

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Сибирский федеральный университет

Ж.А. Левшунова, Т.Ю. Артюхова

## **ДЕФЕКТОЛОГИЯ**

Рекомендовано УМО РАО по классическому университетскому и техническому образованию в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлениям подготовки: 44.03.05 – «Педагогическое образование», 44.03.02 – «Психолого-педагогическое образование», 44.05.01 «Педагогика и психология девиантного поведения». Протокол № 718 от 18 октября 2018 г.

Красноярск-Лесосибирск 2018

УДК 159.9  
ББК 88  
Л 38

Рецензенты: И.С. Морозова, д-р психол. наук, профессор, директор Института образования ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»;  
О.А. Сидоренко, канд. пед. наук, доцент, зав. кафедрой общей и специальной педагогики и психологии КГАУ ДПО «Красноярский краевой институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования»;  
Г.А. Паркайкина, заведующая отделением реабилитации детей с ОВЗ МБУ КЦСОН г. Лесосибирска

Левшунова Ж.А.  
Л 38 Дефектология: учеб. пособие / Ж.А. Левшунова, Т.Ю. Артюхова. – Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2018. – 96 с.

ISBN 978-5-7638-4035-3

В пособии отражены теоретические и практические аспекты дефектологии. Рассмотрены современные классификации нарушений развития; описаны психологические особенности детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ); представлены методы и направления психолого-педагогической работы с детьми с ОВЗ, а также иные особенности воспитания и образования детей с ОВЗ, в том числе в общеобразовательной школе.

Приведенные материалы способствуют выработке у студентов знаний, практических умений и навыков, определяемых ФГОС ВПО.

Предназначено для студентов очного и заочного отделений вузов, обучающихся по направлениям 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование», а также 44.03.05 «Педагогическое образование», 44.05.01 «Педагогика и психология девиантного поведения», магистрантов.

УДК 159.9  
ББК 88

ISBN 978-5-7638-4035-3

© Лесосибирский педагогический институт – филиал СФУ, 2018  
КрасГМУ, 2018

© Ж.А. Левшунова, Т.Ю. Артюхова, 2018

## ВВЕДЕНИЕ

Ориентация современного общества на инклюзию детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) во всеобщую систему образования порождает необходимость формирования у воспитателей, учителей знаний об особенностях психического развития таких детей.

Согласно п. 4 ст. 79 «Закона об образовании Российской Федерации» [35], образование обучающихся с ОВЗ может быть организовано совместно с другими обучающимися, что актуализирует необходимость изучения курса «Дефектология», основной целью которого является формирование у студентов бакалавриата компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности в области психологии, воспитания и образования детей с ОВЗ.

В результате освоения образовательной программы бакалавриата выпускник должен владеть такими компетенциями как:

– способностью учитывать общие, специфические закономерности и индивидуальные особенности психического и психофизиологического развития, особенности регуляции поведения и деятельности человека на различных возрастных ступенях (ОПК-1);

– готовностью применять в профессиональной деятельности основные международные и отечественные документы о правах ребенка и правах инвалидов (ОПК-11);

– способностью использовать здоровьесберегающие технологии в профессиональной деятельности, учитывать риски и опасности социальной среды и образовательного пространства (ОПК-12).

Материалы учебного пособия могут быть использованы в соответствии с ФГОС ВО при подготовке бакалавров по направлениям 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование», 44.03.05 «Педагогическое образование», а также специалистов по направлению 44.05.01 «Педагогика и психология девиантного поведения» и магистрантов.

## Глава 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ

### 1.1. Дефектология как междисциплинарная отрасль знания

Дефектология (от лат. defectus – недостаток и греч. logos – слово, учение) – наука о закономерностях и особенностях развития детей с физическими и психическими нарушениями, о принципах, методах, формах организации их воспитания и обучения [7].

Целью дефектологии является разработка теоретических и прикладных основ системы комплексной помощи детям различных возрастов с ОВЗ.

Основные задачи дефектологии, определяемые современным состоянием проблемы обучения и воспитания детей с ОВЗ:

- научное обоснование психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ с раннего возраста;
- психолого-педагогическое обеспечение реализации инклюзивного образования;
- разработка методов и технологий инклюзивного обучения, а также психологического сопровождения детей с ОВЗ в процессе образования;
- определение содержания и методов взаимодействия специалистов с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ.

Структуру дефектологии составляют два раздела: специальная педагогика и специальная психология, каждая из которых объединяет ряд отраслей.

Специальная педагогика – это раздел дефектологии, изучающий особенности и закономерности организации обучения и воспитания детей и подростков с ОВЗ.

Отраслями специальной педагогики являются олигофренопедагогика, тифлопедагогика, сурдопедагогика, логопедия.

Олигофренопедагогика – отрасль специальной педагогики, изучающая вопросы воспитания, обучения, диагностики и коррекции недостатков развития

детей с умственной отсталостью, а также проблемы их социальной и трудовой адаптации.

Тифлопедагогика – отрасль специальной педагогики, занимающаяся проблемами обучения и воспитания детей, имеющих нарушения зрения (слабовидящих, слепых).

Сурдопедагогика – отрасль специальной педагогики, разрабатывающая теорию и практику воспитания, обучения и организации образования детей с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих и позднооглохших).

Логопедия – отрасль специальной педагогики, изучающая вопросы нарушения речи у детей, методы их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания.

В основе специальной педагогики лежат общепедагогические и специальные (коррекционно-педагогические) принципы.

Общепедагогические принципы:

- 1) принцип целенаправленности педагогического процесса;
- 2) принцип целостности и системности педагогического процесса;
- 3) принцип гуманистической направленности педагогического процесса;
- 4) принцип уважения к личности ребенка в сочетании с разумной требовательностью к нему.

Специальные принципы:

- 1) принцип педагогического оптимизма;
- 2) принцип ранней диагностической помощи;
- 3) принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих мероприятий;
- 4) принцип единства диагностики и коррекции;
- 5) принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка;
- 6) принцип деятельностного подхода в обучении и воспитании;
- 7) принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности.

Специальная психология – это раздел дефектологии, изучающий закономерности психического развития и особенности психической деятельности детей и взрослых с психическими и физическими недостатками.

Специальная психология функционирует, опираясь на научные принципы.

Основным для специальной психологии признан принцип развития (генетический). Сущность его сводится к тому, что все психические явления необходимо рассматривать исключительно в динамическом плане, то есть в процессе развития и становления. Специальная психология изучает, как протекает процесс развития в неблагоприятных условиях, какие стороны формирующейся психики могут быть нарушены, как развиваются компенсаторные механизмы и т. д.

Принцип детерминизма раскрывается через положение о том, что психические явления причинно обусловлены (деятельностью мозга или окружающей средой). Специальная психология устанавливает и изучает причины и факторы изменения развития ребенка с ОВЗ.

Принцип единства сознания и деятельности реализуется в специальной психологии через тезис о том, что деятельность служит условием возникновения, фактором формирования и объектом приложения сознания человека. Деятельность ребенка с ОВЗ – один из важных параметров оценки уровня его развития.

Принцип комплексного подхода к изучению ребенка предполагает проводить всестороннее обследование особенностей развития всех видов познавательной деятельности ребенка, его эмоционально-волевой сферы, умений, навыков и всей личности в целом. С использованием различных психодиагностических методик. Принцип комплексного подхода к изучению ребенка предполагает не только психологическое исследование, но и анализ состояния нервной системы ребенка, его сенсорной и двигательной сферы. В соответствии с принципом комплексного подхода обследованием ребенка занимаются психологи, дефектологи, сурдопедагоги, невропатологи, психиатры и др.

Принцип целостного изучения ребенка направлен не на обнаружение отдельных проявлений нарушений психического развития, а на выделение причин их возникновения и установления связи между ними. Это способствует выявлению основных особенностей познавательной сферы ребенка, его интересов, увлечений и личности в целом.

Принцип динамического изучения ребенка. Основой для выделения этого принципа является положение Л.С. Выготского о соотношении обучения и развития ребенка. Л.С. Выготский выделял зону ближайшего развития ребенка, которая подразумевала уровень трудности задач, решаемых ребенком самостоятельно, и зону ближайшего развития, то есть уровень трудности задач, решаемых ребенком под руководством взрослого. В соответствии с этим принципом при изучении ребенка необходимо выяснить знания, умения, навыки ребенка, а также потенциальные возможности детей. Реализация принципа динамического изучения ребенка предполагает использование наряду с диагностическими методиками методики, позволяющие определить зону его ближайшего развития.

Отраслями специальной психологии являются олигофренопсихология, психология детей с задержкой психического развития, тифлопсихология, сурдопсихология, логопсихология, психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, психология детей дошкольного возраста с аномалиями развития.

Олигофренопсихология – отрасль специальной психологии, изучающая закономерности психического развития и особенности психической деятельности лиц с интеллектуальной недостаточностью.

Психология детей с задержкой психического развития – отрасль специальной психологии, изучающая психическое и личностное развитие детей с задержкой психического развития, а также методы психологической коррекции и интеграции таких детей в общество.

Тифлопсихология – это отрасль специальной психологии, которая изучает психическое развитие слепых и слабовидящих людей, пути и способы коррекции зрительного дефекта.

Сурдопсихология – это отрасль специальной психологии, которая изучает психическое развитие глухих и слабослышащих людей и возможности его коррекции в условиях обучения и воспитания.

Логопсихология – отрасль специальной психологии, изучающая психологические особенности лиц с различными речевыми расстройствами.

Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата – отрасль специальной психологии, изучающая психическое развитие лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП, последствия полиомиелита, прогрессирующие нервно-мышечные заболевания (рассеянный склероз), врожденное и приобретенное недоразвитие или деформация опорно-двигательного аппарата).

Психология детей дошкольного возраста с аномалиями развития – отрасль специальной психологии, изучающая психическое развитие детей дошкольного возраста с нарушениями развития.

Опираясь на имеющиеся в дефектологии и ее отраслях исследования, можно представить проблемы, решение которых связано с перспективой развития знания об обучении и воспитании детей с ОВЗ.

1. Интенсивная разработка теоретических основ дефектологии, позволяющая получить ценное образование детям с ОВЗ.

2. Разработка психологического инструментария для комплексной медико-психолого-педагогической диагностики нарушений развития детей разных категорий.

3. Развитие специальных педагогических технологий, направленных на эффективное обучение детей с ОВЗ.

4. Разработка концептуальных основ обучения и воспитания детей со сложной структурой дефекта.

5. Научно-методическое обеспечение создания разноуровневых программ и вариативных форм организации специального образования.

6. Целенаправленная подготовка и переподготовка кадров, уровень профессиональной компетенции которых позволит максимально эффективно осуществлять обучение детей с нарушениями в развитии.

7. Проведение фундаментальных пролонгированных исследований в разных областях дефектологии (например, обеспечить клиническое, нейрофизиологическое и психологическое изучение детей со сложной структурой дефекта, не охваченных ранее системой воспитания и образования) [22].

Дефектология использует различные методы исследования. Наиболее распространен метод наблюдения. Оно должно быть целенаправленным, то есть исследователь не наблюдает вообще за всем многообразием поведения индивида, а выбирает лишь определенные, необходимые для изучения фрагменты. Другой важной особенностью процесса наблюдения является его объективность. В дефектологии этот метод сопряжен с дополнительными трудностями. Прежде всего, существенно возрастают временные затраты в силу увеличения сложности поведенческих актов. На первых этапах у исследователя может даже складываться ощущение непрозрачности, оторванности поведения ребенка от наличной ситуации. Требуется богатый клинический опыт и знания, а также весьма длительное время, чтобы увидеть закономерность, «логику» в рисунке поведения ребенка с отклонениями в развитии. Еще одна сложность организации и проведения процесса наблюдения может быть условно определена как «дефект-центризм». Смысл этого искусственно сконструированного термина состоит в следующем. Как правило, наблюдатель заранее знает о неблагополучии ребенка, которого собирается изучать. Именно это знание и создает установку, искажающую процесс наблюдения, – все своеобразие поведенческого рисунка всецело объясняется за счет основного нарушения. «Дефект-центризм» – сложный установочный феномен, приводящий к смешению возрастных и индивидуальных характеристик действий ребенка с клиническими симптомами.

Метод эксперимента. Его реализация имеет свою специфику. В ряде случаев не всегда возможно провести классическое экспериментальное исследование из-за трудностей вступления в контакт с ребенком, как это бывает при тяжелых проявлениях синдрома детского аутизма, общей расторможенности, выраженных степенях умственной отсталости т.д. Само состояние ребенка в подобных ситуациях не позволяет целенаправленно выполнять экспериментальное задание, поэтому либо процедура существенно модифицируется, либо основной упор делается на методах наблюдения и сбора психологического анамнеза. Тем не менее эксперимент в дефектологии занимает ведущее место. При организации экспериментальной процедуры нужно учитывать, что последняя должна быть адекватна реальным возможностям обследуемого. Прежде всего, исследователю необходимо удостовериться в том, что испытуемый понял сущность предлагаемого ему задания. Экспериментальная процедура должна быть адекватной возможностям испытуемого по характеру стимульного материала и последовательности его подачи. И исследователю необходимо учитывать наличие тех или иных нарушений зрения, слуха, двигательной сферы. Организация экспериментальной процедуры с неизбежностью требует учета состояния мотивационной сферы обследуемого. Причинами отсутствия интереса может быть непонимание смысла предложенного задания, снижение уровня общей работоспособности, быстро развивающееся утомление и связанное с ним чувство эмоционального дискомфорта. Экспериментатор должен помнить об этом и заранее предупреждать развитие утомления. Именно поэтому проведение эксперимента в дефектологии носит дозированный характер.

Особое значение в изучении детей с ОВЗ приобрел формирующий эксперимент, который позволяет качественно оценить психические явления, раскрыть характер самого процесса выполнения задания, а не только фиксировать статичный результат, каким бы выразительным он ни был. Кроме того, использование схем формирующего эксперимента дает возможность выявить качественный профиль отклоняющегося развития [38].

Тестирование. В области дефектологии стандартизированные методики

(тесты) традиционно используются весьма широко, так как именно здесь они впервые и появились. Но применение тестовых технологий требует высокого профессионализма и осторожности.

Прежде всего, трудности возникают в отношении самой стандартизованности, жестко унифицированного характера проведения всего тестового обследования, начиная от неизменности формулирования инструкции, времени выполнения того или иного задания, качества стимульного материала и кончая вынесением «сырых» оценок и пр. Стандартизация позволяет поставить всех испытуемых в равные условия и тем самым провести ранговые сравнения, сопоставить результаты одного испытуемого с результатами других. Нельзя не признать, что в определенных условиях это весьма важно, как, например, в ситуации профессионального отбора.

Сами параметры стандартов (форма, скорость подачи инструкции, ее содержание, а также метрические характеристики стимульного материала) всегда соотношены с возможностями нормального в психофизиологическом отношении человека. Поэтому ребенок с отклонениями в развитии с самого начала тестового обследования попадает в несоответствующую его возможностям ситуацию. Например, он не может на слух воспринять инструкцию либо не понимает ее с первого раза или размер картинок для него слишком мал и т. д. В этом случае низкие результаты отражают не снижение диагностируемой способности, а неадекватность условий особенностям ребенка. В такой ситуации их стандартные характеристики следует изменить. Часто это приводит к новым проблемам. Внося изменения в стандарт, индивидуальный результат уже нельзя поставить с имеющимся в тесте нормативом. Были попытки создать стандартизированные методики для отдельных групп детей с отклонениями в развитии, например модифицированный тест Векслера для незрячих. Однако он не нашел широкого применения в силу чрезвычайной громоздкости. Кроме того, полученные с его помощью результаты слепых испытуемых невозможно сравнить с результатами зрячих, добытых с использованием обычного варианта теста Векслера.

Метод беседы (интервью) выступает как в качестве дополнения к эксперименту, так и вполне самостоятельно. Ее проведение требует высокого профессионализма. Прежде всего, психолог (педагог-дефектолог) должен установить хороший контакт с ребенком, создать атмосферу доверия и безопасности. Собеседник должен чувствовать заинтересованное отношение к себе. Следует просто и доходчиво объяснить ребенку причину, по которой с ним проводят данный разговор. Задаваемые вопросы должны быть понятны. Здесь также необходимо точно определить цель, основное содержание беседы, характер и последовательность предлагаемых вопросов, которые формулируются в процессе подготовки. Психолог тактично направляет беседу в нужное направление, если исследуемый уходит в сторону, переформулирует вопросы, если они оказываются неясными. В процессе беседы фиксируются эмоциональные реакции, интонации испытуемых. Беседа не должна быть чрезмерно длительной, ибо ребенок может устать и утратить интерес к ее содержанию. Использование данного метода в дефектологии иногда требует от специалиста особых навыков. Например, при работе с глухими необходимо хорошее знание дактильной и жестовой речи.

Проективные методики (Роршаха, Розенцвейга, Зонди, ТАТ, Люшера и др.). Рисуночные пробы могут быть информативны в отношении когнитивного и эмоционального развития ребенка. Но в тех случаях, когда у испытуемого имеют место даже слабо выраженные двигательные нарушения или несформированность сенсомоторной координации, не говоря уже о недостатках остроты центрального зрения или цветоразличения, характеристики его графической продукции могут отражать совсем иные свойства его психического развития, нежели в условиях нормального онтогенеза. Другими словами, клиническая картина, наслаиваясь на психологическую, делает последнюю еще более неоднозначной, чем это бывает в случаях нормы.

Метод рейтинга – это метод оценки тех или иных сторон учебно-воспитательной деятельности компетентными судьями (экспертами). К подбору экспертов предъявляются определенные требования: компетентность, аналитичность, конструктивность и креативность (способность решать

творческие задачи), позитивное отношение к экспертизе, отсутствие склонности к конформизму, научная объективность, способность к продуктивной работе в команде, самокритичность.

Метод обобщения независимых характеристик. Суть метода – в обработке информации, поступившей на ученика из разных источников: от родителей, врачей, социальных работников, воспитателей, психологов, учителей-дефектологов, логопедов и т.д., в рамках деятельности ПМПК (психолого-медико-педагогический консилиум) образовательной организации. Результатом работы ПМПК является разработка направлений индивидуальной программы развития (абилитации и реабилитации) ребенка.

Метод изучения продуктов деятельности детей включает анализ детских рисунков, сочинений и формуляров, школьных тетрадей и дневников, поделок и др.

Биографический метод. Сущность метода – в исследовании субъективных (личностных) сторон жизни определенного человека, ребенка, на основе анализа его медицинских (медицинская карта) или других личных документов (дневников, писем, записок, сочинений, мемуаров). Ценность последних в том, что в них выражается личное видение человеком мира, мнение об особенностях его жизни, общественной ситуации, отношении к чему-либо или кому-либо.

