнения являются средством коррекции вторичных нарушений двигательных функций.

Важнейшую роль в процессе компенсации слепоты играет речь. Использование системы условных обозначений позволяют учить слепых чтению и письму по рельефной системе Брайлл (эта система рельефно-точечного шрифта).

Эффективным компенсирующим средством является использование звукового условного кодирования. Применяя различные тифлоприборы на основе условной звуковой сигнализации, слепые воспринимают признаки окружающих предметов и явлений. Успех компенсаторных процессов зависит от времени и степени поражения зрительной функции.

Процесс компенсации слепых детей наиболее эффективно осуществляется в условиях оптимальной организации системы, содержания и методов обучения и воспитания, направленных на максимальное развитие активности слепого ребёнка.

Слабовидящие дети с остротой зрения (в очках) от 0,05 до 0,4. Также относят к этой категории детей с остротой зрения более высокой, но имеющих другие нарушения зрительных функций (сужение границ поля зрения, снижение точности, замедленность обзора). Зрительный анализатор используется ведущим в учебном процессе (чтение, письмо) как у нормальных детей, другие анализаторы не замещают зрительных функций.

Специальные создаваемые условия: коррекция зрения – телескопические очки, контактные линзы, лупы, проекторы; повышенная освещенность в кабинетах, учебники с крупным шрифтом и тетради со специальной разлиновкой; одноместные парты (для правильной посадки).

С тем, что слабовидящего ребенка характеризует ограничение запасов представлений, они отличаются нечеткостью и нестойкостью. Слабовидение влияет на психические процессы, оно замедляет и затрудняет мыслительную деятельность.

Слабовидящие дети отличаются замкнутостью, раздражительностью, негативизмом, другими чертами характера. Эти черты объясняются неудачами в учебе, игре, общении со сверстниками.

С целью компенсации применяются тифлотехнические и аудиовизуальные средства обучения.

Центральная задача – приблизить возможности обучения детей с дефектами зрения к уровню нормально видящих учащихся.

Учебно-воспитательная работа преследует решение задачи трудового воспитания детей слепых и слабовидящих.

Нарушение познавательных (когнитивных) функций психики.

Выпадение или нарушение зрительных функций при слепоте приводит к невозможности или затрудненности зрительного отражения мира, в результате чего из сферы ощущений и восприятия выпадает огромное количество сигналов, информирующих человека о важнейших свойствах предметов и явлений. Компенсация этих пробелов в чувственном опыте возможна только при активизации деятельности сохранных органов чувств, в которой существенная роль принадлежит вниманию.

Существование высших видов внимания – произвольного и послепроизвольного – непосредственно связано с деятельностью, в которой формируются духовные потребности, интересы, волевые качества и сознание

личности, в конечном итоге определяющие уровень развития и направленность внимания. Включение лиц с дефектами зрения в активную деятельность способствует преодолению трудностей в развитии произвольного и строящегося на его основе произвольного внимания.

Выразительные движения формируются на основе зрительного восприятия и подражательной деятельности и зависят от того, насколько отчетливо и осмысленно они воспринимаются ребенком от взрослых. При наиболее глубоких нарушениях зрения визуальное восприятие выразительных движений взрослых при той или иной ситуации затрудняется или становится невозможным, вследствие чего полностью или частично исчезает потребность в подражании. При отсутствии форменного зрения ти-

пичные для состояния внимания позы и сокращения мышц лица – нахмуривание бровей, наморщивание лба, фиксация взгляда, поворот к объекту, на который направлено внимание, и т.п. – полностью или частично отсутствуют. Для слепого в состоянии внимания характерны маскообразное выражение лица и фиксированное положение головы и тела, которые закрепляются в положении, способствующем наиболее отчетливому слуховому восприятию.

При отсутствии зрения в определенных условиях получает компенсаторное развитие слуховое и осязательное восприятие. Однако вопрос о преобладании того или иного типа внимания не может быть решен однозначно, так как их развитие как у слепых, так и у нормально видящих зависит не только и даже не столько от состояния анализаторов и уровня чувствительности, сколько от характера деятельности, в которой принимает участие индивид.

Нарушения деятельности зрительного анализатора приводят к перестройке у слепых и слабовидящих взаимоотношений анализаторов, образованию новых внутри- или межанализаторных связей, относительному или полному (при тотальной слепоте) доминированию иных, нежели у зря

Нарушение познавательных (когнитивных) функций психики.

Нарушение зрительных функций оказывает серьезное влияние на развитие психики в связи с той огромной ролью, которую играет зрение в жизни человека. У лиц с глубокими нарушениями зрения сокращаются или полностью отсутствуют зрительные ощущения и восприятия, что приводит к уменьшению количества представлений, снижает возможности развития мышления, речи, воображения. Наблюдается **снижение психической активности** (особенно в дошкольном и преддошкольном возрасте), возникают изменения в эмоционально-волевой сфере и ориентировочной деятельности. Причем, в наибольшей степени данные особенности проявляются у незрячих с рождения детей и детей, потерявших зрение в период формирования речи, и наименее они выражены у слабовидящих.

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

Нарушение зрения оказывает негативное воздействие на развитие всех психических функций слепого и слабовидящего ребенка, психические процессы приобретают своеобразие как в процессе формирования, так и в

результате их реализации в соответствующей деятельности. Однако это не означает, что они не могут достигать того же уровня развития, как у детей без нарушений зрительных функций. Например, произвольное и непроизвольное внимание ребенка с нарушением зрения формируется в деятельности, которая активизирует духовные потребности, интересы, волевые качества и определяет уровень развития и направленность внимания. Среди особенностей внимания незрячих детей специалисты отмечают нарушение мимического выражения внимания, снижение его объема и устойчивости, расстройства переключаемости.

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

Экспериментально доказано, что отсутствие или ограничение зрительного восприятия приводит к **нарушению всех компонентов перцепции** независимо от модальности: снижению избирательности восприятия и апперцепции, недостаточности осмысленности и обобщенности воспринимаемых объектов, нарушению их константности и целостности. Особенности восприятия слепых и слабовидящих детей приводят к снижению **активности отражательной деятельности**, сужению круга интересов, недостаточности чувственного опыта, а также к меньшему по сравнению с нормой эмоциональному воздействию объектов внешнего мира.

Исследования особенностей мнестической деятельности детей показали, что нарушение зрительных функций отрицательно влияет на скорость запоминания, продуктивность сохранения и качество воспроизведения. Кроме того, у слепых и слабовидящих детей отмечаются недостаточная осмысленность запоминаемого материала, низкий уровень развития логической памяти, затруднения в припоминании. Исследователи подчеркивают важную **компенсаторную роль памяти** у лиц с нарушениями зрения, отмечают необходимость коррекции ее дефектов и развития сохранных возможностей, например слуховой и тактильной памяти.

