|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ  РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  **ФЕДЕРАЛЬНОЕ**  **ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ**  **ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**  **«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  **(ФГБОУ ВО «ЛГПУ»)**  ИНСТИТУТ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ  КАФЕДРА ДЕФЕКТОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ  **Специальная педагогика и психология**  Методические рекомендации  по организации практических занятий для студентов очной и заочной  форм обучения по всем педагогическим направлениям подготовки  Медицинские новости - АУ ХМАО-Югры «Югорский центр профессиональной пато  Луганск  Издательство ЛГПУ  2025  УДК 376+159.9-021/321(076)  ББК 74.5р3+88+48р3  С 71  **Р е ц е н з е н т ы:**   |  |  | | --- | --- | | **Черных Л. А.** | – профессор кафедры психологии ФГБОУ ВО «Луганский государственный педагогический университет», доктор психологических наук, доцент; | | **Лабезная Л. П.** | – доцент кафедры дефектологии и психологической коррекции ФГБОУ ВО «Луганский государственный педагогический университет», кандидат психологических наук; | | **Козаченко Е. В.** | – доцент кафедры психологии и конфликтологии ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», кандидат психологических наук, доцент. |  |  |  | | --- | --- | | С 71 | **Специальная педагогика и психология :** методические рекомендации / сост. И. И. Чубова, И. Ю. Ужченко, В. А. Ткачева ; ФГБОУ ВО «ЛГПУ». – Луганск : Издательство ЛГПУ, 2025. – 62 с. |   Методические рекомендации содержат теоретические основы специальной психологии и педагогики. Рассмотрены особенности психического развития лиц с различными нарушениями развития, составлены рекомендации по подготовке к практическим занятиям, список рекомендованной литературы. Особое внимание уделено инклюзивной форме обучения, как важнейшему направлению развития образования.  Методические рекомендации предназначены для студентов очной и заочной форм обучения по всем педагогическим направлениям подготовки.  УДК 376+159.9-021/321(076)  ББК 74.5р3+88+48р3  *Рекомендовано Учебно-методическим советом ФГБОУ ВО «ЛГПУ» в качестве методических рекомендаций для организации практических занятий со студентами, обучающимися по* *педагогическим направлениям подготовки*  *(протокол № \_\_ от \_\_\_\_\_2025)*  © Чубова И.И., Ужченко И.Ю. ,Ткачева В.А., 2025  © ФГБОУ ВО «ЛГПУ», 2025 |  |

**ВВЕДЕНИЕ**

Целями освоения учебной дисциплины «Специальная педагогика и психология» являются:

– формирование собственной психологической позиции, толерантности по отношению к лицам с ОВЗ;

– приобретение опыта выражения своей психологической позиции в вопросах реабилитации, компенсации и социально-психологической адаптации детей и подростков с нарушениями психофизического развития;

– обобщение и систематизация основных закономерностей и внутренних взаимосвязей при различных видах дизонтогенеза, а также принципов построения психокоррекционной помощи лицам с психофизическими, интеллектуальными, сенсорными и психологическими нарушениями;

– получение студентами знаний о психологии детей с ограниченными возможностями здоровья, их абилитации, социализации и интеграции в социум.

Задачи освоения учебной дисциплины «Специальная педагогика и психология»:

– рассмотреть понятия специальной педагогики и психологии, методы, основные направления, представления о типичном и отклоняющемся развитии;

– изучить факторы и причины нарушений психического развития ребенка;

– раскрыть понятие психического дизонтогенеза, его характеристику, классификацию и виды;

– ознакомить с особенностями развития познавательной сферы, личности, эмоционально-волевой сферы, деятельности при различных видах дизонтогений;

– обеспечить понимание сущности методов профилактики вторичных отклонений в психическом развитии детей с особыми потребностями;

– рассмотреть особенности психического развития по типу ретардации, дефицитарному типу и при асинхрониях с преобладанием расстройств эмоционально-волевой сферы и поведения и уметь учитывать их при работе с детьми с особыми возможностями здоровья;

– ознакомить с особенностями развития познавательной сферы, личности, эмоционально-волевой сферы, деятельности при различных видах дизонтогений;

– сформировать практические навыки изучения, психологической диагностики и коррекции нарушений развития у детей с различными видами психического дизонтогенеза;

– обеспечить понимание сущности методов профилактики вторичных отклонений в психическом развитии детей с особыми потребностями;

– сформировать представление об основных уровнях интеграции лиц с отклонениями в развитии в современное общество.

**Раздел 1**

**Тема:** **Специальная педагогика и психология как науки о воспитании личности при нарушениях процессов развития и социализации. Общие вопросы систематики нарушений психофизического развития**

**Содержание:**

1. Предмет и задачи специальной педагогики.
2. Основные педагогические категории специальной педагогики.
3. Взаимосвязь специальной педагогики с другими областями знаний.
4. Области специальной педагогики.
5. Педагогическая типология аномального развития.