Метод изучения документации образовательных учреждений. Осуществляется анализ общешкольных годовых планов работы, планов работы методических объединений, календарно-тематических планов учителей по преподаваемым предметам, индивидуальных программ, планов воспитательной работы, отчетов педагогов, классных журналов.

#### Вопросы для самоконтроля

1. Какие основные задачи стоят перед современной дефектологией? Как они соотносятся с инклюзивным образованием в современной школе?
2. В чем заключается специфика применения методов исследования в зависимости от категории детей с ОВЗ?

## 1.2. История развития дефектологии

Российская дефектология взаимосвязана с историей европейской дефектологической науки, учитывает и использует ее обширный научный и практический опыт. Однако в России, несмотря на короткий промежуток существования, она как научное знание имеет свою историю развития и много интересных и неординарных особенностей, связанных с пониманием места лиц с нарушениями развития в обществе.

В развитии дефектологического знания в Западной Европе принято выделять несколько периодов, границы которых связаны, в первую очередь, с отношением в обществе к людям с различными психическими и физическими нарушениями [39].

Первый период – от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботы о лицах с отклонениями в развитии (до 1198 г.). Условной границей периода в Западной Европе является первый прецедент государственной заботы об инвалидах: открытие в Баварии первого приюта для слепых в 1198 г.

Второй период – от осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них (XIII – XVIII вв.). В литературе описан случай обучения епископом Джоном из Гексгама (Англия) глухого, которого удалось научить нескольким словам. Данный факт окружающими рассматривался как чудо, поскольку в то время многие считали глухих умственно неполноценными. Однако уже в XVII в. профессор риторики Франческо Л. Терци (Италия) начал систематически обучать глухих говорить, считывать с губ, объясняя значения слов с помощью наглядности [2]. Условной границей периода в Западной Европе можно считать переосмысление во Франции гражданских прав лиц с сенсорными нарушениями и первые прецеденты открытия в Париже специальных школ: для глухонемых (1770 г.) и для слепых (1784 г.).

Третий период – от осознания возможности к осознанию целесообразности обучения трех категорий детей: с нарушениями слуха, зрения, умственно

отсталых (кон. XVIII – кон. XIX вв.). Интересно, что уже в XVIII в. в Англии предпринимались попытки различать слабоумных и помешанных. Связано это было с имущественными правами этой категории людей. Так, если человек признавался идиотом (был недееспособен от рождения), то все доходы шли в королевскую казну. Если же человек время от времени терял разум, то его признавали помешанным и тогда государство опекало его имущество и доходы до выздоровления. Считается, что первым, кто предложил обязательно обучать и воспитывать слабоумных, был Я.А. Коменский (1592-1670).

Французский психиатр Ф. Пиннель (1745-1826) попытался взглянуть на душевнобольных с научной точки зрения. Он обратил внимание на идиотию как на особое заболевание, при котором интеллектуальное развитие человека останавливается, и разработал собственную классификацию душевных болезней. Ученик Пинеля Ж.-Э.-Д. Эскироль (1772-1840) более подробно изучил этот вопрос, четко разграничив врожденное и приобретенное слабоумие.

В XIX в. в Европе открываются школы и учреждения для слабоумных: 1828 г. – в Биссетре, 1831 г. – в Сальпетриере, 1833 г. – в Париже, 1835 г. – в Вильдеберге, 1841 – в Париже и в Швейцарии, 1842 г. – в Берлине, 1846 г. – в Лондоне и др. Условной границей этого периода в Западной Европе можно считать последнюю четверть XIX в. – время принятия в западно-европейских странах законов об обязательном всеобщем начальном образовании и на их основе – законов об обучении глухих, слепых и умственно отсталых детей.

Четвертый период – от осознания необходимости обучения части аномальных детей к пониманию необходимости обучения всех аномальных детей (кон. XIX в. – 1970-е гг.). В Западной Европе он был с начала XX в. до конца 70-х гг. и характеризуется развитием законодательной базы специального образования, структурным совершенствованием национальных систем. К концу 1970-х гг. специальным образованием в странах Западной Европы охватывается от 5 до 15 % детей школьного возраста.

Пятый период эволюции – от изоляции к интеграции (1980-е – 2000-е гг.). Интеграция инвалидов в общество является в Западной Европе ведущей

тенденцией этого периода эволюции, базирующейся на их полном гражданском равноправии, новой философии общества, уважении к различиям между людьми. Развитие социальной интеграции инвалидов вызывает к жизни идеи интеграции в образовании. Период характеризуется в западно-европейских странах перестройкой в 1980-1990-е гг. организационных основ специального образования, сокращением числа специальных школ и резким увеличением количества специальных классов в общеобразовательных школах, перестройкой взаимоотношений массового и специального образования.

До середины XIX в. исследования в области психологии детей и взрослых с аномалиями развития носили эпизодический характер, сообщения об их результатах изредка появлялись в медицинских, философских и психологических изданиях.

Как область научного знания дефектология начала развиваться в начале XX в. в связи с задачами строительства в разных странах государственных систем специального образования, ядро которого составили школы для слепых, глухих и умственно отсталых детей.

Отечественная дефектология развивалась своеобразным путем. Общая тенденция развития сохранялась, но в других временных промежутках.

До прихода христианства на Руси убогих и юродивых не жаловали, их изгоняли из поселений, притесняли, могли и убить. Однако в дальнейшем идеи православия, проникнув в российский национальный менталитет, придавали работе с лицами с нарушениями гуманистическую направленность, построенную на сострадании, милосердии, защите.

Уже в 996 г. князь Владимир Святославович в «Уставе о православной церкви» обязал церковь заботиться о нищих, убогих и юродивых. В XI в. монастыри, церкви, в том числе Киево-Печерская лавра, становятся прибежищем для калек и слабоумных.

В начале XII в. киевский князь Владимир Мономах в поучении своим детям («Поучение князя Владимира Мономаха своим детям») указывал: «Всего

паче убогих не забывайте, но елико могуше по силе кормите о подавайте сироте и вдовицу оправдайте сами, а не давайте сильным погубить человека».

В 1677 г. царем Федором Алексеевичем был принят законодательный акт, который лишал глухих, слепых, пьяниц и глупых управлять своим имуществом [10].

Таким образом, в ранний период государственности на Руси забота и опека страждущих и обездоленных нашли свое место как в традициях и жизнедеятельности простого народа, так и в официальных действиях церкви и государственной власти.

История развития специального образования начинается с Петра I, который запретил умерщвлять детей с врожденными дефектами. В 1775 г. Екатериной II был издан «Указ об учреждении Приказов общественного призрения», по которому в России создавались лечебные учреждения, благотворительные заведения и школы. Затем в 1806 г. в г. Павловске было открыто опытное училище для глухонемых. В 1807 г. по инициативе Александра I была учреждена первая школа для слепых при Смольнинской богадельне в Санкт-Петербурге.

Массовое открытие школ для слепых и глухих произошло во второй половине XIX в., школы эти являлись негосударственными и финансировались за счет благотворительных фондов [27].

В 1865 г. по инициативе генерала Н.В. Исакова были открыты прогимназии для малоуспешных учеников, однако они были закрыты в 80-х гг. XIX в.

В 1906 г. основатель русской лечебной (коррекционной) педагогики В.П. Кащенко обратился к московским властям с тем фактом, что 6 % московских детей нуждаются в специально организованном обучении, имея в виду не детей-инвалидов, а тех, кто по разным причинам испытывал стойкие трудности в обучении и без специальной помощи не мог справиться со школьной программой. Московская городская дума тогда разрешила обучать умственно отсталых детей, и Кащенко создал одно из первых в России учреждений для детей с интеллектуальной недостаточностью и трудностями поведения. Так, в

1908 г. в Москве было открыто частное учебно-воспитательное заведение «Школа-санаторий для дефективных детей». Это учреждение, преобразованное в 1929 г. в Экспериментальный дефектологический институт (сейчас – Институт коррекционной педагогики РАО), стало ведущим и на долгие годы единственным в России научно-исследовательским центром в области дефектологии.

В начале XX в. в отечественном образовании детей с нарушениями развития стала складываться новая тенденция, которую охарактеризовала учительница вспомогательных классов одного из Московских женских училищ Е.Н. Баженова. Она отмечает, что учителю вспомогательной школы следует руководствоваться едиными принципами научной педагогики, но приспособлять программу к возможностям умственно отсталого ребенка, действовать при этом осмотрительно и неторопливо, подбирать учебный материал с учётом развития ученика, заметно увеличить сроки прохождения программы, дозировать учебную нагрузку, уделять особое внимание повторению изучаемого материала [21].

Этими же соображениями руководствовались А.Н. Владимирский, А.Н. Граборов, Е.К. Грачева, В.П. Кашенко, П.И. Ковалевский, А.Ф. Лазурский, И.В. Маляревский, Е.А. Мальцева, Л.Г. Оршанский и др., занимающиеся изучением умственно отсталых детей.

К 1917 г. в России в специальных вспомогательных школах обучались около 2000 детей с умственной отсталостью.

После 1917 г. в России об умственно отсталых стало заботиться государство, и складывающаяся тенденция в области специального образования была разрушена. В 1918 г. церковь отделяется от государства и школы, запрещается филантропически-благотворительная деятельность, упраздняются все благотворительные общества, братства, ведомства. Ответственность за воспитание детей с отклонениями в развитии возлагается на Наркомпрос. Политика в отношении аномальных детей становится частью государственной политики по отношению к социально неблагополучным категориям детей –

беспризорникам, малолетним преступникам. Ведущим типом образовательного учреждения для детей с отклонениями в развитии был признан интернат. Таким образом, дети с отклонениями в развитии могли получить воспитание и образование преимущественно в специальной школе-интернате, попадая в которую они были изолированными в значительной мере как от семьи, так и от нормально развивающихся сверстников. Аномальные дети оказались как бы замкнутыми в особый социум, внутри которого и предполагалось осуществлять специальное образование.

В конце 1920-х гг. разрабатывается план введения всеобщего обучения слепых и глухонемых, разворачивается сеть вспомогательных школ для умственно отсталых детей. В этот период публикуются работы Л.С. Выготского, в которых были сформулированы и обоснованы общие для всех разделов дефектологии (сурдо-, тифло- и др.) положения о природе и сущности аномального развития, основанные на культурно-исторической теории развития высших психических функций.

Комплектование советских вспомогательных школ поначалу происходило стихийно, первое официальное распоряжение – приказ Наркомпроса РСФСР «Об отборе детей во вспомогательные школы» – появилось в 1926 г. В 1927 г. Наркомпрос издает два новых приказа: «Об усилении пионерской работы в школах глухонемых, слепых и умственно отсталых детей и подростков» и «О мероприятиях для усиления работы по воспитанию и обучению умственно отсталых, глухонемых и слепых детей и подростков». Инструктивное письмо Главсоцвоса накануне 1928-1929 учебного года определяет цели, содержание работы, требования к учебным планам и программам вспомогательных школ. Главная цель образования в таких школах – идейное воспитание детей (и это несмотря на дефекты). Обучение предлагалось вести по комплексным планам в целях сближения со школой массовой.

Благодаря приказу Наркомпроса РСФСР «О введении всеобщего обязательного начального обучения физически дефективных, умственно отсталых и страдающих недостатками речи (логопатов) детей и подростков» в

1930-е гг. ширится сеть специальных школ для слепых детей (более 60 учреждений с шестью тысячами учащихся). Тогда же сеть начинает дифференцироваться, появляются классы для слабовидящих детей, неполные средние школы для слепых с восьмилетним сроком обучения и, наконец, полные средние школы для слепых.

В 1932 г. решением Коллегии Наркомпроса РСФСР вспомогательная школа преобразуется во вспомогательную фабрично-заводскую семилетку (ВФЗС), продолжительность обучения увеличивается с пяти до семи лет, пересматривается структура учебного заведения, учебный план ВФЗС предлагается строить также на основе учебного плана массовой школы. Об уровне обучения может свидетельствовать тот факт, что в 1932 г. из 1700 учителей вспомогательных школ только 11 % имели высшее образование, а процент педагогов с высшим дефектологическим образованием был ещё ниже [21].

Таким образом, несмотря на существующие работы по дефектологии Л.С. Выготского и явную неэффективность обучения детей с нарушениями, специальное образование того времени не учитывает силы и потенциальные возможности учеников, осуществляется в идеологическом ключе, по обычным программам и включает значительный объем знаний из алгебры, физики, химии, тригонометрии.

Более того, для обследования ребенка его присутствие не требовалось. Достаточно было медицинских карт, заключений и других документов. Только в 1938 г. в новом варианте инструкции по отбору учащихся рекомендовалось обследовать самого ребенка, а в дальнейшем такое обследование стало обязательным.

В то же время в 1930-е гг. существовали, например, специальные группы для глухих студентов в МГУ им. М.В. Ломоносова, ВТУ им. Н. Баумана, Томском индустриальном институте, Сельскохозяйственной академии им. К.А. Тимирязева, Ленинградском государственном институте. Накануне

Великой Отечественной войны на рабфаках, в техникумах и вузах РСФСР обучались около 300 глухих студентов.

В период Великой Отечественной войны работа по воспитанию и образованию детей с нарушениями не прекращалась. Наоборот, в 1943 г. на базе Научно-практического института специальных школ и детских домов Наркомпроса РСФСР был создан Научно-исследовательский институт дефектологии Академии педагогических наук РСФСР.

27 февраля 1946 г. было принято постановление Совнаркома РСФСР (№ 120) «Об улучшении обучения и медицинского обслуживания детей, получивших различные увечья». Это постановление обязывало расширить сеть специальных школ-интернатов для аномальных детей, организовать учебно-производственные мастерские, издать большими тиражами учебники, открыть учреждения для глубоко отсталых детей при Министерстве социального обеспечения [10].

В послевоенные годы развитие дефектологии было несколько приостановлено в результате недооценки психологии как науки и подмены ее физиологией. Так, подвергалась сомнению генетическая природа умственной отсталости, игнорировались достижения западной дефектологии и др.

Несмотря на искаженную идею в обучении детей с ОВЗ, специальное образование продолжает развиваться: разрабатываются новые методы и формы работы применительно к конкретному дефекту. И уже в 1950-х гг. в России насчитывается пять видов специальных школ (для глухонемых, тугоухих, слепых, слабовидящих и УО). В 1960-е гг. появляются школы для детей с тяжелыми нарушениями речи, ЗПР, нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Результаты дефектологических исследований обеспечили научно-методические основы для создания дифференцированной системы специального образования.

К началу 1990-х гг. в России эта система имела развитую горизонтальную и вертикальную структуру, включающую восемь видов специальных школ (для

глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих, умственно отсталых детей, детей с речевыми нарушениями, задержкой психического развития, нарушениями опорно-двигательного аппарата), шестнадцать типов специального обучения, специальные дошкольные и постшкольные (общеобразовательные и профессиональные) учебные заведения.

Для каждого типа специальных школ были определены принципы обучения, формы построения учебного процесса, разработаны средства и методы обучения. Для каждой учебной дисциплины, изучаемой в специальной школе, была создана система специальных учебников, методик и большое количество оригинальных наглядных пособий. Все специальные школы, за исключением вспомогательных школ (для умственно отсталых детей), давали выпускникам цензовое образование, сопоставимое с определенным уровнем общего образования, что делало возможным для них поступление в средние специальные учебные заведения и вузы.

2 июня 1999 г. Государственной Думой был принят закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)», одобренный Советом Федерации, но отклоненный Президентом России Б.Н. Ельциным. Вместо этого вопрос организации образования детей с ОВЗ регулировался через разные законодательные акты. Это, например, Письмо Минобрнауки РФ от 12.07.2007 № 03-1563 «Об организации образовательного процесса в учреждениях начального профессионального и среднего профессионального образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья» (вместе с «Рекомендациями по организации образовательного процесса в учреждениях начального профессионального и среднего профессионального образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья (слабослышащих, неслышащих, слабовидящих)») или Письмо Минобрнауки РФ от 25.03.1999 № 27/502-6 «Об условиях приема и обучения инвалидов в учреждениях высшего профессионального образования».

В ходе исследований особенностей развития детей с ОВЗ и возможностей современной системы образования общество пришло к выводу о необходимости

совместного обучения детей с нарушениями и детей, их не имеющих. Речь идет не только о интеграции детей с ОВЗ в образовательный процесс, но и о полном включении в систему обучения и воспитания. При этом остро встает проблема психолого-педагогического основания такого обучения. В советский период были разработаны специальные технологии, обеспечивающие возможность получения детям с нарушениями цензового образования. Н.Н. Малофеев отмечает, что «специальная психология и педагогика начала разработку интегративных подходов к обучению в 1976-1981 гг., то есть в тот период развития государства и общества, когда проблема интеграции в контексте прав человека еще не поднималась» [23, с. 17].

Современная дефектология направлена на разработку конкретных методов, обеспечивающих не только освоение школьных навыков, развитие познавательной деятельности, но и предупреждение и коррекцию имеющихся у детей с ОВЗ нарушений вторичной и третичной природы в рамках общего образования.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие основные этапы развития дефектологического знания можно выделить в Западной Европе?
2. Как можно охарактеризовать развитие дефектологии в России?

### **1.3. Дети с ОВЗ: понятие, классификация**

Современная ситуация развития образования позволяет вести образование детей с учетом их индивидуальных особенностей. Понятие «дети с ОВЗ» объединяет категории детей с различными нарушениями развития. Термин этот появился в отечественной науке относительно недавно, заменив существующие синонимичные понятия: аномальные; дефективные; с особыми потребностями; с особенностями в развитии; с нарушениями развития.

В начале XX в. активно использовался термин «дефективные дети», что в первую очередь было вызвано понятием «дефект» (от лат. defectus – недостаток) – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка.

Наиболее глубокие разработки в области отклоняющегося развития были сделаны отечественным ученым Л.С. Выготским – выдающимся психологом, педагогом, дефектологом, создателем культурно-исторической теории психического развития.

Дефект одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Влияние дефекта всегда двойственно: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой – служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток.

Л.С. Выготский отмечал, что «воспитание детей с различными дефектами должно базироваться на том, что одновременно с дефектом даны и психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта, что именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила» [5, с. 40].

Ученый выдвинул теорию о системном строении дефекта и предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные – нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при поражении органов чувств, детские церебральные параличи и т.д.), и вторичные, – возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития.

Таким образом, следует различать две группы дефектов:

1) первичные дефекты – это такие нарушения, как недоразвитие или повреждение мозга. Проявляются в виде нарушений слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности, мозговых дисфункций;

2) вторичные дефекты, возникающие в ходе развития ребенка с нарушениями психофизиологического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а, напротив, детерминирует отклонения в личностном развитии. Вторичному недоразвитию подвергаются также функции, непосредственно связанные с поврежденной (например, формирование речи у глухих) и находящиеся во время повреждения в сензитивном периоде развития (например, нарушение моторики в дошкольном возрасте приводит к двигательной расторможенности). Дефектология имеет дело прежде всего со вторичными нарушениями, обусловленными в большинстве случаев социальной депривацией.