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

сфере чувственных, конкретных знаний, и это способствует коррекции отклонений в развитии мышления слепых и слабовидящих детей.

Речь у незрячих детей, помимо своих основных функций, выполняет особую, **компенсаторную функцию**, так как о многих предметах и явлениях дети с нарушениями зрения могут получить представление только при помощи речи. Специфика речевого развития слепых и слабовидящих проявляется в сниженной динамике накопления языковых средств, своеобразии содержания лексики и соотношения слова и образа, а также в некотором отставании формирования речевых навыков и языкового чутья. Вместе с тем обогащение речевой среды, развитие слуховой памяти и слухового внимания способствуют развитию речи ребенка и достижению им нормативного уровня речевой деятельности, в том числе в овладении письменной речью, которую незрячие дети осваивают **по системе Брайля** (выпуклого шеститочия).

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

Неблагоприятные условия воспитания (чрезмерная опека или, наоборот, недостаток внимания) детей рассматриваемой категории приводят к возникновению у них таких личностных качеств, как эгоизм, установка на постоянную помощь, равнодушие к окружающим и др. Ограниченные контакты с окружающими влекут за собой замкнутость, некоммуникабельность, стремление уйти в свой внутренний мир. Это затрудняет формирование деловых и личностных взаимоотношений с окружающими.

Основной задачей реабилитационной работы в целях интеграции индивидов по зрению в общество является установление или восстановление социальных контактов как со сверстниками, так и значимыми взрослыми людьми, расширение сферы деятельности (общественно-полезный труд, занятия спортом, музыкальным искусством и т.д.), то есть социально-психологическая адаптация.

Вопрос 5. Нарушение опорно-двигательного аппарата.

Детский церебральный паралич – тяжелое заболевание головного мозга, проявляющееся в различных психомоторных нарушениях при ведущем двигательном дефекте.

Термин детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц.

При ДЦП имеет место раннее, обычно внутриутробное повреждение или недоразвитие мозга. Причины этих нарушений могут быть разными:

1. различные хронические заболевания будущей матери;
2. перенесенные матерью инфекционные, особенно вирусные заболевания, интоксикации;
3. несовместимость матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности;
4. ушиба во время беременности и др.

Предрасполагающими факторами могут быть – недоношенность или переношенность плода. В отдельных случаях причиной ДЦП могут быть:

1. акушерский травматизм;
2. затяжные роды с обвитием пуповины вокруг шейки плода, что приводит к повреждению нервных клеток головного мозга ребенка в связи с недостатком кислорода;
3. иногда ДЦП возникает после рождения в возрасте до одного года в результате инфекционных болезней, осложняющихся энцефалитом (воспалением мозгового вещества), после тяжелых ушибов головы.

Основные формы ДЦП. Согласно классификации К.А. Семеновой, выделяются следующие формы детского церебрального паралича, специфика клинической картины которых в значительной мере обусловлена разным характером поражения:

1. Спастическая диплегия (болезнь Литтля) – тетрапарез, при котором руки страдают значительно меньше, чем ноги. Ребенок отстает в физическом развитии и если начинает стоять и ходить, то с большой задержкой. В результате повышения мышечного тонуса, резкого напряжения приводящих мышц бедра и контрактуры икроножных мышц походка таких больных весьма своеобразна, что дает возможность иногда ставить диагноз без детального исследования. Больные опираются не на подошву, а на пальцы, колени соприкасаются между собой и при ходьбе трутся друг о друга, походка спастически-паретическая, причем создается впечатление, будто больной стремится все время вперед и вниз. Нарушения интеллектуального развития нередко незначительны, и многие из таких детей способны к обучению даже в массовых школах. Дети часто могут обслужить себя, писать, овладеть рядом трудовых навыков;

2. Двойная гемиплегия – характеризуется тяжелым поражением всех конечностей, выраженной ригидностью мышц. Обычно руки страдают

больше, чем ноги. Мышечный тонус часто асимметричен. Тяжелое поражение рук, лицевой мускулатуры и мышц верхней части туловища влечет за собой выраженную задержку речевого и психического развития. Дети не сидят, не ходят, не могут себя обслуживать. Эта форма детского церебрального паралича часто сочетается с микроцефалией и малыми аномалиями развития, что свидетельствует о внутриутробном поражении мозга. При двойной гемиплегии нередко наблюдаются эпилептиформные припадки. В связи с тяжелыми двигательными расстройствами рано формируются контрактуры и деформации. Интеллектуальное развитие большей частью на уровне олигофрении в степени тяжелой дебильности, имбецильности или даже идиотии;

3. Гиперкинетическая форма – различные гиперкинезы могут сочетаться с параличами и парезами или выступать как самостоятельный вид расстройств. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно. Характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований при резус-конфликтной беременности. Гиперкинезы появляются после первого года жизни, за исключением тяжелых случаев, когда их можно обнаружить уже на первом году. Гиперкинезы сильнее выражены в мышцах лица, нижних отделах конечностей и мышцах шеи. Психическое развитие страдает меньше, чем при других формах, однако тяжелые двигательные и речевые нарушения затрудняют развитие ребенка, его обучение и социальную адаптацию.

4. Атонически – астеническая форма – характеризуется парезами, низким тонусом мышц, мозжечковыми симптомами. При этой форме церебрального паралича на 2-3 году жизни выявляются симптомы поражения мозжечка: интенционный тремор, туловищная атаксия, расстройства координации движений. У этих больных резко страдают статические функции: они не могут держать голову, сидеть, стоять, ходить, сохраняя равновесие. Сухожильные рефлексии высокие. Часты речевые нарушения в форме мозжечковой или псевдобульбарной дизартрии. Отмечается выраженная задержка психического развития. Степень снижения интеллекта зависит от локализации поражения мозга. При поражении преимущественно лобных долей доминирует глубокая задержка психического развития. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности;

5. Гемипаретическая форма – парезы одной стороны тела, тяжелее в верхней конечности. У 25 – 35% детей наблюдается олигофрения. Это свидетельствует о массивности и большой распространенности поражения мозга.

Характерологические особенности развития детей с ДЦП. Мозговой органический дефект, составляющий основу детского церебрального паралича, возникает рано, в период незавершенного процесса формирования основных структур и механизмов мозга, что обуславливает сложную

структуру неврологических и психических расстройств. В полиморфной картине последних значительное место занимают нарушения психического развития, в том числе его пограничные формы. Особенностью психического развития при детских церебральных параличах является не только его замедленный темп, но и неравномерный характер, диспропорциональность в формировании отдельных, главным образом высших корковых функций, ускоренное развитие одних, несформированность, отставание других.

В первые месяцы жизни у большинства детей с церебральным параличом наблюдаются трудности сосания, глотания, привычные срыгивания и рвоты. Все эти нарушения ослабляют организм ребенка, поэтому дети растут слабыми, часто болеют простудными заболеваниями, а по физическому развитию значительно отстают от здоровых сверстников.