Однако термин «дефект» в современном обществе использовать применительно к детям не рекомендуется, поскольку термин носит диагностный, дискриминационный характер. Поэтому периодически предпринимаются попытки заменить его на другие с сохранением смысла. Так появилось понятие «дети с ОВЗ».

Принято считать, что впервые в России на законодательном уровне это понятие было употреблено в Федеральном законе 2007 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты российской федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья». В этом Законе предлагалось заменить понятие «с отклонениями в развитии», «с отклонениями в физическом развитии» новым – «с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющими недостатки в психическом и(или) физическом развитии» [33].

Затем в ст. 2 п. 16 «Закона об образовании Российской Федерации» вводится понятие «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья», которое трактуется как «физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий» [35].

Таким образом, дети с ОВЗ – это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению программ общего образования вне специальных условий

обучения и воспитания, т.е. это дети-инвалиды, либо другие дети в возрасте до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания.

Они могут иметь разные по характеру и степени выраженности нарушения в физическом и (или) психическом развитии (нарушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, задержки психического развития, интеллекта, расстройства аутистического спектра и множественные нарушения развития) в диапазоне от временных и легко устранимых трудностей до постоянных отклонений, требующих адаптированной к их возможностям индивидуальной программы обучения или использования специальных образовательных программ.

Содержательные характеристики понятия «ОВЗ» имеют общий характер и законодательно подробно нигде не описаны. Однако, опираясь на многочисленные исследования детей с нарушениями в развитии и учитывая синонимичность понятий «ОВЗ» и «нарушения в развитии», мы обращаемся к типологии, принятой к использованию в дефектологии.

В отечественной науке существует немалое количество попыток создания универсальной типологии нарушений развития.

Например, Т.А. Власова, М.С. Певзнер предлагают типологию нарушений, включающую такие группы, как дети с нарушениями речи и слуха; дети с нарушениями зрения; дети-олигофрены; дети с временной задержкой психического развития; дети с астеническими состояниями; дети с реактивными состояниями и конфликтными переживаниями; дети с психопатическими формами поведения [4].

В.А. Лапшиным, Б.П. Пузановым была предложена типология, определяющая следующие категории лиц с нарушениями в развитии:

- 1) лица с нарушениями слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- 2) лица с нарушениями зрения (слепые, слабовидящие);

- 3) лица с нарушениями речи;
- 4) лица с нарушениями интеллекта (умственно отсталые дети);
- 5) лица с задержкой психического развития (ЗПР);
- 6) лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ДЦП);
- 7) лица с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- 8) лица с множественными нарушениями.

В.В. Лебединский на основе классификации Г.Е. Сухаревой выделяет следующие виды психического дизонтогенеза:

- 1) психическое недоразвитие, что наблюдается у детей с умственной отсталостью;
- 2) задержанное психическое развитие, наблюдаемое у детей с задержкой психического развития различных форм;
- 3) поврежденное развитие, обусловленное более поздним (после 2,5-3 лет) патологическим воздействием на мозг ребенка, когда большая часть мозговых систем уже сформирована (органическая деменция);
- 4) дефицитарное развитие, наблюдаемое у детей с недоразвитием анализаторных систем (слуховые, зрительные, двигательные, речевые нарушения);
- 5) искаженное развитие, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций (детский аутизм);
- 6) дисгармоничное развитие, в основе которого лежит врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере (психопатии) [17].

Данная классификация носит клинико-психологический характер и построена на основе качественного анализа нарушений психического развития ребенка, с выделением ведущих признаков нарушений в зависимости от времени возникновения дефекта, его тяжести и локализации. Это подчеркивает ее высокую психологическую направленность, что позволяет более дифференцированно подойти к психологическому анализу и психологической

коррекции детей с проблемами в развитии. Поэтому варианты психического дизонтогенеза необходимо рассматривать не как самостоятельные образования, а как синдромы аномального развития, с выделением ведущего синдрома.

Развитие психики детей с ОВЗ подчиняются тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка:

- цикличность психического развития (определенная последовательность стадий развития психики);
- наличие сензитивных периодов в развитии психических функций;
- неравномерность психического развития;
- развитие отдельных психических функций на базе сформированных ранее; формирование высших психических функций на основе речи;
- роль деятельности в психическом развитии;
- пластичность нервной системы;
- соотношение биологических и социальных (обучение, например) факторов в процессе психического развития.

В то же время необходимо помнить о том, что развитие детей с ОВЗ имеет собственные закономерности развития, свойственные большинству детей с нарушениями развития, и которые необходимо учитывать в работе с ними:

- 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.

Таким образом, анализируя основные нарушения, определяющие ОВЗ детей, мы можем выделить основные группы отклонений в развитии: умственная отсталость, задержка психического развития, нарушения зрения, слуха, детский церебральный паралич, расстройства аутистического спектра (детский аутизм).

Опираясь на Международную классификацию болезней (МКБ-10), предложенную Всемирной организацией здравоохранения, психолого-педагогические исследования, рассмотрим характеристику этих нарушений: психологические особенности детей с ОВЗ и методы и приемы работы с ними.

Вопросы для самоконтроля

1. Какое содержание вкладывается в понятие «дети с ОВЗ»?
2. Какие основные нарушения определяют ОВЗ?

#### **1.4. Документы, регламентирующие взаимоотношения с детьми с ОВЗ**

Современная документация, определяющая взаимоотношения общества и детей с ОВЗ, базируется на основе Конституции Российской Федерации, законодательства Российской Федерации, с учетом Конвенции ООН о правах ребенка, Конвенции ООН о правах инвалидов, региональных, национальных и этнокультурных потребностей народов Российской Федерации.

В 2012 г. был принят Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», в котором прописаны основные понятия и положения, определяющие специфику образования детей с ОВЗ (в том числе детей-инвалидов). Так, в статье 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» зафиксировано содержание инклюзивного образования и адаптированной образовательной программы:

- инклюзивное образование – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей;
- адаптированная образовательная программа – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая

коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

В статье 5 «Право на образование. Государственные гарантии реализации права на образование в Российской Федерации» в п. 5 отмечается, что федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления создаются необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения и условия, в максимальной степени способствующие получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В статье 66 «Начальное общее, основное общее и среднее общее образование» указывается, что для обучающихся, нуждающихся в длительном лечении, детей инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования организуется на дому или в медицинских организациях.

Статья 71 «Особые права при приеме на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета» определяет право на прием на обучение по программам бакалавриата и программам специалитета за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов в пределах установленной квоты детей-инвалидов, инвалидов с детства, которым согласно заключению федерального учреждения медико-социальной экспертизы не противопоказано обучение в соответствующих образовательных организациях.

В статье 79 «Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья» зафиксировано следующее:

– содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой;

– в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам, создаются специальные условия для получения образования обучающимися с ОВЗ;

– специальные условия обучения воспитания и развития обучающихся с ОВЗ – это условия, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность.

В 2013 г. Министерство образования и науки России публикует Письмо «О коррекционном и инклюзивном образовании», в котором обращается внимание на основные направления совместного обучения детей с ОВЗ и сверстников, не имеющих нарушений развития, а также на реализацию программы «Доступная среда» в учебных организациях [34].

Обучение детей с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), тяжелыми и множественными нарушениями развития регулируется «Федеральным государственным образовательным стандартом образования обучающихся с умственной отсталостью», приказ о котором был подписан 2014 г. Министерством образования и науки Российской Федерации [37].

В данном документе описаны особые образовательные потребности детей с умственной отсталостью, определены требования к структуре адаптированных основных общеобразовательных программ (АООП), установлены сроки

освоения АООП обучающимися с умственной отсталостью, обозначены требования к условиям получения образования обучающимися с умственной отсталостью.

Стандарт определяет для каждой предметной области дифференцированные требования к личностным и предметным результатам с учетом особенностей и возможностей развития разных групп обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

В 2015 г. выходит Письмо Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки «О приеме на обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья», в котором даны разъяснения по вопросу приема лиц с ОВЗ и инвалидов на обучение по программам среднего профессионального и высшего образования. Особо в документе обращается внимание на необходимость организации специальных условий для данной категории, а отсутствие таковых не является причиной отказа в приеме на обучение [36].

В 2016 г. Министерство образования и науки России издает «О введении ФГОС ОВЗ», в котором обозначены основные ступени введения стандартов, освещены вопросы нормативно-правового обеспечения внедрения стандартов, обозначены права и обязанности родителей, определены особенности реализации стандартов в условиях специальной (коррекционной) школы, приведены практические примеры и опыт работы экспериментальных площадок [32].

Список основной документации в сфере взаимоотношений с детьми с ОВЗ представлен в приложении 1, проверочный тест к главе 1 – приложение 2.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие документы и нормативные акты регулируют образование обучающихся с ОВЗ в России?
2. Какие документы регламентируют работу центров психолого-педагогической помощи, психолого-медико-педагогической комиссии, психолого-медико-педагогического консилиума? Каково содержание этой документации?

## Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ

### 2.1. Психология детей с умственной отсталостью

Умственная отсталость (УО) – врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 3 лет) состояние общего недоразвития психики с выраженной недостаточностью интеллектуальных способностей.

УО может быть обусловлена различными этиологическими и патогенетическими факторами, действующими во время внутриутробного развития, родов или в первые годы жизни. В большинстве случаев УО является не болезненным процессом, а патологическим состоянием, результатом когда-то подействовавшей вредности и не имеет тенденции к прогрессивности (прогрессированию).

Долгое время общепринятым термином для обозначения состояний УО был термин «олигофрения» (греч. oligos – малый, phren – разум, т.е. малоумие), который предложил Э. Крепелин (1915 г.) для разграничения обозначаемого им врожденного слабоумия от слабоумия приобретенного (деменции). Олигофрения, в свою очередь, имела три степени: дебильность, имбецильность, идиотия.

Опираясь на международную классификацию болезней (МКБ-10), предложенную Всемирной организацией здравоохранения, выделяют четыре степени тяжести УО.

**1. УО легкой степени** (дебильность) характеризуется способностью использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе; полной независимостью в сфере ухода за собой и в практических и домашних навыках. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особыми проблемами являются чтение и письмо. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей к

практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. Такие дети обучаемы по адаптированным к их интеллектуальным возможностям программам специальных вспомогательных школ. В пределах этой программы они овладевают навыками чтения, письма, счета, рядом знаний об окружающем, получают усиленную профессиональную ориентацию.

**2. УО умеренная** (нерезко выраженная имбецильность). У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Часть таких детей осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее такие люди в общем полностью мобильны и физически активны и большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях.

**3. УО тяжелая** (резко выраженная имбецильность). По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной УО, но в более тяжелой форме. У большинства таких детей наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты, указывающие на наличие клинически значимого повреждения или аномального развития центральной нервной системы.

**4. УО глубокая** (идиотия) характеризуется ограниченной способностью к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала, и с ними возможны лишь самые

рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Понимание и использование речи ограничивается в лучшем случае выполнением основных команд и выражением элементарных просьб. Собственная речь представлена нечленораздельными звуками либо набором нескольких, употребляемых для согласования. В обращенной речи воспринимается не смысл, а интонация. Элементарные эмоции связаны с физиологическими потребностями (насыщением пищей, ощущением тепла и т.д.). Формы выражения эмоций примитивны: они проявляются в крике, гримасничанье, двигательном возбуждении, агрессии. Все новое часто вызывает страх.

Рассмотрим психологические особенности наиболее широко представленной группы – детей с легкой степенью УО.

Обычно первыми признаками врожденного слабоумия, если нет явных физических дефектов, служат изменения поведения. Ребенок может быть вялым, пассивным, не реагирует на появление матери, взгляд его не фиксирует предметы, или он чрезвычайно плаксив, может кричать целыми днями без явной причины. В младенческом возрасте возможны судорожные припадки.

Такие дети поздно начинают держать голову, сидеть, ходить и говорить. Они не интересуются игрушками, бросают их или ломают. Если ребенок все же начинает ходить, то имеются нарушения координации и неустойчивости походки.

Для умственно отсталых характерно недоразвитие познавательных интересов, которое выражается в том, что они меньше, чем их нормальные сверстники, испытывают потребность в познании.

**Восприятие** умственно отсталых замедленно, им требуется больше времени, чтобы воспринять и/или узнать предлагаемый материал. Дети с трудом выделяют главное, не понимают внутренние связи, связи между частями, персонажами. Нарушены обобщенность и дифференциация восприятия, поэтому

учащиеся часто путают графически сходные буквы, цифры, предметы, сходные по звучанию звуки, слова. Отмечается также узость объема восприятия, нарушение избирательности, трудности восприятия пространства и времени (что мешает ориентироваться в окружающем мире).

**Память.** Они лучше запоминают внешние, иногда случайные зрительно воспринимаемые признаки. Механическая память развита лучше, чем смысловая, труднее ими осознаются и запоминаются внутренние логические связи. У умственно отсталых позже, чем у нормальных сверстников, формируется произвольное запоминание. Слабость памяти умственно отсталых проявляется в трудностях не столько получения и сохранения информации, сколько ее воспроизведения. Из-за непонимания логики событий воспроизведение умственно отсталых носит бессистемный характер. Наибольшие трудности вызывает воспроизведение словесного материала. Опосредованная смысловая память у умственно отсталых развита слабо.

**Внимание** умственно отсталых характеризуется малой устойчивостью, трудностью распределения и замедленной переключаемостью. Незрелое произвольное внимание. Они не могут долго удерживать внимание и часто бросают начатое дело. Слабость произвольного внимания проявляется в том, что в процессе обучения отмечается частая смена объектов внимания, невозможность сосредоточиться на каком-то одном объекте или одном виде деятельности.

**Мышление.** Отличительной чертой мышления умственно отсталых является не критичность, невозможность самостоятельно оценить свою работу. Они часто не замечают своих ошибок, не понимают своих неудач и довольны собой, своей работой. Для всех УО детей характерны сниженная активность мыслительных процессов и слабая регулирующая роль мышления. Умственно отсталые обычно начинают выполнять работу, не дослушав инструкции, не поняв цели задания, без внутреннего плана действия, при слабом самоконтроле. Анализ предметов умственно отсталые проводят бессистемно, пропускают ряд важнейших свойств, вычлняя лишь наиболее заметные части. В результате

такого анализа они затрудняются определить связи между частями предмета. Устанавливают обычно лишь такие зрительные свойства объектов, как величину и цвет. При анализе предметов выделяют общие свойства предметов, а не их индивидуальные признаки. Из-за несовершенства анализа затруднен синтез предметов. Выделяя в предметах отдельные их части, они не устанавливают связи между ними, поэтому затрудняются составить представление о предмете в целом. Умственно отсталые не могут определить сходство и различие между предметами, не могут классифицировать предметы, не понимают абстрактных, отвлеченных понятий (честь, доблесть, благородство и т.п.), метафор, переносного смысла пословиц. Недоразвитие мышления при олигофрении тяжелее, чем недоразвитие гнозиса, праксиса. Высшие формы мышления сильнее недоразвиты, чем примитивные. В недоразвитии отдельных функций страдает их высшее звено – уровень, связанный с процессами отвлечения и обобщения. Все функции страдают не в базальном, а в высшем смысловом аспекте.

**Речь.** У умственно отсталых страдают все стороны речи: фонетическая, лексическая, грамматическая. При легкой степени УО ограничен словарный запас, дети не умеют правильно строить фразы, говорят короткими предложениями, многие слова неправильно употребляют по смыслу. Наблюдаются различные виды расстройств письма, трудности овладения техникой чтения, снижена потребность в речевом общении.

**Эмоционально-волевая сфера** УО детей имеет ряд особенностей. Отмечаются недоразвитие, неустойчивость эмоций, нет оттенков переживаний. Переживания их неглубокие, поверхностные, эмоциональные реакции часто не адекватны источнику. Встречаются случаи то повышенной эмоциональной возбудимости, то выраженного эмоционального спада (патологические эмоциональные состояния – эйфория, дисфория, апатия). Упрямы, внушаемы. Наблюдается эмоциональная вязкость, склонность к импульсивным аффективным реакциям. Ребенок не в состоянии подавлять, контролировать аффект.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение УО. Какие степени УО выделяют в соответствии с МКБ-10?
2. Какие психологические особенности свойственны детям с УО?

## 2.2. Психология детей с задержкой психического развития

Задержка психического развития (ЗПР) – это нарушение нормального темпа психического развития, когда отдельные психические функции (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера) отстают в своём развитии от принятых для данного возраста психологических норм.

ЗПР – понятие, сложившееся в отечественной психологии в 60-е гг. XX в. на основе и в результате начавшегося на десятилетие раньше изучения детей, как испытывающих стойкие трудности в обучении в обычной (массовой) школе, так и таких, которые, будучи диагностированными как умственно отсталые, через непродолжительный период обучения в специальной (вспомогательной) школе начинали весьма успешно продвигаться вперед и обнаруживали большие потенциальные возможности. Во многих случаях они при оказании соответствующей педагогической поддержки и организационной помощи продолжали образование в обычной школе.

То есть при ЗПР речь идет лишь о замедлении темпа развития, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В отличие от детей, страдающих УО, эти дети достаточно сообразительны и более продуктивны в пределах имеющихся знаний. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в

интеллектуальной сфере выражены нерезко. В других случаях, наоборот, преобладает замедление развития интеллектуальной сферы [17].

Изучением ЗПР в разные периоды времени занимались такие отечественные ученые, как Н.П. Вайзман, Т.А. Власова, А.Н. Каплан, К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, В.И. Лубовский, С.С. Ляпидевский, Е.М. Мастюкова, М.С. Певзнер, Е.Н. Самодумская, У.В. Ульenkova, И.А. Юркова и др.

Существует большое количество классификаций ЗПР (Е.М. Мастюковой, М.С. Певзнер и др.), но наибольшую распространенность в психолого-педагогических исследованиях получила классификация К.С. Лебединской, основанная на этиопатогенетическом принципе [16]. Автор характеризует четыре группы ЗПР: конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения.

**ЗПР конституционального происхождения** – это гармонический психический и психофизический инфантилизм, при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Характерны преобладание эмоциональной мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. Такие дети внешне часто сублильны, их рост ниже среднего, лицо сохраняет черты более раннего возраста.

**ЗПР соматогенного происхождения** – этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного генеза: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями (бронхиальная астма), врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца.

**ЗПР психогенного происхождения** – этот тип ЗПР связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному

формированию личности ребенка, в том числе гипоопекой, гиперопекой, невротическим типом воспитания.

При гипоопеке в семье у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности, формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие и познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок. При гиперопеке не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности; формируются эгоцентризм и эгоизм, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку. В семьях, в которых имеет место грубость, жестокость, деспотичность, агрессия к ребенку, другим членам семьи, ребенок растет робким, боязливым, эмоционально незрелым, несамостоятельным, нерешительным, малоактивным и безынициативным.

**ЗПР церебрально-органического происхождения** (органический инфантилизм) – это наиболее распространенный вариант данной аномалии. В основе ЗПР этой группы детей присутствует негрубая органическая недостаточность нервной системы (патология беременности, недоношенность, асфиксия и травма в родах, постнатальные нейроинфекции).

В зависимости от преобладания в клинической картине явлений либо эмоционально-волевой незрелости, либо нарушений познавательной деятельности ЗПР церебрального генеза можно условно разделить на два основных варианта: 1) органический инфантилизм; 2) задержка психического развития с преобладанием функциональных нарушений познавательной деятельности.

Охарактеризуем психологические особенности детей этой группы младшего школьного возраста, поскольку до 5 лет диагноз ЗПР не выставляется, а после 10-11 лет состояние детей обычно приходит в норму.

Психофизические особенности и своеобразие познавательной деятельности детей с ЗПР обуславливают недостаточную готовность их к обучению в школе. Они отличаются общей физической ослабленностью, быстрой утомляемостью, которая наступает в результате не только физической,

но и умственной нагрузки.

**Восприятие.** У учащихся с ЗПР нарушена целостность зрительного восприятия; в развитии слухового и осязательного восприятия имеют место искажения звуковой структуры слова, трудности в дифференциации признаков длины, толщины, материала. Затруднена ориентировочно-исследовательская деятельность, направленная на изучение свойств и качеств предметов, что выражается в том числе в затруднении процесса узнавания предметов на ощупь. Снижена скорость выполнения перцептивных операций. При решении наглядно-практических задач требуется большее количество практических проб и примериваний. В то же время дети с ЗПР в отличие от умственно отсталых, могут практически соотносить предметы по цвету, форме, величине. Недостатки сенсорного развития и речи влияют на формирование сферы образов-представлений. Из-за слабости анализирующего восприятия ребенок затрудняется в выделении основных составных частей предмета, определении их пространственного взаимного расположения. Можно говорить о замедленном темпе формирования способности воспринимать целостный образ предмета [11, 40].

**Память.** У детей с ЗПР механическая память преобладает над абстрактно-логической, непосредственное запоминание – над опосредованным. Наблюдается снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, способности к произвольному запоминанию, прочности запоминания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая утеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память. Дети с ЗПР не умеют преднамеренно применять рациональные способы запоминания.

**Внимание.** Внимание школьников с ЗПР неустойчиво, сочетается с повышенной отвлекаемостью. Однако грубых недостатков внимания не наблюдается, кроме случаев проявления синдрома гиперактивности и дефицита внимания, особенно в условиях утомления и повышенного напряжения.

**Мышление.** Преобладают более простые мыслительные операции (анализ и синтез), снижен уровень логичности и отвлеченности мышления, имеются

трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления. Отмечается подражательный характер деятельности детей с ЗПР, несформированность способности к творческому созданию новых образов, замедлен процесс формирования мыслительных операций. Низкая познавательная активность сочетается с низкой познавательной мотивацией, что часто приводит к неготовности к решению мыслительных задач. Ориентировка в условиях задачи формируется у младших школьников с ЗПР со значительным отставанием от того, как это происходит у нормально развивающихся детей. При переходе от одной системы знаний и навыков к другой дети с ЗПР склонны применять старые, уже отработанные способы, не видоизменяя их. И даже если они усвоили различные системы знаний и способы действия с ними, то бывает достаточно повторного решения каких-то заданий, чтобы дети данной категории, получив новые задания, продолжали повторять примененные способы (несмотря на то, что новые им хорошо известны). Подобные случаи свидетельствуют о трудности переключения с одного способа действия на другой и могут рассматриваться как симптомы инертности мышления [6].

К концу младшего школьного возраста наиболее близким к уровню сформированности, соответствующему средней норме, оказывается наглядно-действенное мышление. С решением простых задач соответствующего типа младшие школьники с ЗПР справляются так же успешно, как и их нормально развивающиеся сверстники, а более сложные задачи решают при условии оказания им одного-двух видов помощи. Решение задач наглядно-образного характера, хотя и значительно улучшается по сравнению со старшим дошкольным возрастом, по уровню успешности значительно отличается от того, как это происходит у нормально развивающихся сверстников. Что же касается словесно-логического мышления, то в общем его уровень остается значительно более низким, чем свойственный нормально развивающимся школьникам [40].

**Речь.** Речевое развитие характеризуется ограниченностью словарного запаса, особенно активного, замедленным овладением грамматическим строем речи. Многим присущи дефекты звукопроизношения, недостатки

фонематического восприятия, трудности овладения письменной речью. У некоторых имеется дизартрия. Отмечаются недостатки в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций. В речи детей с ЗПР редко встречаются прилагательные, наречия, сужен глагольный словарь. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, хотя ему и понятно смысловое содержание изображенной на картинке ситуации или прочитанного рассказа, и на вопросы педагога он отвечает правильно.

**Эмоционально-волевая сфера.** У школьников с ЗПР наблюдается незрелость эмоционально-волевой деятельности, слабая эмоциональная устойчивость, нарушение самоконтроля во всех видах деятельности, агрессивность поведения, инфантилизм, несоординированность эмоциональных процессов, частая смена настроения, чувство страха. Недостаточно сформирована способность к произвольной регуляции деятельности и поведения.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие группы детей с ЗПР выделяет К.С. Лебединская? Охарактеризуйте их.
2. Какие психологические особенности свойственны детям с ЗПР?

### 2.3. Психология детей с сенсорными нарушениями

Дети с сенсорными нарушениями представляют большую и очень разнообразную группу как по характеристике состояния их зрения и слуха, так и по происхождению заболеваний и условиям социального развития. Они с первых месяцев жизни попадают в неблагоприятные условия развития, испытывая трудности во взаимодействии с окружающим миром.

Рассмотрим психологические особенности детей с нарушениями слуха.

Р.М. Боскис разработала педагогическую классификацию, построенную на психологическом изучении взаимодействия слуха и речи, выделив две основные группы детей с недостатками слуха – глухие и слабослышащие.

К группе глухих относятся дети, которые вследствие врожденной или раноприобретенной глухоты не могут самостоятельно овладеть словесной речью.

Среди глухих также выделяют две группы детей в зависимости от времени возникновения дефекта:

- ранооглохшие дети, потерявшие слух на 1-2-м году жизни или родившиеся неслышащими;
- позднооглохшие дети, т.е. потерявшие слух в 3-4 года, а также позже, сохранившие речь в связи с более поздним возникновением глухоты. Термин «позднооглохшие» носит условный характер, т.к. данную группу детей характеризует не время наступления глухоты, а факт наличия речи при отсутствии слуха.

К категории слабослышащих детей относят тех, у кого наблюдается снижение слуха, но возможно самостоятельное развитие речи (хотя бы минимальное).

В зависимости от речевого развития выделяют две группы слабослышащих детей:

- слабослышащие, которые обладают относительно развитой речью с небольшими недостатками (нарушения в звукопроизношении, отклонения в грамматическом строе речи);
- слабослышащие с глубоким недоразвитием речевой функции (фразы короткие, неправильно построенные, отдельные слова сильно искажены и т.д.) [3].

У глухих детей гуление появляется позже, чем у слышащих, они более однообразное, монотонное, хрипловатое. Ответный лепет не появляется, хотя дети издают большое количество звуков (неотнесенный лепет, кряхтение, чмокание и т.д.). С возрастом количество звуков уменьшается, они становятся однообразными.

**Восприятие.** У детей с нарушениями слуха наблюдается замедленное по сравнению со слышащими сверстниками узнавание предметов. При восприятии

изображений глухие дети испытывают затруднения в восприятии и понимании перспективных изображений, пространственно-временных отношений между изображенными предметами; у них возникают трудности в восприятии предметов в движении, в необычном ракурсе, при восприятии контурных изображений; дети не узнают предмет, если он частично закрыт другим.

**Память.** При произвольном запоминании наглядного материала глухие дети по всем показателям развития образной памяти отстают от нормально слышащих сверстников: в дошкольном возрасте хуже запоминают места 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. Глухие дети реже пользуются приемами опосредствованного запоминания, что отрицательно сказывается на сохранении образов в памяти. 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. Специфические трудности глухих детей связаны с необходимостью интегрировать, воссоздавать образ фигуры мысленно, без опоры на непосредственное восприятие целой фигуры, оперировать образами. При запоминании глухие дети редко пользуются словесными обозначениями, менее точно характеризуют объект, что отрицательно сказывается на воспроизведении схематических фигур.

**Внимание.** Для детей с нарушениями слуха характерно более позднее становление высшей формы внимания – произвольного и опосредствованного. Наблюдается неустойчивость внимания, трудности переключения внимания.

Глухим требуется больше времени на «вработывание», что приводит к снижению скорости выполняемой деятельности, увеличению числа ошибок. Продуктивность внимания у глухих школьников в большей степени, чем у их слышащих сверстников, зависит от изобразительной выразительности воспринимаемого материала. При увеличении выразительности глухие школьники точнее устанавливают информативные признаки объектов, делают меньше ошибок. 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).

**Мышление.** Отставание в развитии наглядно-действенного мышления наблюдается даже у тех глухих детей, которые владеют речью. Глухие дети приобретают умение решать наглядно-действенные задачи в более старшем возрасте, чем слышащие. Для девяти-десятилетних глухих характерно использование более элементарных способов действия. Они не владеют обобщенным способом действия, поэтому им требуется в четыре раза больше времени и в три раза больше показов, чтобы научиться решать такие задачи. В развитии анализа и синтеза у детей с нарушениями слуха 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.

**Речь** глухих детей 6-7 лет бедна по словарю, по способам высказывания. Поэтому у глухих детей наблюдается заметное снижение словесной памяти по сравнению с тем, что отмечается у их слышащих сверстников. К семи годам, то есть ко времени поступления в школу, глухие дети при благоприятных условиях обучения и развития овладевают речью настолько, что могут выражать свои мысли и желания, пользуясь простыми распространенными предложениями,

содержащими помимо главных членов второстепенные – определения, дополнения и обстоятельства.

**Эмоциональное развитие.** Глухие дети 10-11 лет заметно уступают слышащим детям 7-8 лет по точности опознания эмоциональных состояний, по их словесной характеристике и раскрытию причин, вызывающих те или иные эмоциональные состояния. Постепенно, по мере обучения, к 13-14 годам у глухих совершенствуется умение опознавания эмоций и чувств, а также определение причин, их вызывающих. Глухие подростки овладевают многими понятиями, относящимися к эмоциональным состояниям и социально-нравственным чувствам. Они в ряде случаев могут правильно в качестве причины эмоции выделить внутреннее отношение одного человека к другому. Но в целом у них сохраняются трудности понимания взаимосвязей между эмоциональными состояниями человека и порождающими их жизненными ситуациями.

**Личностное развитие.** В результате недостаточного развития речи, меньшего объема знаний, которыми располагает неслышащий ребенок по сравнению со слышащими сверстниками, а также ограниченности общения с окружающими обнаруживается более замедленный темп становления его личности. Глухие дети менее социально зрелы (адаптированы в обществе), чем их слышащие сверстники. Морально-этические представления глухих отличаются некоторой односторонностью, с преимущественным использованием конкретных понятий без учета промежуточных, относительных оценок. Это мешает как адекватной оценке ими окружающих, так и формированию правильной самооценки. Так, у старшеклассников преобладает не критичность самооценок, их завышенность и неадекватность. Самооценка и оценка товарищей в основном бывает ситуативной. С возрастом при правильном воспитании устойчивость оценок и критичности неслышащих детей повышается. Интенсивное развитие самосознания в подростковом возрасте отличается большим своеобразием, которое усиливается в период вступления

подростка в юношеский возраст, когда у глухих школьников появляется обостренное отношение к своему дефекту [14].

Другую часть сенсорных нарушений составляют дети с дефектами зрения. В зависимости от времени появления аномалии выделяют две категории детей:

- слепорожденные – дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. У них нет зрительных представлений и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы;

- ослепшие – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже.

По степени нарушения зрительной функции детей со стойкими дефектами зрения делят на слепых и слабовидящих.

Слепые дети – дети с полным отсутствием зрительных ощущений, либо с сохранившимся светоощущением, либо с остаточным зрением (максимальной остротой зрения 0,04). Различают разные степени потери зрения:

- абсолютная (тотальная) слепота, при которой полностью отсутствуют зрительные ощущения (светоощущение и цветоразличие);

- практическая слепота, при которой сохраняется или светоощущение на уровне различения света от темноты, или остаточное зрение, позволяющее сосчитать пальцы рук у лица, различать контуры и силуэты.

Слабовидящие дети с остротой зрения на лучше видящем глазу при использовании очков от 0,05 до 0,4, при этом зрение остается основным средством восприятия.

Примерно до 2-3-месячного возраста психическое развитие детей с нарушением зрения мало отличается от психического развития нормально видящих детей. Они реагируют на пеленание, переворты, речь матери, на позу кормления. С 7-8 лет, времени поступления в школу, в результате обучения психическое развитие слепых и слабовидящих практически приближается к норме как у зрячих. Однако ряд особенностей имеется, особенно в дошкольном возрасте.

**Восприятие.** Полное выпадение зрительных ощущений из процесса восприятия наблюдается только в случаях тотальной слепоты. Развитие двигательных умений и осязания формируется у этих детей замедленно, поэтому возникает сложность дифференциации звуков. Только к 5 месяцам слепой ребенок научается выделять и дифференцировать звуковые признаки предметов, устанавливать связь между предметом и звуком, который он производит. При наиболее серьезных дефектах зрения, как правило, формируется осязательный тип восприятия. При слепоте и слабовидении наблюдается редуцированность проявлений некоторых свойств восприятия. Так, избирательность восприятия ограничивается узким кругом интересов, снижением активности отрагательной деятельности, меньшим по сравнению с нормой эмоциональным воздействием объектов внешнего мира; апперцепция проявляется слабее, чем в норме, в связи с недостаточным чувственным опытом; осмысление и обобщение образов осложняется недостаточностью чувственного опыта и снижением полноты и точности отображаемого; сокращается зона константного чувственного восприятия [19].

**Память.** Нарушения зрения тормозят полноценное развитие познавательной деятельности слепых и слабовидящих детей, что находит свое отражение и в развитии, и в функционировании мнемических процессов. Слепым и слабовидящим приходится запоминать и держать в своей памяти материалы, которые не требуется помнить зрячему. Процесс заучивания как бессмысленных слогов, так слов и стихотворений у слепых осуществляется быстрее, чем у зрячих, что связано с более сосредоточенным вниманием к выполняемой деятельности и умением слепых соотносить воспринимаемый материал с практическим опытом. Объем памяти у слепых по сравнению со зрячими увеличен на 0,7 для слов, обозначающих зрительные образы, и на 0,9 для слов, обозначающих осязательные образы. Большой объем материала, хранящегося в памяти, недостаточно организован и слабо систематизирован. Для слепых и слабовидящих характерно также недостаточное осмысление запоминаемого наглядного материала. Трудности классификации, сравнения,

анализа и синтеза, связанные с нечетко воспринимаемыми качествами объектов, трудностями дифференцирования существенных и несущественных качеств, приводят к недостаточности логической памяти. Вместе с тем запоминание логически связанных стимулов у этих детей, как и в норме, более эффективно, нежели материала, не объединенного смысловыми связями. Исследование соотношения зрительной, слуховой и осязательной памяти у слепых, частично видящих и слабовидящих выявило слабую сохранность зрительных мнемических образов у слабовидящих. Зрительные предметные представления скорее, чем у нормально видящих, теряют дифференцированность, становятся схематичными и фрагментарными. Это свидетельствует о более быстром распаде зрительных образов и значительном снижении объема долговременной памяти. Кратковременный и долговременный объем осязательной памяти у слепых и частично видящих школьников, как и слуховой памяти, оказывается высоким.

**Внимание.** Практически все качества внимания, такие как его активность, направленность, широта (объем, распределение), возможность переключения, интенсивность, или сосредоточенность, устойчивость, оказываются под влиянием нарушения зрения, но способны к высокому развитию, достигая, а порой и превышая уровень развития этих качеств у зрячих. Ограниченность внешних впечатлений оказывает отрицательное влияние на формирование качеств внимания. Замедленность процесса восприятия, осуществляемого с помощью осязания или нарушенного зрительного анализатора, сказывается на темпе переключения внимания и проявляется в неполноте и фрагментарности образов, в снижении объема и устойчивости внимания.

**Мышление.** Для слепого дошкольника, как и для зрячего, характерна полиморфность мыслительных процессов, связь с практическим употреблением натуральных объектов, что показывает зависимость становления понятийного мышления от более элементарных познавательных процессов. Важное место в развитии наглядно-образного мышления занимает техника оперирования образами, сущность которой заключается в мысленном перемещении предметов

и их частей в пространстве. В школьный период жизни у слепых и слабовидящих происходит становления научного мышления. Особое место среди операций мышления занимает формирование умственных действий, способность действовать в уме, оперировать мысленными образами. Тактильно-слухокинестетический способ восприятия мира оказывает влияние на формирование действий в уме на первых годах обучения. Однако это отставание преодолевается в процессе обучения. В 10-12 лет происходит переход детей от стадии конкретно-понятийного мышления, свойственного учащимся начальных классов, к абстрактно-понятийному. Образование формально-логических операций и перестройка интеллектуальной деятельности у слабовидящих происходит в течение более длительного времени и завершается лишь к 16-17-летнему возрасту.

Во владении операциями классификации и квантификации слабовидящих учащихся начальных классов отмечается больше затруднений; для них характерны трудности в образовании групп предметов, потеря единого основания при организации групп, переход к объединению по функциональному или внешнему сходству предметов. Они не владеют в полном объеме понятиями «все» и «некоторые». Формирование таких мыслительных операций, как сравнение, классификация, квантификация, обобщение, осуществляется у слабовидящих детей в более поздние сроки и с большими трудностями, чем у нормально видящих.