Для многих детей с ДЦП уже с первого года жизни характерно нарушение процесса активного восприятия окружающего мира. Ребенок часто не может произвольно повернуть голову, перевести взор на тот или иной предмет, захватить его; у них нарушено развитие первых голосовых реакций, недостаточна их интонационная выразительность, что затрудняет формирование первых коммуникативных реакций.

С особенностями патогенеза связана и особая структура интеллектуальной недостаточности диссоциация между относительно удовлетворительным уровнем развития абстрактного мышления и недоразвитием функций пространственного анализа и синтеза, праксиса, счетных способностей и других высших корковых функций, имеющих значение для формирования интеллектуальной деятельности и развития школьных навыков. Нарушения пространственного гнозиса проявляются в замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое. Во время письма выявляются ошибки графического изображения букв, цифр, их зеркальность, асимметрия. В тесной связи с нарушениями зрительно-пространственного синтеза находится слабость функций счета. Эти расстройства проявляются в замедленном усвоении числа и его разрядного строения, замедленной автоматизации механического счета, неузнавании или смешении арифметических знаков и цифр при письме и чтении.

В структуре интеллектуального дефекта корковые расстройства сочетаются с церебрастеническими и психоорганическими симптомами. Из числа последних наиболее характерны вялость, аспонтанность, адинамия, инертность и трудная переключаемость психических процессов. Интеллектуальное развитие детей с церебральными параличами протекает в неблагоприятных условиях и часто задерживается или искажается. Интеллект при детских церебральных параличах бывает изменен по-разному: примерно 30% детей имеют недоразвитие интеллекта по типу олигофрении, у 25-30% интеллект сохранен, а у остальных наблюдается

задержка интеллектуального развития, обусловленная двигательными, речевыми и сенсорными расстройствами.

Тяжелые нарушения зрения, приводящие к слабовидению и слепоте, встречаются примерно у 10% детей с ДЦП; примерно у 20 – 30 % детей наблюдается косоглазие.

При детских церебральных параличах (особенно при гиперкинетической форме) довольно часто снижается острота слуха (обычно отмечается на высокочастотные тона). Это может способствовать нарушению произношения ряда звуков в отсутствие дизартрии. Ребенок, который не слышит звуков высокой частоты (т, к, с, п, э, ф, ш), не употребляет их в своей речевой продукции. Поэтому ряд звуков речи ими не воспринимается. В собственной речи они их пропускают или заменяют другими звуками, что отрицательно сказывается на качестве их активной речи. У 20 – 25% детей с ДЦП снижена острота слуха на одно или оба уха. В дальнейшем отмечаются трудности при обучении таких детей чтению и письму. У некоторых больных недоразвит фонематический слух. Любое нарушение слухового восприятия может привести к задержке речевого развития, а в тяжелых случаях – к грубому недоразвитию речи.

Задержка речевого развития отмечается уже в доречевой период. Гуление и лепет появляются поздно, отличаются фрагментарностью, бедностью звуковых комплексов, малой голосовой активностью. Первые слова также запаздывают, активный словарь накапливается медленно, формирование фразовой речи нарушается. Задержка речевого развития, как правило, сочетается с различными формами дизартрии или алалии.

У детей с церебральными параличами наиболее часто отмечается псевдобульбарная дизартрия. Для этой формы дизартрии характерно повышение тонуса речевой мускулатуры. Язык в полости рта напряжен, его спинка спастически изогнута, кончик не выражен. Губы спастически напряжены. Повышение мышечного тонуса может чередоваться с гипотонией или дистонией в отдельных мышечных группах артикуляционного аппарата. Парезы артикуляционных мышц вызывают расстройство звукопроизношения по типу псевдобульбарной дизартрии. Характерны нарушение голосообразования и расстройство дыхания. Часто наблюдаются содружественные движения (синкинезии) в артикуляционной мускулатуре.

Наряду с псевдобульбарной дизартрией, которая может встречаться при всех формах церебрального паралича, имеют место и другие формы дизартрии. Так, экстрапирамидная форма дизартрии наблюдается при гиперкинетической форме детского церебрального паралича. Эта форма характеризуется мышечной дистонией, гиперкинезами артикуляционных мышц, выраженным нарушением интонационной стороны речи. При атонически-астатической форме детского церебрального паралича отмечается мозжечковая дизартрия, особенностью которой является асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией.

Речь носит замедленный и толчкообразный характер. К концу фразы голос затихает (скандированная речь). Часто встречается смешанная дизартрия.

Моторная алалия приводит к недоразвитию всех сторон речи: фонематической, лексической, грамматической и семантической.

При сенсорной алалии затруднено понимание обращенной речи. Отмечаются выраженные нарушения фонематического восприятия, вторично страдает развитие моторной речи.

Ранняя диагностика недостаточности слуха у детей с церебральными параличами имеет большое значение, так как своевременная коррекция этого дефекта позволяет избежать задержек речевого развития. Снижение остроты слуха у ребенка с двигательными нарушениями может затруднить выбор подходящей для него школы. В этом случае школу следует выбирать с учетом ведущего дефекта, исходя из того, что мешает адаптации ребенка (слуховой или двигательной).

У больных детскими церебральными параличами часто отмечаются эмоциональные нарушения, которые проявляются в виде повышенной возбудимости, склонности к колебаниям настроения, появлению страхов. Страх нередко возникает даже при простых тактильных раздражениях, при изменении положения тела, окружающей обстановки. Некоторые дети боятся высоты, закрытых дверей, темноты, новых игрушек, новых людей. У детей с гиперкинетическим синдромом страхи могут перерасти в синдром витальной (жизненной) дизадаптации. При этом на различные зрительные и слуховые раздражители дети отвечают не ориентировочной, а защитной реакцией. Отмечаются повышенная возбудимость, слабая воля, неумение преодолевать препятствия и слабая мотивация к их преодолению.

У детей старшего возраста развиваются вторичные эмоциональные нарушения как реакция на свой дефект. У них наблюдается склонность к невротическим нарушениям. Кроме того, возникает угроза патологического развития личности по тревожно-мнительному, аутистическому (уход в себя, в мир своих фантазий) или инфантилизированному типу.

Расстройства внимания и памяти проявляются в повышенной отвлекаемости, неспособности длительно концентрировать внимание, узости его объема, преобладании вербальной памяти над зрительной и тактильной. В тоже время в индивидуальных условиях и в обучающем эксперименте дети выявляют достаточную «зону» своего дальнейшего интеллектуального развития, проявляют своеобразное упорство, усидчивость, педантизм, что позволяет им в известной мере компенсировать нарушенную деятельность и более успешно усваивать новый материал. Проявления психического инфантилизма, характерные почти для всех детей, страдающих детским церебральным параличом, выражаются в наличии несвойственных данному возрасту черт детскости, непосредственности, преобладании деятельности по мотивам удовольствия, склонности к фантазированию и мечтательности. Но в отличие от классических проявлений «гармонического инфантилизма» у

детей с церебральным параличом наблюдаются недостаточная активность, подвижность, яркость эмоциональности. Свойственные детям с церебральным параличом пугливость, повышенная тормозимость в незнакомых условиях надолго фиксируются у них, что существенно отражается и на процессе обучения. Не менее важное значение в формировании своеобразных интеллектуальных нарушений приобретают неблагоприятные условия среды и воспитания, в которых проходит развитие ребенка с детским церебральным параличом (ограничение общения со здоровыми сверстниками, недостаточность игровой деятельности и подвижности, зависимость от взрослых). К тяжелым нарушениям функций опорно-двигательного аппарата ребенка приводят поражения двигательных систем головного мозга, возникающие в большинстве случаев в результате детского церебрального паралича. Природовой и послеродовой параличи обусловлены травматическими повреждениями головного мозга новорожденного. У детей с церебральными параличами резко затормаживается общее развитие двигательных функций: нарушены движения конечностей и всех частей тела в результате спазмов мускулатуры (параличей), наблюдаются гиперкинезы (непроизвольные беспорядочные движения конечностей и оральной мускулатуры).

Тяжесть двигательных нарушений у детей с ДЦП различна. Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является то, что они существуют с рождения, тесно связаны с сенсорными расстройствами, особенно с недостаточностью ощущений собственных движений.

У детей с ДЦП задержано и нарушено формирование всех двигательных формирований: удержание головы, навыки сидения и стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности.

Поражение ЦНС при ДЦП нарушает работу мышечных схем произвольных движений, что и определяет одну из основных трудностей формирования двигательных навыков.

Большинство из них передвигается затрудненной, плохо координированной походкой, многие используют при этом костыли и трости, некоторые беспомощны без коляски. Часто церебральные параличи сочетаются с такими отклонениями в развитии, как снижение слуха, речевые расстройства, представляющие собой различной выраженности нарушения произношения вследствие ограниченной подвижности артикуляционного аппарата (дизартрии). У детей нередко наблюдается также задержка формирования отдельных психических функций. Выраженность двигательного нарушения у ребенка не соотносится с выраженностью отклонений в его умственном развитии. Специально проведенные исследования показали, что ДЦП заболевание, имеющее непрогредиентный тип течения. Нарушения у ребенка функций опорно-двигательного аппарата могут быть следствием и других причин, к числу которых относятся прогрессирующая мышечная дистрофия, полиомиелит, травмы позвоночника, врожденная деформация суставов и др. Нарушения движения и речи

отрицательно влияют на психическое развитие детей. В силу двигательной недостаточности, ограничения поля зрения, снижения остроты зрения, отсутствия предметных действий, становление которых происходит по мере совершенствования общей моторики, поражения правой руки, недоразвития тонких движений пальцев, несогласованности движений руки и глаза у них заметны отставания в развитии предметного восприятия. Такие дети имеют повышенную утомляемость, быстро становятся вялыми, пассивными, раздражительными, утрачивают интерес к выполняемой работе. В ряде случаев наблюдается появление двигательных беспокойств.

Двигательные расстройства у детей с церебральным параличом отрицательно влияют на весь ход его психического развития. Двигательные нарушения, ограничивающие предметно-практическую деятельность, затрудняющие развитие самостоятельного передвижения и навыков самообслуживания, ставят больного ребенка с первых лет жизни в почти полную зависимость от окружения взрослых. Это способствует формированию у него пассивности, безынициативности, нарушает становление мотивационной сферы.

Большинство детей, страдающих указанным отклонением в развитии, пассивны, нерешительны, пугливы. Они боятся темноты, пустой комнаты, закрытой двери. У некоторых склонность к упрямству, быстрой смене впечатлений. Дети болезненно реагируют на повышение голоса, тона говорящего, на настроение окружающих. У большинства детей с ДЦП отмечается сниженная работоспособность, быстрая истощаемость всех психических процессов, трудности в сосредоточении и переключении внимания, малый объем памяти. Некоторые дети излишне беспокоятся о своем здоровье и здоровье близких, без конца говорят об этом. Сон у большинства таких детей расстроен. Они долго засыпают, часто просыпаются, плачут и кричат во сне. У них встречаются нарушения в работе внутренних органов, которые проявляются в расстройствах аппетита, рвотах, неутолимой жажде, энурезах.

Для большинства детей с церебральным параличом характерна повышенная утомляемость. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, быстро становятся вялыми или раздражительными. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство: они начинают суетиться, усиленно жестикулировать, гримасничать; у них появляется слюнотечение. Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью, обидчивостью, болезненно реагируют на тон голоса, на малейшие замечания, чутко подмечают изменения в настроении окружающих. У них легко возникают реакции недовольства, упрямства и негативизма.

Патологическое формирование личности в основном связано с хроническим переживанием своей неполноценности. В подростковом возрасте в структуре такого патологического развития личности нередко

выступают истерические черты; тревожно – мнительные со склонностью к навязчивым образованиям, ипохондричности. Под влиянием дополнительных провоцирующих факторов могут возникать и депрессивные состояния, иногда с суицидальными мыслями.

Физическое воспитание – как метод коррекции развития детей с ДЦП. Ранняя и систематическая коррекция двигательных нарушений, осуществляемая в едином комплексе лечебно-педагогических мероприятий, способствует предупреждению и преодолению многих осложняющих нарушений и выявлению компенсаторных возможностей детского мозга. Особую роль в этом процессе играет физическое воспитание. Основной задачей физического воспитания детей с ДЦП является развитие и нормализация движений. Неправильное двигательное развитие ребенка с ДЦП начинается с неправильного положения его головы, шеи и спины. Поэтому при развитии двигательных функций у ребенка необходимо, прежде всего осуществлять контроль за положением общих частей тела. Ребенок с церебральным параличом во время бодрствования не должен более 20 минут оставаться в одной и той же позе. Ребенок не должен сидеть в течение длительного времени с опущенной головой, согнутой спиной и согнутыми ногами. В течение дня полезно несколько раз выкладывать его на живот, добиваясь в этом положении разгибания головы, рук, спины и ног. С целью формирования предпосылок произвольных движений у детей первых лет жизни крайне важным является использование специальных приспособлений в виде больших пляжных мячей, валиков, качалок, поручней и так далее. Ведущую роль в развитии движений у детей с ДЦП играет лечебная гимнастика. С учетом специфики двигательных нарушений при ДЦП лечебная гимнастика имеет следующие основные задачи:

1. Развитие выпрямления и равновесия, то есть так называемого постурального механизма, обеспечивающего правильный контроль головы в пространстве и по отношению к туловищу.
2. Развитие функции руки и предметно-манипулятивной деятельности.
3. Развитие зрительно-моторной координации.
4. Торможение и преодоление неправильных поз и положений.
5. Предупреждение формирования вторичного двигательного стереотипа.