**Речь** слепых и слабовидящих имеет свои особенности формирования – изменяется темп развития, нарушается словарно-семантическая сторона речи, появляется «формализм», накопление значительного количества слов, не связанных с конкретным содержанием. У дошкольников уровень спонтанной речи детей с нарушением зрения значительно ниже нормы. У этих детей наиболее типичными являются системные недоразвития речи, разнообразные по своей структуре, и их значительно больше, чем у их зрячих сверстников. Это непонимание смысловой стороны слова, которое не соотносится с чувственным образом предмета, использование слов, усвоенных на чисто вербальной основе,

эхолалии, отсутствие развернутых высказываний из-за недостатка зрительных впечатлений. Специфика развития речи выражается также в слабом использовании неязыковых средств общения – мимики, пантомимики, поскольку нарушения зрения затрудняют восприятие выразительных движений и делают невозможным подражание действиям и выразительным средствам, используемым зрячими. Это отрицательно сказывается на понимании речи зрячего и на выразительности речи слепого и слабовидящего.

**Личностное развитие.** Дефект лишь опосредованно влияет на развитие личности слепого. Не сама слепота, а нарушение социальных контактов, отсутствие квалифицированной помощи могут повлиять на развитие негативных черт характера. При правильной организации воспитания и обучения, широком вовлечении слепого ребенка в разные виды деятельности формирование необходимых свойств личности, мотивации деятельности, установок оказывается практически независимым от состояния зрительного анализатора. В некоторых случаях можно говорить о том, что уровень притязаний незрячих учащихся оказался несколько ниже, чем у нормально видящих школьников. Большинство учащихся неадекватно относятся к своему дефекту, игнорируя или вытесняя его. Для незрячих подростков личностно-значимыми являются отношения со сверстниками, одноклассниками, отношения с близкими взрослыми, отношение к своему дефекту. Уровень притязаний и самооценки незрячих школьников несколько ниже и менее устойчив, чем у зрячих, у них не сформировано адекватное отношение к своему дефекту; общение протекает в форме монолога, что затрудняет контакты с другими людьми.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие психологические особенности свойственны детям с нарушениями слуха?
2. Какие психологические особенности свойственны детям с нарушениями зрения?

## 2.4. Психология детей с церебральным параличом

Детский церебральный паралич – это заболевание, вызванное поражением головного мозга, обычно проявляющееся в раннем детском возрасте и характеризующееся двигательными нарушениями: параличами, слабостью мышц, нарушением координации, произвольными движениями. При детском церебральном параличе (ДЦП) поражение двигательных и ряда других центров головного мозга отражается на активности мышц конечностей, головы, шеи или туловища.

Для детей с церебральным параличом характерно своеобразное развитие, обусловленное ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Выраженность заболевания зависит от распространенности поражения мозга и колеблется от легкой, едва заметной до чрезвычайно тяжелой, приводящей к полной инвалидности.

Интеллектуальное развитие детей с церебральным параличом разнообразно, однако практически все они имеют интеллектуальные нарушения разной степени: от ЗПР (церебрально-органического генеза) до УО различной степени тяжести. Лишь у небольшой группы таких детей интеллект в норме.

У некоторых детей отсутствует врожденный рефлекс движения глаз, возникающий под влиянием движущегося в поле зрения раздражителя. Зрительное сосредоточение появляется лишь после 4-8 месяцев и характеризуется рядом патологических особенностей: косоглазием, нистагмом, влиянием патологических тонических рефлексов на мышцы глаз и др.

Отставание в психическом развитии у детей с церебральным параличом часто сочетается с низкой познавательной активностью, недостатками памяти и внимания. Присутствует повышенная отвлекаемость, чрезмерная фиксация на несущественных деталях в сочетании со слабостью произвольного запоминания.

У детей с церебральным параличом имеет место не только замедленный, но часто и неравномерный темп психического развития с

диспропорциональностью в формировании отдельных психических функций, что дает основание говорить о своеобразной дизонтогении психического развития церебрально-органического генеза, которая включает следующие основные варианты:

- локальный дизонтогенез отдельных высших психических функций (речи, пространственных представлений, различных видов гнозиса, праксиса, внимания, памяти и др.);
- нарушения умственной работоспособности;
- нарушения произвольной регуляции психической деятельности;
- специфическую задержку психического развития, при которой имеет место сочетание представленных выше нарушений со стойко ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем и специфическими особенностями мыслительной деятельности, обуславливающими замедленное усвоение нового материала [40].

У детей с церебральным параличом из-за двигательной и сенсорной недостаточности крайне затруднена связь с окружающим миром, что значительно замедляет развитие их познавательной деятельности; у них ограничены познавательные интересы, нарушена акустическая установка на звук или голос человека, снижен эмоциональный тонус. Лишь у некоторых развитие познавательной сферы находится в пределах нормы.

**Восприятие.** У детей с ДЦП зрение и слух развиваются своеобразно, поэтому можно говорить о качественном своеобразии зрительного и слухового восприятия. На оптический или звуковой раздражитель возникает затормаживание реакции и отсутствует поворот головы. В младенческом возрасте дети не могут следить глазами за своими движениями. Зрительно-моторная координация формируется примерно к 4 годам. Они затрудняются в узнавании усложненных изображений, наложенных фигур, узнавании уже известных картинок, затрудняются в узнавании и написании цифр и букв. Из-за различных вариантов нарушения зрения при ДЦП могут наблюдаться и другие специфические особенности зрительного восприятия. Например, при поражении

правого глаза ребенок будет использовать только левую сторону листа при рисовании. Нарушения слуха, имеющиеся при ДЦП, могут негативно влиять на развитие фонематического восприятия. Нарушение движений и действий с предметами, затруднения при ходьбе являются причинами нарушения осязательного восприятия. Дети затрудняются в узнавании предметов на ощупь, в определении их веса, формы, плотности, пропорций, материала изготовления и др. Нарушено также восприятие пространства и положения собственного тела и его частей. При гемиплегии нарушена боковая ориентация, при диплегии – ориентация по вертикали, при тетраплегии – ориентация в направлении спереди назад.

**Мышление.** На начальных этапах обучения наиболее выражены недостатки операциональной стороны мыслительной деятельности, отстает формирование понятийного абстрактного мышления. Особенности мышления у детей с церебральным параличом обнаруживаются наиболее явно при выполнении заданий, требующих интеллектуальных процессов симультанного характера, т.е. целостной интеллектуальной деятельности, основанной на взаимодействии анализаторных систем и симультанном синтезе. У этих детей не только отмечается ограниченный запас знаний и представлений об окружающей действительности за счет бедности их практического опыта, но и имеют место специфические трудности переработки информации, получаемой в процессе как коммуникативной, так и предметно-практической деятельности. Встречаются характерные трудности в усвоении счетных операций и оценке отдельных цифр при их зрительном восприятии в процессе опознания и написания.

Недостаточно сформировано наглядно-действенное и образное мышление, что в свою очередь ведет к отставанию словесно-логического мышления. Часто отмечается ограниченное, конкретное или искаженное понимание отдельных слов. Наиболее часто наблюдается замедленность мышления, а в ряде случаев и более выраженная инертность.

**Речь.** 80 % детей с церебральным параличом имеют речевые нарушения. Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями.

Нарушения артикуляционной моторики (вследствие повышения или понижения тонуса мышц языка) задерживают и нарушают формирование голосовой активности и звукопроизводительной стороны речи. Имеется недостаточность семантической стороны речи и формирования слов как понятий. Отмечается ограниченное, а иногда и искаженное понимание значения отдельных слов. При ДЦП встречаются такие формы нарушения речи, как: дизартрия – нарушения произносительной стороны из-за патологической иннервации мышц; алалия – системное недоразвитие речи в результате поражения или дисфункции корковых речевых зон; дислексия – существенные трудности в овладении чтением; дисграфия – нарушения формирования письменной речи; невротическое и неврозоподобное заикание; нарушение речи по типу мутизма.

Имеются нарушения в *эмоционально-волевой сфере*. Нарушение сенсорного восприятия приводит к невозможности установления с детьми эмоционального контакта, что, в свою очередь, тормозит появление первых положительных эмоций. Так, улыбка у детей с ДЦП возникает лишь к 3-6 месяцам. Присутствует склонность к колебаниям настроения, эйфория. Одни – эмоционально-возбудимы, раздражительны, двигательно расторможены, другие – заторможены, застенчивы и робки.

Часто дети с церебральным параличом повышено внушаемы, имеют заниженную самооценку, слабо ориентированы в бытовых вопросах. В дошкольном возрасте они отличаются чрезмерной впечатлительностью, склонностью к страхам.

#### Вопросы для самоконтроля

1. Какое определение ДЦП используется в дефектологии?
2. Какие психологические особенности свойственны детям с ДЦП?

## 2.5. Психология детей-аутистов

Детский аутизм (ДА) – особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоционального контакта ребенка с окружающим миром.

Синдром детского аутизма как самостоятельная клиническая единица был выделен американским психиатром Л. Каннером в 1943 г. В 1944 г. в Австрии Г. Аспергером, а в 1947 г. в России С.С. Мнухиным был описан более легкий вариант протекания этого нарушения.

В отечественной дефектологии, согласно классификации О.С. Никольской, выделяют четыре категории аутичных детей [28].

Первая группа – полная отрешенность от окружающего. Дети как бы не видят, не слышат, часто не реагируют на боль, холод, голод. Они не защищаются от воздействий окружающей среды. При попытке их удержать стараются вырваться, кричат, но как только их оставляют в покое, снова становятся отрешенными. Дети этой группы не проявляют ни к чему избирательного внимания, больше пользуются рассеянным периферическим, а не центральным зрением, не имеют указательного жеста. Они ничего не боятся и ничего не любят. У них нет пристрастий, привычек, на лицах не отражаются чувства. Такие дети мутичны, но каждый из них внезапно может повторить сложное слово. Однако эти слова лишь пассивное эхо увиденного. Внешние впечатления получают бесцельно перемещаясь в пространстве – лазая, кружась, перепрыгивая, карабкаясь, грызя предметы. Они грациозны в движениях, позволяют близким обслуживать себя, не возражают даже если их покидывают, кружат. Но быстро пресыщаются и строго дозируют время контакта.

Вторая группа – аутизм как активное отвержение мира. У этих детей контакт нарушен в меньшей степени, однако достаточно сильно выражена дезадаптация к среде. Активное взаимодействие со средой осуществляется через стереотипные ситуации в форме привычных действий и слов. Характерна речь штампами, в инфинитиве во втором или третьем лице («дать пить», «Коле дать

пить»), использование цитат из книг («испеки-ка ты мне, бабка, колобок»). Кажется наиболее страдающими, отягощены страхами.

Вступают в избирательные отношения со средой, выделяют для себя приятные и неприятные контакты, фиксируют свои пристрастия и антипатии. Характерны моторные и речевые стереотипы, избирательность в еде, одежде, выборе маршрутов. Стереотипное напряжение определенных мышц и суставов, взмахи рук, прыжки, механическое раздражение органов зрения и слуха, обнюхивание, облизывание, трясение, верчение, хлопки, разрывание, вокализация, скандирование, декламация. Усваивает навыки самообслуживания.

Устанавливает примитивную, лишнюю эмоциональной взаимосвязи аффективную связь с близкими. Выделяет мать как основное условие своего существования.

Дети первой и второй групп по МКБ-10 относятся к наиболее типичным, классическим формам детского аутизма, описанным Л. Каннером (F84.0).

Третья группа. Аутизм проявляется как захваченность собственными переживаниями. Взаимодействие такого ребенка с миром – это монолог без учета обстоятельств, вне диалога со средой и людьми. Дети пытаются вступить в более активные отношения со средой. Однако реально они эту среду не обследуют, принимая лишь ограниченное число доступных задач и стереотипно проигрывая их разрешение.

Дети этой группы более нормальны в своих привычках, менее избирательны в еде, они меньше страдают от изменений в окружающей среде. Эти дети осваивают большой набор житейских ситуаций, более успешны в усвоении бытовых навыков. Часто имеют хороший запас слов и правильную, развернутую фразовую речь.

Они спокойнее и менее напряжены, чем дети второй группы, движения их не так судорожны. Характерны застывшая улыбка, блестящие глаза, громкая, быстрая, захлебывающаяся речь. Они могут смотреть в лицо собеседнику.

Дети этой группы в МКБ-10 могут быть определены как дети с синдромом Аспергера (F84.5) – «мягким» вариантом аутизма, с сохранным интеллектом и речью, но часто с двигательной дисфункцией.

Четвертая группа. Аутизм здесь выступает как трудность в организации общения. Эти дети пытаются вступить в диалог с миром и людьми. Нуждаются в постоянной эмоциональной поддержке. Взрослый – как переводчик происходящего и проводник ребенка в мир. Характерны неловкость крупной и мелкой моторики, некоординированность, трудности в усвоении навыков самообслуживания; задержка в становлении речи, ее нечеткость, бедность словарного запаса.

Эти дети в меньшей степени используют готовые стереотипы поведения – пытаются говорить и действовать спонтанно. Это сверправильные, педантичные дети. Внешне патологически застенчивые. Они почти не могут смотреть в глаза, но испытывают интерес к людям.

Рассмотрим типичные особенности детей с ДА.

**Восприятие.** Развитие восприятия, несмотря на глубину дефекта, может носить у аутичных детей не только нормальный, но в ряде случаев опережающий характер. Аутисты демонстрируют возможность длительно сосредотачиваться на свете лампы, узорах на обоях, любовь к классической музыке. Часто внимание к сенсорным впечатлениям выражается в раннем выделении цвета, формы предметов, их избирательная фиксация может отражаться и в первых словах ребенка: («бледно-золотистый», «круг» и т.п.). Позже большинство детей с аутизмом тоже не испытывают сложностей в выделении размера, цвета, геометрических и музыкальных форм. Опережающее выделение отдельных сенсорных впечатлений сочетается с задержкой развития представлений об обыденном окружении, их фрагментарностью, недостаточностью развития подробной, предметно и функционально организованной картины мира, отношения к вещам в соответствии с их функцией.

Чувствительность таких детей изменена. Она проявляется в общем снижении порога дискомфорта, аномальной реакции на боль и холод, свет, цвет

и, наоборот, сверх внимания к другим не столь важными впечатлениями, становящимися средством стереотипной аутоstimуляции [30].

**Память.** Для аутистов типичны прекрасная музыкальная память, возможность запоминать и воспроизводить сложные орнаменты, способность делать по памяти исключительно точные и аккуратные рисунки, сверхточно запоминать написание слов («абсолютная грамотность»), номера и схемы маршрутов транспорта. Это свидетельствует о высоких показателях механической памяти. Дети с аутизмом хорошо запоминают лица ранее знакомых людей, особенно эмоционально для них значимых. Они на годы запоминают свой испуг и формируют стойкие страхи определенных мест, объектов, действий, конкретных слов и фраз. В школе дети могут удивлять учителей способностью легко запоминать большие объемы учебного материала, но также и тем, что стремятся воспроизвести его близко к тексту учебника. Типичны трудности актуализации имеющихся знаний при вопросе, заданном в непривычной форме. Известны также возможности накопления огромного массива сведений в рамках стереотипных интересов детей. Дети с аутизмом лучше других запоминают бессмысленные наборы стимулов, обычные – становятся более успешны при возможности организовать и таким образом редуцировать запоминаемую информацию, но то, что помогает в запоминании обычным детям, аутичными не используется.

**Мышление** аутиста получает свое развитие, опираясь на прирожденные механизмы, и не использует результаты опыта, отраженного в памяти. Логическое мышление не развито, дети не сосредотачиваются на осмыслении причинно-следственных связей в происходящем. Имеются особые трудности выстраивания временной последовательности событий. Для всех детей с аутизмом характерна трудность восприятия подтекста и учета общего смыслового контекста происходящих событий. Конкретность, одноплановость мышления вместе с недостаточным развитием игровой деятельности и трудностями переноса освоенных навыков в новую ситуацию могут

свидетельствовать о существовании у аутичных детей проблем развития символического мышления.

**Речь.** До года дети мало пользуются жестами, мимикой для обращения к близким, не тянутся на руки, не вовлекают в игры, не привлекают внимания к интересующему их объекту. В раннем возрасте гуление и лепет могут быть мало выражены, но первые слова и даже фразы могут появиться вовремя. Это необычные, сложные слова, которые не используются для прямого обращения к близким. Ребенок не обращается сам и почти не отзывается на имя, не организуется речью, плохо выполняет самые простые инструкции. У части детей с аутизмом речь может практически не развиваться, они остаются мутными. У некоторых слова вообще не появляются, другие начинают произносить слова вне коммуникации, но вскоре после года теряют их. Внешне благополучное речевое развитие идет отлично от обычного. Если в норме, оно начинается со становления простейшего диалога ситуативной речевой коммуникации и уже позже на ее основе происходит переход к контекстной монологической речи, то здесь ребенок начинает и останавливается на монологе, не пройдя стадию ситуативной речи. В специфике нарушений речевого развития при аутизме на первый план обычно выступают эхолалия и проблемы детей с использованием местоимений. Специфика речи при аутизме – это стереотипные высказывания, часто не очень понятные другому человеку, поскольку они опираются лишь на личные ассоциации и отражают избирательные интересы ребенка, при недостатке спонтанной речи.

#### Вопросы для самоконтроля

1. Как понимается детский аутизм в дефектологии?
2. Какие особенности ребенка-аутиста вы можете охарактеризовать?
3. Чем отличается синдром Аспергера от других расстройств аутистического спектра?

## Глава 3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ

### 3.1. Работа с детьми с интеллектуальными нарушениями

Главной задачей обучения и воспитания умственно отсталых детей является развитие их потенциальных познавательных возможностей, коррекция поведения, привитие им трудовых и других социально значимых навыков и умений.

Содержание и организация коррекционной работы с детьми с интеллектуальными нарушениями направлена, во-первых, на развитие компенсаторных механизмов становления психики и деятельности ребенка, а во-вторых, на преодоление и предупреждение у него вторичных отклонений в развитии познавательной сферы, поведения и личностных ориентиров.

Коррекционно-развивающая работа представляет собой систему психолого-педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление нарушений психофизического развития ребенка с интеллектуальными нарушениями, посредством применения специальных методов, средств воспитания и обучения. Чем раньше начинается организация и проведение коррекционной работы, тем успешнее осуществляется преодоление дефекта или его последствий.

При организации коррекционной работы следует учитывать возможности развития ребенка – его зону ближайшего развития. Зона ближайшего развития выявляется по степени сложности задач, с которыми ребенок может справиться с помощью взрослого. При этом помощь может оказываться на разных уровнях: от стимулирующей («посмотри внимательней», «подумай» и др.) и организующей (организовать последовательность действий ребенка, привести пример и др.) до обучающей (создать условия для овладения ребенком теми или иными средствами и способами решения задачи).

Коррекционная работа осуществляется на групповых и индивидуальных занятиях. Организация работы специалистов предполагает также обучение родителей отдельным психолого-педагогическим приемам, повышающим эффективность взаимодействия с ребенком, стимулирующим его активность в повседневной жизни, укрепляющим его веру в собственные возможности.

Коррекционная система занятий с детьми с интеллектуальными нарушениями включает в себя следующие направления:

1) формирование системы отношений ребенка с окружающим социальным и предметным миром (мотивационно-смысловая сторона деятельности) через игру как совместную деятельность и развитие потребности в игре, а также создание определенного отношения взрослого к ребенку и формирование у него образа «Я»;

2) формирование у ребенка способности к самостоятельному построению замысла деятельности через формирование игры как деятельности (создание замысла и предметного содержания игры), продуктивную деятельность и развитие творческого мышления и воображения;

3) формирование практических и умственных действий (операционно-технической стороны деятельности) через предметную деятельность, сюжетно-ролевые и дидактические игры;

4) формирование произвольности поведения и психических функций (овладение собственной деятельностью) посредством режиссерских игр, продуктивной деятельности и формирование произвольности психических функций (восприятия, речи и др.) [8].

Активно применяются при работе с детьми с интеллектуальными нарушениями различные методы арт-терапии: игра, рисунок, музыка и др.

Развитию наглядно-образного мышления у детей с ЗПР способствуют следующие виды заданий: рисование, прохождение лабиринтов, конструирование: по наглядному образцу, по словесной инструкции, по собственному замыслу ребенка, конструирование по моделям.

Для развития наглядно-образного мышления рекомендуется использовать различные виды заданий с палочками или со спичками (выложить фигуру из определенного числа спичек, перенести одну из них с тем, чтобы получить другое изображение, соединить несколько точек одной линией, не отрывая руки).

Для развития логического мышления можно использовать разнообразные упражнения: «Восстанови рассказ», «Составь предложение» и др.

Учитывая возможности детей можно использовать такие доступные методы обучения, как опора на наглядность, практическую направленность деятельности; использование в обучении сюжетно-ролевых игр и экскурсий. На уроках педагоги школы не просто дают детям знания, а преподносят их в интересной форме, например, разыгрывают различные сюжеты, с которыми учащиеся могут столкнуться в своей самостоятельной жизни. В игре ребенок получает необходимые сведения, овладевает навыками поведения и общения, понимая смысл и значение получаемой информации, воспроизводит деятельность взрослых и их взаимоотношения. После того как учащиеся разыграют различные сюжеты, можно реализовать эти знания на практике – на экскурсиях. Тематика экскурсий весьма разнообразна и направлена на разностороннее развитие детей. Экскурсии проводятся на различные предприятия: в культурно-массовые учреждения (кино, театры, музеи, кафе, рестораны, клубы), в места социально-бытового значения (улицы города, почта, магазины, районо, управление социальной защиты, ателье, парикмахерские и др.).

Отдельным направлением работы с детьми с интеллектуальными нарушениями является развитие мелкой моторики. Благодаря таким играм ребёнок получает разнообразные сенсорные впечатления, у него развивается внимательность и способность сосредотачиваться. Для этого можно использовать следующие методы и приемы без учета возраста: аппликация (из зерен в технике посыпания и вдавливания, из бумаги, из природных материалов),

украшение рисунков пуговицами и другими аналогичными материалами, пересыпание песка или крупы, игры со шнурками, игры с прищепками.

Активно применяются методы, связанные с рисунком: рисование песком (или манкой); рисование пальчиками, ладошкой; оттиск смятой бумаги, печатками, губкой; рисование воском, ниткой; обрывание, скатывание бумаги.

У таких детей воображение развито слабо, что затрудняет выполнение относительно сложных заданий, поэтому можно использовать такие упражнения, как, например, «Магазин». Каждый участник получает лист бумаги с соответствующим заголовком, например «Магазин игрушек», «Овощной магазин» и пр. Необходимо нарисовать или вырезать из журналов и наклеить соответствующие изображения. Либо «Дневные события». Нужно нарисовать или вырезать из журналов картины, иллюстрирующие те или иные события, участниками которых были дети (каникулы, праздник); при этом желательно вспомнить и описать детали этих событий [20].

Большое значение для детей этой категории имеет музыкотерапия. Прослушивание музыкальных произведений непосредственно воздействует на нервно-психическую сферу, оптимизируют психовегетативные реакции. Наиболее приемлема классическая или народная музыка, она особенно благотворно воздействует на детей. Быстрые и веселые детские песни вызывают у детей с умственной отсталостью не только подъем настроения, но и неадекватные эмоциональные реакции, беспорядочную активность. Часто практикуется активная форма музыкотерапии – вокалотерапия и инструментальная терапия. К концу второго – началу третьего классов короткие мелодии отделяются от текста, начинают использоваться простые формы самостоятельного музицирования (например, игра в «эхо», когда один ребенок играет на флейте какую-то простую мелодию, показанную ему взрослым, а другой из соседнего помещения вторит ему, что вызывает у всех бурные положительные эмоции).

Может использоваться музыка и для сопровождения изобразительной деятельности, что также повышает эффект действия обоих средств искусства (изобразить свое впечатление от услышанного звука или музыки и пр.).

Коррекция средствами драматического искусства применяется с учетом речевого недоразвития школьников. Чаще всего используются драматизации детских сказок и потешек, которые позволяют учиться невербальному выражению эмоциональных состояний, развивают психические функции, способность к коллективному взаимодействию, моторику. Постепенно драматические постановки могут усложняться, разрабатывать какие-то специфические темы (страхов, агрессии). Для таких детей очень важно, чтобы спектакли разыгрывались для публики. Наличие зрителей мобилизует их, повышает самооценку, дает уверенность в себе.

Можно использовать прием самостоятельного придумывания сказок – как на свободную тему, так и на заданную, например сочинение автобиографических сказок или групповое рассказывание сказок и историй, когда один из участников начинает сказку, а другие по очереди ее продолжают.

У детей с ЗПР важными являются социально-личностное развитие и воспитание, которые предполагают умение ориентироваться в окружающей среде, осознавать ценность себя и других людей, способность адекватно выражать эмоции и чувства и т.п. Для этого, начиная с дошкольного возраста, с ребенком нужно работать в нескольких направлениях: формирование опыта сотрудничества со взрослым и сверстниками, эмоциональное и интеллектуальное развитие. Сотрудничество ребенка со взрослым основывается на формировании эмоционального контакта. Первоначально предполагается работа индивидуального характера, когда ребенка с ЗПР учат понимать инструкции взрослого, правила выполнения задания и др. Затем можно переходить к групповым формам работы [31]. Основными направлениями коррекции у дошкольников с ЗПР являются формирования: образа «Я», способности к самостоятельному построению замысла деятельности,

практических и умственных действий и произвольности поведения и психических функций.

Интеграция детей с ЗПР в общеобразовательные школы часто приводит к ситуации постоянного неуспеха таких детей на фоне нормально развивающихся успевающих школьников. Это способствует формированию неадекватного уровня притязаний, неполноценной личности, снижению интеллектуального развития, нарушениям поведения, фиксации на игре (как компенсаторном механизме), что свидетельствует о необходимости непрерывного сопровождения таких детей.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем заключается специфика работы с детьми с интеллектуальными нарушениями?
2. Какие методы можно использовать при работе с детьми с интеллектуальными нарушениями?

### **3.2. Работа с детьми с сенсорными нарушениями**

Большую группу детей составляют дети с сенсорными нарушениями. Отечественная дефектология располагает широкими возможностями в области обучения и воспитания таких детей.

Работу с этой категорией детей важно начинать с правильного определения рабочего (учебного) места в классе/группе. Педагог основывается при этом на рекомендациях врачей специального профиля (офтальмолога, отоларинголога или сурдолога). При этом обязательно должен осуществляться контроль за использованием ребенком индивидуальных средств коррекции (за ношением очков, применением телескопических луп, других оптических приборов, использованием слуховым аппаратом и др.).

Эффективное воздействие на развитие детей с сенсорными нарушениями оказывают занятия в сенсорной комнате. Впервые понятие «сенсорная комната»

было введено М. Монтессори. В ее педагогической системе, основанной на сенсорном воспитании, среда, в которой организуется работа с детьми, рассматривается как специально оборудованное помещение (комната). Сенсорная комната, с точки зрения М. Монтессори, это среда, насыщенная автодидактическим материалом для занятий с детьми.

Сочетание разных стимулов (света, музыки, цвета, запахов, тактильных ощущений) оказывает различное воздействие на психическое состояние человека: как успокаивающее, расслабляющее, так и тонизирующее, стимулирующее, восстанавливающее. Сенсорная комната не только способствует достижению релаксации, но и позволяет активизировать различные функции центральной нервной системы: стимулирует все сенсорные процессы; создает положительный эмоциональный фон и помогает преодолеть нарушения в эмоционально-волевой сфере; возбуждает интерес к исследовательской деятельности; корректирует нарушенные высшие корковые функции; развивает общую и мелкую моторику, корректирует двигательные нарушения.

При работе в сенсорной комнате можно использовать такие методические приемы, как беседы, подвижные игры, игры в круге, релаксационные упражнения, рисование, стенная аппликация, психогимнастические упражнения, психологические этюды, активное слушание музыкальных произведений [15].

Для оптимизации коммуникативных навыков у детей с сенсорными нарушениями применяются разнообразные психокоррекционные методы (психодрама, социально-психологический тренинг, арт-терапия, поведенческие методы). Одним из средств формирования навыков социального взаимодействия является ролевая игра. С помощью ролевой игры усваиваются представления о различных социально-бытовых учреждениях и правилах поведения в них, формируются навыки взаимодействия со сверстниками и взрослыми, совершенствуются средства общения – тактильные и жестовые.

Применение ролевой игры при работе с подростками указанной категории позволяет решить ряд задач: обучить моделям эффективного поведения в конкретных ситуациях общения (знакомство, конфликт, обращение к врачу); снизить остроту проблемных переживаний, связанных с проигрываемыми ситуациями (эффект катарсиса) [9].

Для формирования коммуникативных навыков подростков с сенсорными нарушениями применяются игры-тренировки конкретных социальных навыков. В них воспроизводятся заданные психологом ситуации межличностного взаимодействия, а участники тренируют навыки конструктивного поведения в них. Образцы такого поведения в большинстве случаев предварительно демонстрируются или описываются; игра строится по принципу «учись делать так же». С помощью таких игр могут отрабатываться социальные навыки, например просьба о помощи, начало и завершение разговора.

Для развития навыка коммуникации подростков и юношей с сенсорными нарушениями можно использовать тренинг общения. Такая форма работы применима как для слепых, для глухих, так и для слепоглухих. По мнению А.Ю. Хохловой, тренинг общения «позволяет устранить некоторые объективные коммуникативные сложности, имеющиеся у слепоглухих, замотивировать участников проявлять инициативу в общении, узнавать новое друг о друге, а также создает позитивный опыт общения с более широким кругом людей» [41, с. 91].

Можно использовать куклотерапию. Сначала ситуация общения проигрывается при помощи кукол, затем навык отрабатывается в группе и взаимодействие происходит между участниками без использования кукол.

Развивающие игры и упражнения способствуют формированию действий по правилам; развитию памяти, восприятия, воображения, эмоциональной сферы, социального взаимодействия.

Обсуждение сказок, историй, ситуации направлено на создание и комбинирование новых образов, на развитие речи, воображения и фантазии, целостности и законченности повествования, эмоциональности.

Психогимнастические упражнения развивают гибкость, плавность в движениях, общую и зрительно-моторную координацию, ориентировку в пространстве.

Телесно-ориентированные игры влияют на управление собственным телом, способствуют развитию ощущения собственного тела в пространстве.

Экспрессивные этюды. У детей с нарушениями зрения часто отсутствуют, или слабо развиты неречевые формы общения. Для них характерно отсутствие выразительной мимики, жестов, поз, поэтому данный этап совместной деятельности подкрепляется речевым сопровождением. Слово этот процесс уточняет, корректирует, направляет, способствует более полному и точному отражению предметного мира, снимая и фрагментарность, и искаженность его восприятия.

У слепых детей может развиваться боязнь пространства, новых людей, неуверенность в себе. Поэтому при работе с этой категорией детей важно уметь организовать ситуацию успеха, предоставить возможность побыть лидером. При похвале слепого ребенка лучше делать это словесно, при этом хорошо положить руку на плечо или погладить его.

Дети, имеющие нарушения слуха, имеют проблемы в области речевого развития: недостаточное владение звуковым составом слова, ограниченным словарным запасом, непониманием переносного смысла слов и выражений. Поэтому на уроке важно обеспечить зрительное восприятие речи глухим или слабослышащим обучающимся. Особую функцию выполняет письменная речь.

На уроке учитель может использовать различные методы для развития лексико-семантического развития детей с нарушенным слухом. Например, наглядные: создание ситуаций, демонстрация фильмов, использование предметов и макетов и др. Вербальные методы предполагают такие задания, как подбор синонимов, перефразирование, морфологический анализ слова, подбор определений и др. Возможно применение смешанного метода, когда в задании используются наглядные и вербальные приемы одновременно.

Начиная с первого класса у школьников с нарушенным слухом развивают диалогическую форму речи, что способствует их успешному общению с окружающими. Для этого учитель может использовать различные задания: повторение учеником фраз учителя или одноклассников; повторение того, что уже произошло; придумывание ребенком реплик к различным ситуациям; подбор предложений к картинке; составление текста к иллюстрации; самостоятельное чтение текста, его анализ и пересказ и т.п.

Таким образом, основными принципами коррекционно-педагогической работы с детьми с сенсорными нарушениями являются:

- широкое применение наглядности, адаптируемой к условиям восприятия (зрительного или осязательного);
- использование оптических и аудиальных средств коррекции зрительного и слухового восприятия;
- проведение специальной работы по ознакомлению с окружающим миром (экскурсии, наблюдения) при регулирующей роли речи как средства компенсации слепоты и слабовидения;
- развитие предметно-практических действий на основе поэтапного, пооперационного выполнения заданий (ручной труд, конструирование, лепка, аппликация и др.);
- организация преемственности между обучением в детском саду и школах, между общественным и семейным воспитанием.

#### Вопросы для самопроверки

1. В чем заключается специфика работы с детьми с сенсорными нарушениями?
2. Какие методы психокоррекции целесообразно использовать при работе с детьми с сенсорными нарушениями?

### 3.3. Работа с детьми с церебральным параличом

Психологическая помощь детям и подросткам с церебральным параличом – сложная система реабилитационных воздействий, направленная на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности больного с ДЦП, формирование системы ценностных установок и ориентации, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим возможностям больного ребенка [24].

Психолого-педагогическая коррекция отклонений в психическом развитии у детей с ДЦП должна носить систематический, целенаправленный, организованный и комплексный характер, т.е. в ней должны участвовать специалисты различного профиля, что обеспечит коррекцию и развитие ребенка во всех направлениях. Нужно начинать работать с таким ребенком как можно раньше, с учетом возрастных и индивидуальных особенностей.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы с детьми с церебральным параличом являются:

- развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими;
- стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, кинестетического восприятия). Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений;
- развитие предпосылок к интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, воображения);
- формирование математических представлений;
- развитие зрительно-моторной координации и функциональных возможностей кисти и пальцев; подготовка к овладению письмом;
- воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Психическое развитие детей с ДЦП разнообразно и индивидуально (от нормы до УО и т.п.), что в свою очередь определяет методы, способы и направления психокоррекционного воздействия на такого ребенка. Так, в детском

возрасте развитие зрительного восприятия направлено на увеличение подвижности глазных яблок, плавности прослеживания за движущимся предметом, устойчивости фиксации взгляда при изменении положения головы и туловища, формирование плавного прослеживания глазами при неизменном положении головы. Эти упражнения проводят с использованием ярких озвученных игрушек. Дальнейшее развитие слухового внимания идет в направлении формирования умения локализовать звуки в пространстве и воспринимать различия в интонациях голоса взрослого. С этой целью вызывают сосредоточение на звуках, адекватных для данного ребенка (громкие, тихие, высокие, низкие). Звуковыми раздражителями являются игрушки различного качества звучания [25].

Дети с ДЦП сенсорно сверхчувствительны, поэтому о всяких изменениях положения их тела (подвинуть стул, например) нужно предупреждать и при этом находиться в поле зрения.

Особо важное направление в психокоррекционной работе с детьми с ДЦП – это коррекция эмоциональных нарушений, которые могут быть вызваны как органическим поражением центральной нервной системы (неврозоподобные и психопатоподобные нарушения), так и социальными факторами (гиперопека, гипоопека, социальная депривация). Возможно также тяжелое переживание своего дефекта, особенно в подростковом возрасте.

Такие случаи требуют обязательной помощи специалиста как самому ребенку, так и родителям, другим членам семьи. С этой целью используются основные методы: игротерапия, арт-терапия, психоанализ, метод десенсибилизации, аутогенная тренировка, поведенческий тренинг.

При удовлетворительных интеллектуальных и физических возможностях ребенка психокоррекцию можно проводить в форме сюжетно-ролевой игры, которая будет полезна и при нарушении поведения, и при выраженном внутриличностном конфликте.

При неудовлетворительном интеллекте и/или физическом недоразвитии ребенка с ДЦП можно применять игры-драматизации или работу со сказкой, когда

проигрывается знакомый сюжет. В таком случае, обязательно должна присутствовать предварительная работа с ребенком, когда психолог обсуждает содержание сказки по заранее подготовленным вопросам. Это делается для того, чтобы ребенок смог воссоздать образы сказочных героев и проявить к ним эмоциональное отношение. В дальнейшем ребенок входит в роль, ассоциируя себя с каким-либо персонажем, перенося на него свои отрицательные черты и переживания.

Хороший коррекционный эффект имеет рисование. Однако здесь важно учитывать, что у многих детей с ДЦП первый опыт рисования связан с негативными эмоциями, поскольку имеющийся дефект не позволяет им воплотить задуманное на листе в соответствии с идеей: изображение может получиться корявым, неровным, непривлекательным и т.д. К тому же многие дети с ДЦП из-за недифференцированного цветового восприятия используют в своей работе только четыре основных цвета (красный, синий, желтый, зеленый) и не различают их оттенков. Они затрудняются воплотить на бумаге не только в целом сюжет, но и человека (тело) и животных.

Поэтому такие занятия необходимо предварять специальными занятиями, направленными на развитие воображения, восприятие пространства, знакомство с материалами и техниками рисования и др. На этом этапе ребенка учат правильной позе, формируют правильный захват и удержание карандаша и кисти, обучают правильному закрашиванию листа (шаблона, трафарета).

Поскольку у детей с ДЦП имеются двигательные нарушения, не развита мелкая моторика и т.п. помимо традиционных эффективным является использование нетрадиционных техник: рисование пальцем и ладошками; отпечаток (пробкой, картошкой, мятой бумагой и т.д.); тычок жесткой кистью; рисование мелками, песком, манкой; кляксография; пластилинография и др. [26].