Под влиянием лечебной гимнастики в мышцах ребенка с ДЦП возникают адекватные двигательные ощущения. В процессе лечебной гимнастики нормализуются позы и положения конечностей, снижается мышечный тонус, уменьшаются или преодолеваются насильственные движения. Ребенок начинает правильно ощущать позы и движения, что является мощным стимулом к развитию и совершенствованию его двигательных функций и

навыков. Положительное влияние на развитие двигательных функций оказывает использование комплексных афферентных стимулов: зрительных (большинство упражнений проводится перед зеркалом), тактильных (поглаживание конечностей; опора ног и рук на поверхность, покрытую различными видами материи, что усиливает тактильные ощущения; ходьба босиком по песку и так далее), проприоцептивных (специальные упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми и закрытыми глазами).

При выполнении упражнений широко используются звуковые и речевые стимулы. Многие упражнения, особенно при наличии насильственных движений, полезно проводить под музыку. Особо важное значение имеет четкая речевая инструкция, которая нормализует психическую деятельность ребенка, развивает целенаправленность, улучшает понимание речи, обогащает словарь. Таким путем у ребенка формируются различные связи с двигательным анализатором, что является мощным фактором всего психического развития.

В настоящее время для формирования правильной осанки, развития тазового пояса и нижних конечностей придается плаванию. Во время плавания уменьшается давление веса тела на опорно-двигательный аппарат и на неокрепший позвоночник ребенка; ритмичные движения ног, создают благоприятные условия для формирования и укрепления опоры нижних конечностей, а динамическая работа ног в безопорном положении способствует развитию стопы и предупреждает плоскостопие. При повышенной склонности к судорожным припадкам обучение плаванию противопоказано. Важное значение для развития и нормализации движений у детей с ДЦП имеет проведение физических упражнений в воде гидрокинезотерапия. Особенно полезна лечебная гимнастика в воде в период начального формирования активных движений. С помощью водолечения нормализуются процессы возбуждения и торможения, снижается мышечный тонус, улучшается кровоснабжение органов и тканей. Обычно лечебные ванны сочетаются с пассивными и активными движениями.

Широко используется лечебный массаж для развития движений детей с ДЦП. Под влиянием массажа с кожи по нервным путям идут потоки импульсов в центральную нервную систему, особенно в двигательные зоны коры головного мозга, что стимулирует их функционирование и созревание. Чем младше ребенок, тем большее значение для стимулирования его нервно-психической деятельности имеет тактильный раздражитель. Массаж оказывает разностороннее воздействие на организм ребенка. Он нормализует работу нервной системы, ускоряет ток лимфы, способствуя таким путем более быстрому освобождению тканей от продуктов обмена, то есть отдыху мышц, улучшает кровоснабжение мышц, замедляет их атрофию. Приемы массажа зависят от форм ДЦП и состояния отдельных групп мышц. Дети с церебральным параличом отличаются повышенной восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям, особенно к болезням верхних

дыхательных путей. Это связано как с общим снижением реактивности организма в связи с поражением ЦНС, так и с малой двигательной активностью ребенка, а также с частыми нарушениями дыхательной функции. Для укрепления здоровья важное значение имеет закаливание организма ребенка с ДЦП, которое необходимо начинать с самого раннего возраста. Выбор способа закаливания зависит от тяжести заболевания, возраста, индивидуальных особенностей ребенка. Закаливание детей в первые годы жизни, а детей с тяжелыми формами заболевания и в последующие годы осуществляется главным образом в процессе повседневного ухода. Физическое воспитание детей с церебральным параличом основывается на теоретической концепции поэтапного формирования двигательных функций как у здорового ребенка, так и у ребенка с ДЦП. В ходе физического воспитания следует учитывать не только качественные особенности двигательных нарушений, возраст ребенка, но в первую очередь уровень его моторного развития, учет психологических особенностей ребенка.

4. Организация социально-психологической работы с детьми, страдающими церебральным параличом. Выраженные двигательные расстройства и нарушения речи при детском церебральном параличе затрудняют общение этих детей с окружающими, отрицательно влияют на все их развитие, способствуют формированию негативных черт характера, появлению поведенческих нарушений, формированию острого чувства неполноценности. Разнообразные двигательные, перцептивные, когнитивные, аффективные и речевые расстройства, как правило, сложные, требуют комплексной медико-психолого-педагогической коррекции. Одним из важнейших аспектов такой работы является создание условий для полноценного личностного развития детей с ограниченными возможностями движений в ходе реализации мер по психолого-педагогической реабилитации и социальной адаптации с последующей интеграцией их в современное общество. Систематическое наблюдение за развитием учащихся в ходе учебно-воспитательного процесса, динамическое, комплексное, всестороннее и целостное изучение ребенка рассматривается как основа социально-психологического сопровождения образовательного процесса детей с церебральным параличом. С учетом полученных результатов психолого-педагогического изучения ребенка корректируется образовательный маршрут, разрабатываются индивидуальные программы обучения, проводится анализ их реализации. Модель социально-психологического сопровождения детей с церебральным параличом имеет свою специфику, которая определяется психологическими особенностями детей, деформацией их личностного развития, иногда дисгармоничными отношениями с родителями. Главная задача социально-психологической поддержки ребенка с церебральным параличом помочь ему так построить познание самого себя, чтобы оно стало действенной силой благоприятного саморазвития и

саморегуляции. Решает эту задачу социально-психологическая служба сопровождения, создание которой осуществляется поэтапно:

1 этап ориентационный. На данном этапе изучается психологическая картина образовательного пространства (профессиональный уровень педагогического коллектива, индивидуальные особенности детей, их потенциальные возможности, мотивационные факторы обучения, характер необходимой социально-психологической помощи). В процессе работы с педагогическим коллективом формируется совместное понятийное поле, улучшается межличностное общение.

2 этап созидательный. Этот этап предполагает определение конкретного содержания взаимодействия социально-психологической службы с другими службами детского учреждения.

3 этап анализирующий. Отличительной особенностью этого этапа является качественное изменение психологического состояния коллектива по результатам работы, на основе осознания причин, мешающих работе по развитию личности ребенка.

4 этап “совместные акции”. Задачей заключительного этапа является преодоление профессионального разрыва между социальным педагогом и психологом. Их совместная деятельность становится равнополагающей, направленной на всестороннее развитие личности ребенка, на формирование здорового образа жизни физического, психологического и социального благополучия ребенка, страдающего церебральным параличом.

Вопрос 6. Психология лиц с нарушением речи (логопсихология).