Значительное место в коррекционной работе при ДЦП отводится логопедической работе. При логопедическом обследовании детей с церебральным параличом речевая моторика, особенности нарушений дыхания и фонации оцениваются в соответствии с общими моторными возможностями; проводится

тщательный анализ тех позиций, движений и положений, которые могут облегчать или, наоборот, утяжелять речевую деятельность. Особое внимание обращают на общие моторные возможности ребенка: удержание головы, возможность ее поворотов в стороны, возможность сидения, захвата игрушки, выделение ведущей руки, возможность пальцевого захвата и т.д.

Логопедическое обследование ребенка с церебральным параличом проводится в динамике и сопоставляется с динамикой его моторного развития. В задачу учителя-логопеда входит изучение и преодоление не только речевых, но и других нарушений развития. Система логопедической работы с детьми с церебральными параличами включает:

- развитие и коррекцию слухового восприятия,
- развитие и коррекцию зрительного восприятия,
- развитие и коррекцию речеслухового и речедвигательного анализаторов.

Логопедическая работа строится с учетом возраста ребенка, тяжести поражения артикуляционного аппарата, степени задержки доречевого и речевого развития, возрастных и интеллектуальных особенностей ребенка, общего соматического и неврологического состояния.

Занятия длятся 10-15 минут и носят индивидуальный характер. С целью нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата проводится логопедический массаж. На увеличение объема и силы выдоха с последующей его вокализацией направлены дыхательные упражнения в форме пассивной дыхательной гимнастики для тренировки глубины и ритмичности дыхания.

#### Вопросы для самопроверки

1. Какие направления коррекционно-педагогической работы с детьми с церебральным параличом вы можете выделить?
2. В чем заключается специфика логопедической работы с детьми с церебральным параличом?

### 3.4. Работа с детьми-аутистами

В отечественной и зарубежной дефектологии разработаны большое количество психокоррекционных техник для работы с детьми-аутистами.

Психологическая коррекция направлена, прежде всего, на преодоление негативизма и установление контакта с аутичным ребенком, сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, беспокойства, страхов, а также отрицательных аффективных форм поведения: влечений, агрессии. При этом одной из главных задач психологической коррекции является преимущественная ориентация на сохранные резервы аффективной сферы с целью достижения общего расслабления, снятия патологического напряжения, уменьшения тревоги и страхов с одновременным увеличением произвольной активности ребенка. С этой целью используются различные приемы аутотренинга.

Особенно важное значение имеет установление контакта с аутичным ребенком, активация его психической деятельности и произвольно регулируемых форм поведения. Для решения этих задач особо важное значение имеют специальные игротерапевтические занятия.

Дети с аутизмом отличаются крайне низкой произвольной психической активностью, что затрудняет проведение с ними педагогических коррекционных занятий. Поэтому необходимо применение ряда психолого-педагогических коррекционных приемов, направленных на стимуляцию произвольной психической активности ребенка. Для усиления психической активности в ситуацию игровых занятий полезно вводить дополнительные яркие впечатления в виде музыки, ритмики, пения.

Арт-терапия – один из наиболее эффективных методов терапии аутичных детей, который представляет собой совокупность психокоррекционных методик, имеющих различия и особенности, определяющиеся как жанровой принадлежностью к определенному виду искусства, так и направленностью, технологией психокоррекционного лечебного применения. Изобразительная деятельность помогает снизить у ребенка эмоциональное напряжение и создать

ощущение большего комфорта, что способствует повышению его толерантности к психотерапевтическим отношениям. Данный подход позволяет снижать тревожность и делает ребенка более открытым для контакта со специалистом.

Арт-терапевтические занятия проводятся как в групповой, так и в индивидуальной формах. На индивидуальных занятиях применяются методики, разрабатываемые индивидуально для каждого ребенка в соответствии с его особенностями. Эти методики направлены на развитие в первую очередь воображения, социальных и вербальных навыков, мелкой моторики, внимания, навыков рисования, а ведь именно этот навык лежит в основе умения писать. Для обучения их этому можно использовать программу ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии Университета Маккуэри, Сидней. На групповых занятиях используются методики Николь Мартин (Nicole Martin) – квалифицированного американского терапевта, специализирующейся на арт-терапии с аутистами.

Арт-занятия продолжительностью от 10 до 30 минут проводятся один раз в неделю, выбор материала для работы с каждым ребенком индивидуален.

Подвести ребенка к работе с материалами арт-терапии можно несколькими способами: дать инструкцию, если установлен доверительный контакт; показать рисунки других детей, если контакт только устанавливается и ребенок сохраняет явную тревогу, зажат; показать ребенку манеры действий с материалом или совместные действия; подобрать задания, сами собой предполагающие «свободную» манеру действий с материалами (например, любой вариант техники монотипии или рисование на мокрой бумаге) [1].

За рубежом наибольших успехов в области социально-бытовой реабилитации людей с аутизмом достигли сторонники поведенческой терапии, усилия которых направлены на формирование независимости и самостоятельности ребенка в его повседневном поведении. Можно выделить два крупных направления в рамках поведенческой терапии: оперантное поведение и обучение по программе ТЕАССН (Teaching children with Autism to Mind-Read).

Оперантное обучение направлено на тренинг социально-бытового поведения через отработку отдельных операций с их последующим объединением. На первом этапе обучения особое внимание уделяется формированию способности ребенка сосредотачиваться на задании и следовать инструкции взрослого. Благодаря гибкой системе подкреплений удается закрепить желаемое поведение и уменьшить нежелательное и деструктивное поведение. Однако сохраняются трудности переноса сформированных навыков на внеучебную обстановку и зависимость от взрослого, осуществляющего подкрепление соответствующего поведения.

Обучение по программе ТЕАССН направлено на облегчение социально-бытовой адаптации аутичного человека с помощью зрительной организации внешней среды. Первичный акцент делается на формировании способности ребенка оставаться на своем месте и сосредотачиваться на задании. Подобное поведение называется рабочим, т.к. является предпосылкой для самостоятельной, независимой от взрослого деятельности аутичного ребенка.

АВА («Applied behavior analysis») – методика модификации поведения, подходит для тяжелых форм аутизма (в России не применяется). Каждое действие разучивается с ребенком отдельно, затем действия соединяются в цепь, образуя сложное действие. Взрослый не пытается давать инициативу ребенку, а достаточно жестко управляет его деятельностью. Правильные действия закрепляются до автоматизма, неправильные – строго пресекаются. Педагогом выстраивается четкая система усложнения и поэтапного освоения все новых и новых навыков [12].

Один из методов, применяемых для развития коммуникативных навыков у аутистов, «Томатис», был разработан в середине XX в. французским врачом-отоларингологом А. Томатисом и определяется как педагогика слушания. Ученый рассматривал слушание как способность нервной системы использовать звуковой сигнал в целях обучения и коммуникации, вовлекая в данный процесс тело и эмоции. Реализация данного метода предполагает обязательное использование «электронного уха», которое тренирует мышцы среднего уха. В

качестве музыкальной поддержки используется музыка, проработанная в лаборатории «Томатис». Дети-аутисты, с которыми работали по этой методике, начали инициировать визуальный контакт, более точно выполнять инструкции, не сопровождающиеся указанием, меньше использовать для инициации контакта неречевые звуки (частое дыхание, пощелкивание языком и т. п.), стали обращать внимание на других детей и с удовольствием наблюдать за их действиями, появилось желание контактировать [13].

Еще одним методом, применяемым при работе с детьми-аутистами, служит холдинг-терапия, предложенная М. Велч. Метод неоднозначный по содержанию, поэтому имеет как своих сторонников, так и большое количество противников. В России почти не применяется. Содержание процедуры сводится к следующему: мать усаживает ребенка на колени лицом к себе. Ее задача – удержать ребенка как можно дольше, глядя ему в глаза, глядя его и говоря с ним. Рядом в помещении должен находиться отец (дедушка, бабушка), способные при необходимости оказать помощь в удержании ребенка.

Аутистам свойственно во время процедуры кричать, плевать, кусаться, выскальзывать из объятий и др. Однако важно не выпускать ребенка из рук. Окончание сеанса наступает, когда аутист успокаивается, обессиленный. Желательно проводить эту процедуру каждый день, не менее 6 месяцев. Сначала обязательно под присмотром специалиста [29].

В России Институтом коррекционной педагогики РАО (М.М. Либлинг и др.) классический вариант холдинг-терапии был модифицирован и получил название «Игровая холдинг-терапия». В ее основе лежит игра как форма работы с ребенком. Во время сеанса родители не просто удерживают ребенка на коленях, а обязательно играют с ним: поют песни, потешки, рассказывают стихи, используют пальчиковые игры и т.п. Основная цель такой работы – вызвать у ребенка желание подражать, а следовательно, развитие эмоционального контакта, взаимодействия, понимания эмоционального смысла происходящего [18].

Также, используя западный опыт, специалисты Института коррекционной педагогики РАО в сочетании с отечественными принципами предложили свой метод работы с аутичными детьми.

Первыми шагами в процессе обучения служат установление контакта с ребенком, исследования его возможностей, особенностей и интересов ребенка по общей организации его поведения. При формировании установки у ребенка на выполнение требований взрослого и заинтересованности ребенка в этом выполнении вначале часто приходится использовать простейшие потребности ребенка; так, например, если он хочет пить, можно его попросить сначала сесть на стул.

Наблюдения поведенческих терапевтов показывают, что лучше всего закрепляется поведение, которое награждается не каждый раз, а время от времени. Трудности в адаптации аутичного ребенка часто связаны со страхами (воды, шума и др.). В российском подходе отдают предпочтение «скрытой психодраме». Пугающий объект при этом представляется смешным или необходимым для достижения важной для ребенка цели в игровой ситуации.

При формировании стереотипов бытового поведения необходимо сначала подключать ребенка к самым легким операциям, подчеркивая, как хорошо и ловко все получается, какой он сильный, как быстро одевается, аккуратно ест и т.д.

Прежде чем начать обучение, необходимо тщательно продумать схему действий, выбрать наиболее удобную и простую последовательность действий для конкретной ситуации. Например, при умывании найти удобное место для мыла, зубной щетки, какой рукой лучше брать щетку, какой – пасту.

Важную роль играет пространственная и временная организация занятия и распорядка для аутичного ребенка. Необходимо подобрать удобные, подходящие по росту стол и стул, стол расположить так, чтобы ничто не отвлекало его внимание, и, наоборот, чтобы выделялись предметы, на которые вам хотелось бы обратить его внимание.

Важен ритм занятия. Аутичный ребенок способен очень недолго оставаться в ситуации, когда от него требуется произвольное внимание и выполнение произвольных действий. Тренировки могут быть первое время очень короткими (3-5 мин.), но необходимо, чтобы ребенок сразу испытал успех.

Уменьшению тревожности, упорядочиванию поведения ребенка с аутизмом способствует и временная организация его жизни. Четкий распорядок дня, семейные привычки и традиции, если последовательность событий предсказуема, должны неукоснительно соблюдаться, повторяясь изо дня в день (еда, прогулка, сон и т.д.)

#### Вопросы для самопроверки

1. Какие технологии и программы используются при работе с детьми-аутистами в России и за рубежом?
2. Какова специфика работы с детьми-аутистами?

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антонова Т.С. Особенности использования арт-терапевтических методик в коррекционной работе с детьми с расстройством аутистического спектра // Сибирский вестник специального образования. – 2014. – № 1(13). – С. 55-57.
2. Басова А.Г., Егоров С.Ф. История сурдопедагогики. – М.: Просвещение, 1984. – 295 с.
3. Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети. – М.: Советский спорт, 2004. – 304 с.
4. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1973. – 176 с.
5. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.
6. Гаджимагомедова Т.Г. Проблемы познавательной деятельности детей с ЗПР // Сибирский педагогический журнал. – 2007. – № 13. – С. 300-307.
7. Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И. Дефектология // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2002. – № 5. Специальная педагогика и психология. К вопросу о терминологии. – URL: <https://alldf.ru/ru/articles/almanah-5/defektologija>.
8. Дубровина Н.И. Комплексный подход к психологической коррекции дошкольников с ЗПР // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2012. – № 25-1. – С. 56-61.
9. Ермакова Е.А. Использование ролевой игры для формирования коммуникативных навыков у подростков с двойным сенсорным нарушением [Электронный ресурс]. – URL: [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_19553871\\_49012124.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_19553871_49012124.pdf).
10. Замский Х.С. История олигофренопедагогики. – М.: Просвещение, 1980. – 398 с.
11. Захарова Е.А. Психологические особенности восприятия младших школьников с задержкой психического развития и общим недоразвитием речи: Дис. ... канд. психол. наук. – Нижний Новгород, 2011. – 176 с.

12. Карашук Л.Н, Разживина М.И. Проблема аутизма в современном мире // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2014. – № 1(4). – С. 29-35.
13. Каширина С.В. Применение метода «Томатис» в работе с детьми с аутизмом // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии. – 2011. – С. 79-81. – URL: [http://psyjournals.ru/inclusive\\_edu/issue/44037\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/inclusive_edu/issue/44037_full.shtml).
14. Кошелева Е.А. Психологические особенности глухих и слабослышащих людей и их проявления в общении // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2012. – Т. 14. – № 2 (3). – С. 672-675.
15. Кузнецова М.В., Буравлева Н.А. Развитие восприятия дошкольников с нарушениями зрения в условиях сенсорной комнаты // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2012. – № 4 (1). – С. 165-169.
16. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Дефектология. – 2006. – № 3. – С. 15-27.
17. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М.: Академия, 2003. – 144 с.
18. Либлинг М.М. Игровая холдинг терапия при аутизме: методические особенности и этические аспекты применения // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2018. – № 19. Детский аутизм: пути понимания и помощи. – URL: <https://alldf.ru/ru/articles/almanah-19/igrovaja-holding-terapija-pri-autizme-page2>.
19. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих. – СПб.: КАРО, 2006. – 336 с.
20. Лихачева Н.Л. Коррекционная работа с умственно-отсталыми школьниками [Электронный ресурс]. – URL: <http://ravnovesie45.ru/index.php/zdorove-i-lechenie/28-korreksionnaya-rabota-s-umstvenno-otstalymi-shkolnikami?showall=1&limitstart=>.
21. Малофеев Н.Н. Постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпросов» и развитие специальной школы // Альманах Института

коррекционной педагогики. – 2011. – № 15. Интеграция, инклюзия и развитие системы специального образования. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-15/postanovlenie-ck-vkpb-o-pedologicheskikh>.

22. Малофеев Н.Н. Современное состояние коррекционной педагогики // Дефектология. – 1996. – № 1. – С. 3-10.

23. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития // Дефектология. – 1997. – № 4. – С. 3-15.

24. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220 с.

25. Мельник Г.В. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе [Электронный ресурс]. – URL: <http://logoport.ru/statuya-16430/html>.

26. Мельничук И.С. Использование нетрадиционных техник рисования в развитии детей с детским церебральным параличом (ДЦП) [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-netraditsionnyh-tehnik-risovaniya-v-razviti-detej-s-detskim-tserebralnym-paralichom-dtsp>.

27. Мухортова Д.Д. Тифлопедагогика, история развития от начала и до нашего времени // Образование и воспитание. – 2016. – №1. – С. 14-16.

28. Никольская О.С. Психологическая классификация детского аутизма // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – № 18. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/psihologicheskaja-klassifikacija-detskogo-autizma>.

29. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2017. – 288 с.

30. Никольская О.С., Веденина М.Ю. Особенности психического развития детей с аутизмом // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – № 18. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/osobennosti-psihicheskogo-razvitija-detej-s-146>.

31. Новикова Н.С., Телегина Н.В. Система работы с детьми с ЗПР в условиях детского сада // Научный поиск. – 2012. – № 4-5. – С. 39-42.

32. О введении ФГОС ОБЗ: Письмо Минобрнауки России от 11.03.2016 № ВК-452/07 [Электронный ресурс]. – URL: <https://минобрнауки.рф/документы/8021>.

33. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья: Федеральный закон от 30.06.2007 № 120-ФЗ // Российская газета – 2014. – 5 дек.

34. О коррекционном и инклюзивном образовании: Письмо Минобрнауки России от 07.06.2013 № ИР-535/07 [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_157999/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_157999/).

35. Об образовании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ // Российская газета. – 2012. – 31 дек.

36. О приеме на обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья: Письмо Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 16.04.2015 № 01-50-174/07-1968 [Электронный ресурс]. – URL: [http://obrnadzor.gov.ru/common/upload/doc\\_list/19102.pdf](http://obrnadzor.gov.ru/common/upload/doc_list/19102.pdf).

37. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями): Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1599 [Электронный ресурс]. – URL: [https://минобрнауки.рф/документы/5133/файл/4069/Prikaz\\_No\\_1599\\_ot\\_19.12.2014.pdf](https://минобрнауки.рф/документы/5133/файл/4069/Prikaz_No_1599_ot_19.12.2014.pdf).

38. Сорокин В.М. Специальная психология. – СПб.: Питер, 2003. – 216 с.

39. Специальная педагогика / под ред. Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2005. – 400 с.

40. Специальная психология / под ред. В.И. Лубовского. – М.: Академия, 2005. – 464 с.

41. Хохлова А.Ю., Дианова М.В. Групповой тренинг общения для молодых людей, имеющих сочетанные нарушения зрения и слуха // Клиническая и специальная психология. – 2018. – Т. 7. – № 1. – С. 91-103. – URL: [http://psyjournals.ru/files/92196/cpse\\_2018\\_n1\\_Hohlova.pdf](http://psyjournals.ru/files/92196/cpse_2018_n1_Hohlova.pdf).