Развитию личности детей с различными дефектами речи посвящен ряд работ Л. С. Выготского, Т.А. Власовой, В.И. Селиверстова, Р.Е. Левиной и др. Согласно их исследованиям дефекты развития речи – это общее понятие, включающее практически все отклонения в речевом развитии. Нарушения речи могут в разной степени затрагивать те или иные компоненты речи и психики в целом.

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

- **нарушения средств общения и**
- **нарушения в применении средств общения.**

К первой группе относятся фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи, ко второй – заикание. С клинико-психологической точки зрения выделяются 11 форм речевой патологии: 9 – устной речи (в том числе дизартрия, дислалия, ринолалия, алалия) и 2 письменной (дисграфия и дислексия).

По мнению Р.Е. Левиной, не существует речевого нарушения самого по себе, оно всегда связано с личностью и психикой конкретного индивидуума со всеми присущими ему особенностями. Роль недостатков речи в развитии и судьбе ребенка зависит от природы дефекта, его степени, а также от того, как ребенок относится к своему дефекту.

Проблеме становления личности детей с дефектами речи уделяли внимание многие психологи и логопеды. Общая черта личности детей с нарушениями речи, по их мнению, заключается в том, что речевой дефект создает измененное положение у всех детей независимо от вида и степени дефекта: они более «другие» и именно эта «разница» в определенной мере определяет их дальнейший жизненный путь. Отклонения в развитии вызывают, прежде всего, нарушения в области коммуникации, речевого общения.

Как известно, под речевым общением понимается такая активность взаимодействующих людей, в ходе которой они с помощью языковых средств организуют совместную деятельность. Языковые и коммуникативные способности, в свою очередь, рассматриваются как высшие психические функции, которые находят свое выражение в языковой и **коммуникативной компетентности**. При низком уровне языковой способности ребенка с общим недоразвитием речи наблюдается недостаточность коммуникативной способности, что, в свою очередь, усложняет процесс учебной коммуникации, речевого взаимодействия в процессе совместной игровой, учебной, трудовой деятельности.

Речевые нарушения у детей могут также приводить и к нарушениям их эмоционально-волевой сферы, что может стать причиной возникновения патологических форм поведения.

У детей с отклонениями в развитии речи можно довольно часто наблюдать переоценку собственных сил и возможностей и своего положения в группе, то есть неадекватно завышенный уровень притязаний. Такие дети не критично стремятся к лидерству, реагируют негативизмом и агрессией на любые затруднения, сопротивляются требованиям взрослых либо отказываются от выполнения деятельности, в которой могут обнаружить свою несостоятельность. В основе возникающих у них резко отрицательных эмоций лежит внутренний конфликт между притязаниями и неуверенностью в себе. Однако часто можно наблюдать и прямо противоположное явление – недооценку своих возможностей.

Поведение таких детей отличается нерешительностью, конформностью, крайней неуверенностью в своих силах. Часто можно встретиться с не критичным оцениванием как собственной деятельности, так и действий других. Они легко поддаются под чужое влияние. Искаженное восприятие самого себя и окружающего мира, ошибочная оценка своих способностей и личностных свойств ведут к нарушению взаимодействия с окружающей

средой и снижению эффективности деятельности, что препятствует оптимальному развитию личности. Дети с дефектами речи всегда в какой-то форме чувствуют свое невыгодное положение, вытекающее из дефекта, что, в свою очередь, может проявиться в чувстве неполноценности.

Отношение общества к таким детям и, главным образом, отношение ближайшего окружения имеют существенное значение. Дефект накладывает отпечаток на взаимодействие ребенка с нарушенным развитием и его социального окружения. Одним из наиболее частых проявлений нарушенных отношений со средой являются **реакции дезадаптации**.

Под реакциями дезадаптации понимаются относительно кратковременные психогенные расстройства, возникающие при столкновении личности с трудными или непреодолимыми обстоятельствами и нарушающие нормальное приспособление к условиям существования (Исаев Д. Н., 1984).

Ситуации повышенного риска, предрасполагающие к возникновению реакции дезадаптации в школьном возрасте, можно представить следующим образом:

- невозможность соответствовать ожиданиям семьи (например быть отличником);
- неприятие семьей, детским коллективом, педагогами;
- неспособность справиться с учебной нагрузкой;
- враждебное отношение родителей, педагогов;
- отрыв от семьи, смена школьного коллектива.

Общей чертой реакций дезадаптации является утрата или снижение чувства защищенности. Дети могут остро реагировать на реальную или воображаемую утрату защищенности. Типичные для них кризисные ситуации связаны со снижением ценности «Я» – они действительно не оправдывают возлагавшихся на них родителями или педагогами надежд или, им почему-либо так кажется, переживают свою реальную или мнимую непризнанность, несостоятельность, боятся за свое здоровье или жизнь. Наиболее часто трудности возникают, когда ученик не справляется со школьной программой и тяжело это переживает.

Психологические трудности дезадаптирующего характера, испытываемые детьми с нарушением развития речи, чаще всего имеют вторичную обусловленность, формируясь как следствие неверной интерпретации учителем, родителями их индивидуально-психологических свойств. По наблюдениям специалистов, большинство детей с нарушениями речи переживают **состояние фрустрации** под влиянием постоянных неудач. Эти переживания нередко усугубляются недостаточно тактичным и негибким поведением учителя, и прогрессирование декомпенсации идет по пути

развития невротоподобной симптоматики. При этом повышается тревожность, снижается самооценка (Корнев А.Н., 1997).

Практически у всех детей с таким тяжелым речевым нарушением, как заикание, выявлено своеобразие протекания психических процессов, частые проявления импульсивности или, наоборот, заторможенности. Иногда они не могут принять решение не потому, что не могут дать правильный ответ, а потому, что стрессовые состояния дезориентируют их деятельность.

Отмечены отклонения в эмоциональных, волевых и мотивационных проявлениях детей: низкая самооценка, чувство неуверенности, тревожность, немотивированные страхи, прежде всего страх речи. Одним из показателей неэффективного речевого поведения является ригидность коммуникативных приемов поведения. Замечено, что проявления заикания находятся в прямой зависимости от индивидуально-личностного отношения ребенка к тем или иным условиям общения. Степень тяжести заикания у детей адекватна степени их **фиксированности на своем дефекте**.

В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растут и воспитываются дети с заиканием, названные психические явления могут в разной степени или проявляться кратковременно, или закрепляться и перерасти в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя в целом уже психологические особенности заикающихся.

Психологические рекомендации при работе с заикающимися детьми дошкольного и возраста зависят от формы заикания. При невротическом заикании необходимо использовать возможности игровой деятельности, а также:

- 1) воспитывать точность, четкость, быстроту реакции, умение переключать активное внимание на качество выполнения необходимых в данный момент действий;

- 2) отводить особое место упражнениям на нормализацию мышечного тонуса и использовать с этой целью различные игровые роли и игровые действия;

- 3) формировать чувство коллективизма в играх, воспитывать волю, уверенность в своих силах, умение преодолевать трудности при выполнении действий, используя при этом психотерапевтические возможности игры;

- 4) использовать образы персонажей игр, учитывая их положительное влияние на речевую и двигательную активность, эмоциональную сферу.

Особенности работы с детьми, страдающими невротоподобным заиканием, состоят в следующем:

- 1) увеличивается индивидуализация занятий, доля помощи психолога в выборе и реализации роли, совершении игровых действий;

2) применяется подетально расчлененная подача игрового материала с демонстрацией отдельных элементов сюжета и игровых действий;

3) больше внимания уделяется вербализации действий, сочетанию речи с движениями с постепенным усложнением игровой задачи;

4) ввиду повышенной утомляемости детей чередуются динамические и статические действия, сокращается смена действий и продолжительность игр;

5) показ действий осуществляется со словесным объяснением психолога, сопряженной и ритмизованной речью;

6) при организации игр проводится работа по общему развитию речи, развитию слухового внимания и восприятия, коррекции недостатков звукопроизношения, увеличению словарного запаса;

7) объем речевых действий постепенно расширяется на протяжении всех занятий.

Игротерапия служит закреплению навыков плавной речи, полученных на логопедических занятиях. Вербализация игровых ситуаций, словесные объяснения детьми игровых действий на этапе планирования и затем анализа игры способствуют созданию мотивации правильной речи. В ходе разучивания коротких стихотворений, песенок, бесед о содержании игры уточняются трудные слова, отрабатывается их ритмическая структура, четкость произношения звуков. Проводится работа над обогащением словаря, новые понятия вводятся в активный словарь детей, формируются грамматические обобщения. При работе над плавностью и слитностью речи поэтапно усложняются ее формы.

Использование игротерапии в процессе коррекционной работы с дошкольниками, страдающими заиканием, способствует нормализации речевых функций и приводит к значительному улучшению речи.

Таким образом, развитие личности обусловлено не только дефектом как таковым, но и тем фактом, что ребенок осознает свой дефект и чувствует особое отношение к нему со стороны других людей. Приспосабливаясь к своему дефекту, как внутренне, так и через поведение, ребенок формирует определенные **защитные механизмы**, которые накладывают отпечаток на формирование его личности. Вместе с тем применение специальных форм психологической помощи, наряду с коррекционной логопедической работой, направленной на исправление речевых дефектов, значительно сглаживает проявления вторичных нарушений и способствует полноценному развитию личности ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сорокин, В.М. Специальная психология [Текст]: учеб. пособие/ В.М.Сорокин-СПб. «Речь», 2006.
2. Сорокин В.М., Кокоренко В.Л. Практикум по специальной психологии [Текст] / В.М.Сорокин, В.Л.Кокорейко - СПб., 2005.
3. Специальная психология [Текст]: учеб. для вузов/Под ред. В.И. Лубовского. М., 2009.
4. Основы специальной психологии [Текст]: учеб. для вузов/ Под ред. Л.В.Кузнецовой, Л.И.Солнцева и др. - М.: Академия, 2009.
5. Усанова О.Н. Специальная психология [Текст]: учеб. для вузов/ О.Н.Усанов - СПб.: Питер, 2008.
6. Основы специальной психологии. Под. Ред. Л.В.Кузнецовой.-М., 2002
http://pedib.ru/Books/3/0031/3_0031_-_lshtml/
7. Официальный сайт Института коррекционной педагогики РАО. Содержит информацию об истории института, его лабораториях и центрах, о приоритетных направлениях исследования.
8. <http://www.ise.edu.mhost.ru/>
 1. Дефектолог.ру. Сайт для родителей, желающих узнать больше о своем ребенке. Возрастные нормы развития ребенка; рекомендации дефектолога; логопеда; психолога; описание игр для детей с различными заболеваниями; общение в форуме.
9. <http://www.defectolog.ru>
 2. Педагогическая библиотека. Собрание книг и статей по специальной психологии и коррекционной педагогике. <http://www.pedlib.ru>.

Самостоятельная работа обучающихся № 6 по разделу "Диагностика и коррекция психического развития ребенка". Составление блок - схемы по теме. Проведение диагностических проб. Анализ результатов проб.

Задание 1. Используя методические материалы вспомнить основные методики диагностики и коррекции.

Учитывая специфику и динамику диагностических методик, используемых для детей разных возрастных групп составить блок схему по теме.

Задание 3. Используя методические материалы провести методики диагностики(Графический диктант и тест Керна Йирасека.) и сделать анализ результатов проб.

Методические материалы

Методика « Графический диктант».

Методика, определяющая уровень развития мелкой моторики рук, аналитических и синтетических функций мозга (изучаемая посредством

графического диктанта). Образец графического диктанта. Ребенку дается листок бумаги в клеточку и карандаш. Показывается и объясняется, как нужно проводить линии соответственно линиям клеточек.

Инструкция: Сейчас мы будем рисовать разные узоры. Сначала я покажу тебе, как нужно рисовать, а потом я буду диктовать, а ты внимательно слушай и рисуй. Давай попробуем .

Например: одна клеточка вправо, одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, одна клеточка вниз.

Видишь какой рисунок получился? Понял? Теперь выполни задание под мою диктовку, начиная вот от этой точки (ставится точка в начале строки).

ПЕРВЫЙ ГРАФИЧЕСКИЙ ДИКТАНТ.

Инструкция: Теперь внимательно слушай меня и рисуй только то, что я буду диктовать: одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, одна клеточка вниз, одна клеточка вправо, одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, одна клеточка вниз , одна клеточка вправо, одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, одна клеточка вниз .

Оценка за все задание 10 баллов. За каждую ошибку снимается 1 балл.

ВТОРОЙ ГРАФИЧЕСКИЙ ДИКТАНТ.

Инструкция: Теперь нарисуем еще один узор. Слушай меня внимательно: одна клеточка вправо, одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, одна клеточка вниз, одна клеточка вправо, одна клеточка вниз, одна клеточка вправо, одна клеточка вверх, одна клеточка вправо, одна клеточка вниз, одна клеточка вправо, одна клеточка вниз, одна клеточка вправо .

Оценка за все задание 10 баллов. За каждую ошибку снижается 1 балл.

ТРЕТИЙ ГРАФИЧЕСКИЙ ДИКТАНТ.

Инструкция: Теперь нарисуем еще один узор. Слушай меня внимательно: одна клеточка вправо, три клеточки вверх, одна клеточка вправо, две клеточки вниз, одна клеточка вправо, две клеточки вверх, одна клеточка вправо, три клеточки вниз, одна клеточка вправо, две клеточки вверх, одна клеточка вправо, две клеточки вниз, одна клеточка вправо, три клеточки вверх, одна клеточка вправо .