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### Список нормативных документов в сфере образования обучающихся с ОВЗ

№	Наименование
1	Письмо Минобрнауки России от 10.12.2012 №07-832 «О методических рекомендациях по организации обучения на дому детей-инвалидов с использованием дистанционных образовательных технологий»
2	Письмо Минобрнауки России от 07.06.2013 № ИР-535/07 «О коррекционном и инклюзивном образовании»
3	Приказ Минобрнауки России от 30.08.2013 № 1015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования»
4	Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»
5	Письмо Минобрнауки России от 18.03.2014 № 06-281 «О направлении Требований» (вместе с «Требованиями к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе оснащённости образовательного процесса»)
6	Письмо Минобрнауки России от 09.04.2014 №НТ-392/07 «Об итоговой аттестации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»
7	Письмо Минобрнауки России от 20.08.2014 № ВК-1748/07 «О государственной аккредитации образовательной деятельности по образовательным программам, адаптированным для обучения лиц с умственной отсталостью»
8	Письмо Минобрнауки России от 13.11.2014 №ВК-2422/07 «О сохранении сети отдельных организаций, осуществляющих образовательную деятельность по АООП»
9	Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»
10	Письмо Минобрнауки России от 10.02.2015 № ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»
11	Письмо Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 16.04.2015 № 01-50-174/07-1968 «О приеме на обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья»
12	Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 10.07.2015 № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»
13	Приказ Минобрнауки России от 9.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»
14	Письмо Рособрназора от 9.12.2015 № 10-51-532/10-3417 «По вопросам государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования»

15	Приказ Минобрнауки России от 31.12.2015 № 1578 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт среднего общего образования, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 413»
16	Приказ Минобрнауки России от 31.12.2015 №1577 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 декабря 2010 г. № 1897»
17	Письмо Минобрнауки России от 13.01.2016 № ВК-15/07 «О направлении Методических рекомендаций»
18	Межведомственный комплексный план МТ РФ и МОиН РФ от 01.02.2016 № ЛОВЗ-07 «План мероприятий по вопросам развития системы профессиональной ориентации детей-инвалидов и лиц с ОВЗ на 2016-2020»
19	Минобрнауки России от 12.02.2016 № ВК-270/07 «Об обеспечении условий доступности для инвалидов объектов и услуг в сфере образования»
20	Письмо Минобрнауки России от 19.02.2016 № 07-719 «О подготовке к введению ФГОС ОВЗ»
21	Письмо Минобрнауки России от 11.03.2016 № ВК-452/07 «О введении ФГОС ОВЗ»
22	Письмо Минобрнауки России от 29.03.2016 № ВК-641/09 «О направлении методических рекомендаций»
23	Письмо Минобрнауки России от 11.08.2016 № ВК-1788/07 «Об организации образования обучающихся с умственной отсталостью»
24	Приказ Минтруда России от 10.01.2017 N 10н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области воспитания», в том числе профессиональный стандарт тьютора»
25	Письмо Министерства образования и науки РФ от 20.02.2017 №07-818 «Методические рекомендации по организации обучения учащихся по ФГОС ОВЗ»
26	Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12.04.2017 № 351н «Об утверждении профессионального стандарта «Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья»

**Тестовые задания по дисциплине**

**1. Специальная педагогика – это:**

- а) искусство воздействия воспитателя на воспитанника с целью формирования его мировоззрения;
- б) теория и практика специального (особого) образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств, затруднительно или невозможно;
- в) наука о воспитании, образовании и обучении людей;
- г) наука о сущности, закономерностях, принципах, методах и формах обучения и воспитания человека.

**2. В качестве предмета специальной педагогики выступает:**

- а) теория и практика специального образования;
- б) педагогический процесс, т. е. процесс обучения и воспитания человека как особая функция общества, реализуемая в условиях той или иной педагогической системы;
- в) человек, испытывающий соответствующее воздействие;
- г) психические особенности ребенка в ОВЗ.

**3. Объектом специальной педагогики является:**

- а) специальное образование лиц с особыми образовательными потребностями;
- б) специальное образование лиц с одаренностью;
- в) специальное образование лиц с психическими нарушениями;
- г) специальное образование лиц с хроническими соматическими заболеваниями.

**4. Технологический компонент в проектировании индивидуального образовательного маршрута обучающегося/воспитанника с ОВЗ включает в себя:**

- а) постановку целей, определение задач образовательной работы;
- б) определение системы диагностического сопровождения, развитие эмоционально-волевой сферы ребенка;
- в) определение используемых педагогических технологий, методов, методик, систем обучения и воспитания с учетом особенностей ребенка.

**5. Утверждение о том, что каждый человек независимо от его особенностей должен быть включенным в образовательный процесс, соответствует принципу:**

- а) ранней педагогической помощи;
- б) педагогического оптимизма;
- в) коррекционно-компенсирующей направленности образования;
- г) дифференцированного подхода.

**6. основополагающим в дефектологии является заключение \_\_\_\_\_ о том, что развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка.**

- а) Л.И. Божович;
- б) П.Я. Гальперина;
- в) Л.С. Выготского;
- г) Б.В. Зейгарник.

**7. Статья Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации», в которой говорится об организации получения образования обучающимися с ОВЗ, – это:**

- а) статья 83;
- б) статья 79;
- в) статья 34;
- г) статья 44.

**8. Для успешности коррекционной работы и повышения качества знаний обучающихся с ОВЗ необходимо соблюдать принцип:**

- а) комплексного воспитания;
- б) воспитывающей и развивающей направленности обучения;
- в) целенаправленности;
- г) коррекции снизу вверх.

**9. Программа, которая содержит задачи, решение которых доступно ребенку в ближайшее время, называется:**

- а) индивидуальная коррекционно-развивающая;
- б) парциальная программа развития;
- в) общеразвивающая программа;
- г) коррекционно-развивающая.

**10. Система специальных и общепедагогических мер, направленных на ослабление или преодоление недостатков психофизического развития, определяется как:**

- а) компенсация;
- б) коррекция;
- в) адаптация;
- г) абилитация.

**11. Целями коррекционного обучения являются:**

- а) всестороннее развитие психических и физических качеств детей, развитие интересов, способностей, мышления, внимания, воображения, памяти, чувств, воли, познавательных и практических умений;
- б) обеспечение необходимого уровня усвоения систематизированных знаний о природе, обществе, технике, культуре, которые обусловят адаптацию учащихся к дальнейшему обучению и жизни;
- в) образовательная, коррекционная, воспитательная;
- г) максимальная социализация ребенка с ОВЗ в обществе.

**12. Целью социального сопровождения индивидуального образовательного маршрута обучающегося/воспитанника с ОВЗ является:**

- а) формирование привычек здорового образа жизни, оздоровление, профилактика заболеваний;
- б) ознакомление с правами человека, развитие навыков и достижение социальной компетенции и правового поведения, интеграция в современное общество;
- в) освоение духовно-нравственных ценностей и национального культурно-исторического наследия;
- г) наблюдение и контроль за обучением и воспитанием.

**13. Педагогическая диагностика обучающихся/воспитанников с ОВЗ является процессом:**

- а) коллективным;
- б) индивидуальным;
- в) микрогрупповым;
- г) групповым.

**14. Коррекционная работа педагога направлена:**

- а) на содействие активному познанию учеником своего окружения и умению функционировать в нем;
- б) на привитие основных навыков самообслуживания, приучение к выполнению распорядка дня;
- в) на обучение навыкам анализа происходящего в окружающем ребенка мире и способам самореализации;
- г) на все перечисленное.

**15. Коррекционно-воспитательная работа – это:**

- а) замещение или перестройка нарушенных функций организма;

- б) система специальных педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков развития аномальных детей;
- в) специальные упражнения, развивающие познавательные процессы;
- г) целенаправленное организованное воздействие на личность растущего человека в условиях инклюзивного образования.

**16. Педагогическая наука, занимающаяся изучением вопросов воспитания и обучения умственно отсталых детей, – это:**

- а) сурдопедагогика;
- б) логопедия;
- в) олигофренопедагогика;
- г) тифлопедагогика.

**17. Для детей с задержкой психического развития характерны:**

- а) задержка речевого развития и нарушение коммуникативной функции речи;
- б) двигательные расстройства;
- в) незрелость эмоционально-волевой сферы и недоразвитие познавательной деятельности;
- г) одиночество и стереотипность в поведении.

**18. Сурдопедагогика – составная часть специальной педагогики, представляющая собой систему научных знаний об образовании лиц с нарушениями:**

- а) зрения;
- б) слуха;
- в) познавательной деятельности;
- г) речи.

**19. Для детей с церебральным параличом характерны расстройства:**

- а) эмоционально-волевой сферы;
- б) познавательной деятельности;
- в) сенсорных эталонов;
- г) мотивационно-волевой сферы.

**20. Тифлопедагогика – это наука о воспитании и обучении лиц с нарушениями:**

- а) опорно-двигательного аппарата;
- б) зрения;
- в) речи;
- г) слуха.

**21. Под термином «аутизм» понимают:**

- а) отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой;
- б) стойкое необратимое нарушение психического (в первую очередь, интеллектуального) развития, связанное с органически обусловленным недоразвитием либо ранним повреждением головного мозга;
- в) замедление нормального темпа психического созревания по сравнению с принятыми возрастными нормами;
- г) непрогредиентное психическое нарушение неустановленной этиологии.

**22. В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья – это:**

- а) дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности вследствие заболевания или травм, приводящие к социальной дезадаптации, нарушению способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучением, общением;
- б) физические лица, имеющие недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, препятствующие получению образования без создания специальных условий;

в) физические лица, имеющие недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий;

г) физическое лицо, нуждающееся в создании специальных образовательных условий при освоении образовательной программы.

**23. В соответствии со ст. 2 Федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц, – это:**

- а) адаптированная основная образовательная программа;
- б) адаптированная образовательная программа;
- в) адаптированная основная общеобразовательная программа;
- г) адаптированная программа коррекционно-развивающей работы.

**24. Вид сопровождения ребенка с ОВЗ целью которого является коррекция и психопрофилактика его личностной (эмоциональной, волевой, познавательной, поведенческой) сферы, – это:**

- а) логопедическое сопровождение;
- б) социальное сопровождение;
- в) медицинское сопровождение;
- г) психологическое сопровождение.

**25. В соответствии со ст. 79 Федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» образование обучающихся с ОВЗ:**

- а) должно быть организовано в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам;
- б) может быть организовано как в отдельных классах, группах, так и в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность;
- в) может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность;
- г) должно быть организовано совместно с другими обучающимися или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в соответствии с заключением ПМПК.

**26. Под инклюзивным обучением понимают:**

- а) обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей;
- б) обучение школьников с ОВЗ в общеобразовательных организациях;
- в) обучение ребенка с особыми образовательными потребностями в специальной школе;
- г) обучение детей с ОВЗ по адаптированным образовательным программам.

**27. Утверждения, которые характеризуют психолого-медико-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ, – это:**

- а) осуществление индивидуально ориентированной психолого-медико-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья с учётом особенностей психического и (или) физического развития, индивидуальных возможностей детей (в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии);
- б) определение особенностей организации образовательного процесса для детей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с индивидуальными особенностями каждого ребёнка, структурой нарушения развития и степенью его выраженности;
- в) определение кадровых условий реализации адаптированной основной образовательной программы и кадровых требований к специалистам.

**28. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ОВЗ и Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями):**

- а) применяются ко всем обучающимся с ОВЗ уровня начального общего образования;
- б) применяются ко всем обучающимся с ОВЗ;
- в) применяются ко всем обучающимся с ОВЗ, вновь прибывшим в образовательную организацию;
- г) применяются к правоотношениям, возникшим с 1 сентября 2016 года.

**29. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ОВЗ представляет собой совокупность обязательных требований при реализации:**

- а) адаптированных образовательных программ начального общего образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность;
- б) адаптированных основных общеобразовательных программ начального общего образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность;
- в) адаптированных основных и дополнительных образовательных программ в организациях, осуществляющих образовательную деятельность;
- г) основных общеобразовательных программ начального общего образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

**30. Основой для определения варианта адаптированной образовательной программы для обучающегося с ОВЗ выступают:**

- а) рекомендации ПМПК, сформулированные по результатам комплексного обследования ребенка;
- б) письменное заявление родителей (законных представителей) ребенка;
- в) выбор самого ребенка;
- г) рекомендации ПМПК, сформулированные по результатам собеседования с родителями (законными представителями) ребенка.

**31. Документ, разрабатываемый специалистами школы, который определяет объем и формы организации обучения ребенка с ОВЗ, – это:**

- а) адаптированная основная общеобразовательная программа;
- б) индивидуальная образовательная программа;
- в) индивидуальный учебный план;
- г) индивидуальная программа реабилитации или абилитации.

**32. В соответствии со ст. 79 Федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» под специальными условиями для получения образования обучающимися с ОВЗ понимается:**

- а) использование специальных образовательных программ, методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов; использование технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования;
- б) предоставление услуг ассистента (помощника); проведение групповых и индивидуальных учебных занятий; использование дополнительных предпрофессиональных программ; обеспечение доступа в здания организаций;
- в) все ответы верны;
- г) нет правильного ответа.

**33. Основной критерий эффективного психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ – это:**

- а) освоение образовательной программы в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта;
- б) освоение адаптированной основной общеобразовательной программы и социально-психологическая адаптация ребенка;
- в) полное удовлетворение запросов родителей;

- г) овладение ребенком с ОВЗ предпрофессиональным уровнем знаний.

**34. Рекомендации по созданию специальных образовательных условий для ребенка с ОВЗ, на основе которых строится его обучение, разрабатывает:**

- а) психолого-педагогический консилиум;
- б) бюро медико-социальной экспертизы;
- в) психолого-медико-педагогическая комиссия;
- г) образовательная организация, в которой обучается ребенок.

**35. Индивидуальный образовательный маршрут для детей с ОВЗ и инвалидностью предполагает:**

- а) создание специальных условий;
- б) разработку специальных методов обучения и программ;
- в) специальный подбор преподавателей;
- г) все ответы верны.

**36. Индивидуальный образовательный маршрут строится с учетом:**

- а) индивидуальных особенностей ученика с ОВЗ, инвалидностью;
- б) уровня подготовки педагогов;
- в) занятости родителей;
- г) технических возможностей образовательной организации.

**37. Основной установкой учителя, реализующего инклюзивную практику, является тезис о том, что:**

- а) каждый ребенок способен учиться при создании тех или иных специальных условий;
- б) дети с ОВЗ должны учиться в специализированных школах;
- в) некоторые дети не способны к обучению;
- г) каждому ребенку образование нужно давать по возможностям и потребностям.

**38. Субъектами инклюзивного образовательного процесса выступают:**

- а) ребенок с ОВЗ, родители/законные представители ребенка с ОВЗ, тьютор;
- б) ребенок с ОВЗ, учащиеся совместно с ребенком с ОВЗ, родители/законные представители ребенка с ОВЗ, родители учащихся класса, в котором обучается ребенок с ОВЗ, педагогический коллектив образовательного учреждения;
- в) ребенок с ОВЗ, координатор психолого-медико-педагогического консилиума, председатель психолого-медико-педагогической комиссии Окружного ресурсного центра;
- г) родители/законные представители ребенка с ОВЗ, педагогический коллектив образовательного учреждения.

**39. Психолого-педагогическое сопровождение обучающегося с ОВЗ осуществляется по инициативе образовательной организации специалистами психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) в случае, если:**

- а) ребенок нуждается в разработке индивидуального образовательного маршрута по результатам обследования психолого-медико-педагогической комиссии;
- б) ребенок является инвалидом;
- в) возникает необходимость учета особых образовательных потребностей ребенка, требующих разработки индивидуальной образовательной программы и создания специальных образовательных условий ее реализации;
- г) с этим вопросом обращаются родители учащихся, обучающихся совместно с ребенком.

**40. Документ, отражающий общую стратегию и конкретные шаги педагогического коллектива и родителей в организации поддержки ребенка с ОВЗ в процессе получения им образования и социальной адаптации, – это:**

- а) Устав образовательного учреждения, осуществляющего инклюзивную практику;
- б) индивидуальный образовательный план;
- в) дневник психолого-педагогического сопровождения;
- г) все варианты ответа верны.

**41. Для адаптации ребенка с ОВЗ в классе учителю, в первую очередь, необходимо:**

- а) создать условия для освоения ребенком с ОВЗ предмета обучения;

- б) создать ситуацию успеха в сфере общения для всех участников образовательного процесса;
- в) создать ситуацию успеха в сфере общения для ребенка с ОВЗ;
- г) разработать индивидуальный образовательный маршрут для ребенка с ОВЗ.

**42. Рекомендовать кандидатуру ребенка для прохождения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) имеет право:**

- а) директор образовательной организации;
- б) школьный психолог;
- в) учитель-предметник;
- г) внутришкольный контроль с согласия родителей.

**43. В соответствии с ФГОС НОО для детей с ОВЗ пояснительная записка АООП должна включать:**

- а) учебный план;
- б) психолого-педагогическую характеристику обучающихся с ОВЗ;
- в) описание особых образовательных потребностей обучающихся с ОВЗ;
- г) программу коррекционной работы.

**44. Основные категории олигофренопедагогики – это:**

- а) динамика роста, контроль, развитие, обучение, мониторинг, социализация, корригирующая деятельность;
- б) обучение, воспитание, коррекция, компенсация, адаптация, социальная реабилитация;
- в) диагностика, коммуникация, физическая подготовленность, духовно-нравственное развитие, образование.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	3
<b>Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ДЕФЕКТОЛОГИИ</b>	4
1.1. Дефектология как междисциплинарная отрасль знания	4
1.2. История развития дефектологии	14
1.3. Дети с ОВЗ: понятие, классификация	23
1.4. Документы, регламентирующие взаимоотношения с детьми с ОВЗ	29
<b>Глава 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ</b>	33
2.1. Психология детей с умственной отсталостью	33
2.2. Психология детей с задержкой психического развития	38
2.3. Психология детей с сенсорными нарушениями	43
2.4. Психология детей с церебральным параличом	53
2.5. Психология детей-аутистов	57
<b>Глава 3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОВЗ</b>	62
3.1. Работа с детьми с интеллектуальными нарушениями	62
3.2. Работа с детьми с сенсорными нарушениями	67
3.3. Работа с детьми с церебральным параличом	72
3.4. Работа с детьми-аутистами	76
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b>	82
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	86
Приложение 1. Список нормативных документов в сфере образования обучающихся с ОВЗ	86
Приложение 2. Тестовые задания по дисциплине	88

Авторский указатель

Артюхова Татьяна Юрьевна кандидат психологических наук,  
доцент, доцент кафедры педагогики и  
психологии ФГБОУ ВО «Красноярский  
государственный медицинский  
университет им. проф. В.Ф. Войно-  
Ясенецкого» Минздрава России

Левшунова Жанна Амирановна старший преподаватель кафедры  
психологии развития личности ФГБОУ  
ВО «Лесосибирский педагогический  
институт – филиал Сибирского  
федерального университета»

Учебное издание

Левшунова Жанна Амирановна, Артюхова Татьяна Юрьевна

## Дефектология

Редактор И.А. Вейсиг  
Компьютерная верстка авторов  
Рисунок на обложке – Варя Левшунова

Издательский центр  
Библиотечно-издательского комплекса  
Сибирского федерального университета  
660041, Красноярск, пр. Свободный, 79  
Тел/факс (391)206-21-49, e-mail: [rio@lan.krasu.ru](mailto:rio@lan.krasu.ru)

Подписано в печать 06.11.2018. Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>.  
Усл. печ. л. 6,0. Тираж 100 экз. Заказ 12-203

Отпечатано в типографии ИП Азарова Н.Н.  
(«ЛИТЕРА-принт»),  
Красноярск, ул. Гладкова, 6,  
т. 8-902-924-15-77