Оценка за все задание 10 баллов. За каждую ошибку снимается 0,5 балла.

Тест Керна Йирасека.

Ребенку дается лист чистой нелинованной бумаги. Карандаш кладется так, чтобы ребенку было одинаково удобно взять его правой или левой рукой.

А. Срисовывание фразы ЕЙ ДАН ЧАЙ . Ребенку выдается карточка 7x14 см. На карточке рукописная фраза Ей дан чай . Высота заглавной буквы 1,5 см, остальных 1 см. Карточка кладется чуть выше рабочего листа.

Инструкция: Посмотри, здесь что-то написано. Ты еще не умеешь писать, поэтому попробуй это нарисовать. Хорошенько посмотри, как это написано, и в верхней части листа (показать где) напиши так же .

10 баллов , Срисованную фразу можно прочитать. Буквы не более чем в 2 раза больше образца. Буквы образуют три слова. Строка отклонена от прямой линии не более чем на 30 градусов.

8 9 баллов , Предложение можно прочитать. Буквы по величине близки к образцу. Их стройность не обязательна.

7 6 баллов , Буквы разделены не менее чем на 2 группы. Можно прочитать хотя бы 4 буквы.

5 4 балла , С образцом схожи не менее чем 2 буквы. Вся группа имеет вид письма.

3 2 балла , Каракули.

Б. Срисовывание точек. Ребенку выдается бланк с изображением группы точек. Расстояние между точками по вертикали и горизонтали 1 см. Диаметр точек 2 мм. Карточка с точками кладется так, чтобы острый угол пятиугольника был направлен вниз.

Инструкция: Здесь нарисованы точки. Попробуй сам нарисовать такие же вот здесь .(Показать где).

10 9 баллов , Точное воспроизведение образца. Нарисованы точки, а не кружки. Соблюдена симметрия фигуры по горизонтали и вертикали. Может быть любое уменьшение фигуры, увеличение же возможно не более чем наполовину.

8 7 баллов , Возможно незначительное нарушение симметрии. Однако точка может выходить за рамки столбца или строчки. Допустимо изображение кружков вместо точек.

6 5 баллов , Группы точек грубо похожи на образец. Возможно нарушение симметрии всей фигуры. Сохраняется подобие пятиугольника. Возможно большее или меньшее количество точек, но не менее 7 и не более 20.

4 3 балла , Точки располагаются группами. Их группы напоминают любые геометрические фигуры. Величина и количество точек не существенны. Недопустимы другие изображения, например линии.

1 2 балла , Каракули.

В. Рисунок человека. Инструкция: Здесь (указать где) нарисуй какого-нибудь мужчину (дядю) так, как умешь .

Запрещается объяснять, помогать, делать замечания по поводу ошибок. На любой вопрос ребенка нужно отвечать: Рисуй так, как ты умешь. Разрешается ребенка подбодрить. На вопрос: Можно ли рисовать тетю? необходимо объяснить, что все рисуют дядю. Если же ребенок начал рисовать женскую фигуру, можно разрешить ее дорисовать, а затем попросить рядом нарисовать мужчину. При оценке рисунка человека учитывается: наличие основных частей: головы, глаз, рта, носа, рук, ног; наличие второстепенных деталей: пальцев, шеи, волос, обуви; способ изображения рук и ног: одной чертой или двумя, так что видна толщина конечностей.

10 9 баллов , Есть голова, туловище, конечности, шея. Голова не больше туловища. На голове: волосы (шапка), уши. На лице: глаза, нос, рот. Руки с 5 пальцами. Есть признак мужской одежды. Рисунок сделан непрерывной линией ("синтетически"), когда руки и ноги как бы "вытекают" из туловища.

8 7 баллов , От описанного выше могут отсутствовать 3 части: шея, волосы, один палец руки. Но не должна отсутствовать какая либо часть лица. Рисунок выполнен не "синтетическим способом". Нарисована отдельно голова и туловище. К ним "прикреплены" руки и ноги.

6 5 баллов , Есть голова, туловище, конечности. Руки, ноги должны быть нарисованы двумя линиями. Отсутствуют: шея, волосы, одежда, пальцы на руках, ступни на ногах.

4 3 балла , Прimitивный рисунок головы с конечностями, изображенный одной линией по принципу: "палка, палка, огуречек, вот и вышел человечек!" 1 2 балла , Отсутствие ясного изображения туловища, конечностей, головы и ног. Получились каракули.

Самостоятельная работа обучающихся №8

Характеристика факторов, влияющих на процесс социализации. Конспектирование документов о специальном образовании.

Задание1. Охарактеризуйте факторы, влияющих на процесс социализации. Конкретизируйте примерами.

Задание 2. Законспектируйте «Закон об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья», «Декларацию о правах инвалидов».

Литература

Основные источники:

1. Основы специальной психологии / Под ред. Кузнецовой Л.В., - М., 2007.
2. Специальная педагогика / Под ред. Назаровой Н.М. – М., 2002.

Дополнительные источники:

1. Зикеев А.Г. Специальная педагогика. – М., 2005.
2. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте. – М., 2008.
1. Основы специальной психологии. Под. Ред. Л.В.Кузнецовой.-М., 2002
http://pedib.ru/Books/3/0031/3_0031_-_lshtml/
2. Официальный сайт Института коррекционной педагогики РАО. Содержит информацию об истории института, его лабораториях и центрах, о приоритетных направлениях исследования. <http://www.ise.edu.mhost.ru/>
3. Аутизм. На сайте представлены материалы о диагностике и лечении аутизма, советы психолога. В разделе «Библиотека» - полнотекстовый материал по проблемам раннего детского аутизма. <http://www.autism.ru/> или <http://www.autist.narod.ru/>
4. Сервер Центра для детей с синдромом Дауна «Даунсайд Ап». Информация об истории и целях создания Ассоциации, проводимых под её эгидой. <http://www.downsideup.org/index.htm>
5. Детский церебральный паралич. Подробная информация о том, что такое ДЦП, о мерах предупреждения и диагностики, о его лечении. Проблемы социализации больных с ДЦП, в частности Проект по обучению больных ДЦП работе на компьютере и в сети Интернет. <http://www.cpalsy.baikal.ru/cpalsy.html>
6. Дефектолог.ру. Сайт для родителей, желающих узнать больше о своем ребенке. Возрастные нормы развития ребенка; рекомендации дефектолога; логопеда; психолога; описание игр для детей с различными заболеваниями; общение в форуме. <http://www.defectolog.ru>

7. Родителям глухого ребенка. На сайте размещена программа воспитания и обучения глухих детей дошкольного возраста, разработанная в 1991 году Государственным комитетом СССР по народному образованию. <http://www.danyloff.narod.ru>.

8. Педагогическая библиотека. Собрание книг и статей по специальной психологии и коррекционной педагогике. <http://www.pedlib.ru>