**Ключевые слова:** специальная педагогика, обучение, коррекционное воспитание, коррекция, компенсация, абилитация, реабилитация, социализация.

**Цель и задачи раздела:**

1. сформировать знания о понятийно-категориальном аппарате специальной педагогики;
2. ознакомить студентов с видами нарушений психофизического развития и причинами их возникновения;
3. ознакомить с основными отраслями специальной педагогики;
4. раскрыть содержание основных типологий аномального развития.

**Успешное изучение раздела позволяет:**

**Иметь** представление о понятийно-категориальном аппарате специальной педагогики.

**Знать** виды нарушений психофизического развития.

**Ознакомиться** с основными педагогическими категориями специальной педагогики.

**Владеть ключевыми понятиями:** особые образовательные потребности, социализация, конвергенция и дивергенция, содержание коррекционно-педагогической деятельности.

**Методические рекомендации к изучению раздела 1**

При изучении раздела 1 важно проанализировать области специальной педагогики и провести аналогию между существующими типологиями аномального развития.

Изучая Пункт 1, обратите внимание на взаимосвязь между понятиями «специальная педагогика» и «дефектология».

Изучая Пункт 2, обратите внимание на общие и специальные педагогические категории, и понятия специальной педагогики.

**Учебный материал**

**1. Предмет и задачи специальной педагогики**

***Прочтите и выделите основные черты***

Как научное понятие специальная педагогика в современной педагогической науке обрела официальный статус совсем недавно. На дефектологических факультетах педагогических вузов изучалась дефектология как наука, изучавшая психофизиологические особенности развития аномальных детей, закономерности их обучения и воспитания, определяла условия, способствовавшие преодолению имеющихся у детей нарушений в умственном и физическом развитии.

В состав дефектологической науки входят различные области специальной педагогики и психологии (логопедия и психология речевых нарушений; области специальной педагогики и психологии, изучающие сенсорные, комбинированные дефекты, нарушения интеллектуальных способностей, нарушения опорно-двигательной сферы и др.).

Вместе с тем, как в общей и специальной педагогике, так и в современной педагогической практике существует немало моментов, когда бывает трудно предоставить однозначный диагноз отклонений в развитии и поведении ребенка. Это происходит тогда, когда дефект неярко выражен, а аномалии в развитии имеют негрубые формы, когда имеющийся недостаток находится в зоне между нормой и патологией. Это может быть тогда, когда ребенок испытывает трудности в освоении учебной программы в общеобразовательной массовой школе, но резко опережает детей в развитии и обучении во вспомогательной школе, когда в ликвидации его дефекта требуется не специальное медицинское лечение, не активное вмешательство дефектологов, логопедов и психологов, а обычная коррекция его познавательных возможностей, изменение условий общего и семейного воспитания, предупреждение и частичное исправление его поведения и помощь в освоении социальных норм и моральных ценностей. В связи с этим наряду с понятиями «Специальная психология», «лечебная и реабилитационная педагогика» все чаще стало появляться унифицированное понятие «специальная педагогика».

Этой педагогической дефиницией в одних случаях заменяют понятие «дефектология» или используют как адекватный ей термин. В других случаях специальная педагогика охватывает не только область специальных научных знаний, но и основы психолого-педагогических знаний о сущности и закономерностях образования и воспитания детей и подростков, имеющих резко выраженные недостатки в развитии психики и отклонения в поведении. Основной целью специальной педагогики является выявление и преодоление (исправление) недостатков в развитии личности ребенка, помощь в адекватной интеграции в социум.

***Запишите***

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

**Субъектом** изучения и педагогической помощи, оказываемой в системе специального образования, является человек с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности, имеющий вследствие этого особые образовательные потребности.

**Предмет** специальной педагогики – теория и практика специального образования, что включает в себя изучение особенностей развития и образования человека, имеющего ограниченные возможности жизнедеятельности, особенностей его становления и социализации как личности, а также использование этого знания для нахождения наилучших путей, средств, условий, которые обеспечат коррекцию физических или психических недостатков, компенсацию деятельности нарушенных органов и систем организма и образование такого человека в целях его социальной адаптации и интеграции в общество и обеспечения ему возможности максимально независимой жизни.

Специальная педагогика, изучающая вопросы образования и реабилитации педагогическими средствами лиц с нарушениями психофизического развития, состоит из ряда специализированных дисциплин – сурдопедагогики, тифлопедагогики, ортопедагогики, логопедии и др.

Процесс абилитации человека (от лат. *Habilitas –* пригодность), то есть становление его способности выполнять свои социальные функции (быть членом семьи, учеником, студентом, работником, мыслителем, руководителем, общественным деятелем и т.д.) происходит в неразрывном взаимодействии двух процессов, течение которых длится всю жизнь, онтогенеза (психофизического развития организма) и социализации (вхождение индивида в социальное окружение, присвоение им элементов человеческой культуры).

Именно для того, чтобы направить процессы онтогенеза и социализации на достижение положительных результатов, как с более близкой, так и с отдаленной перспективой, существует целенаправленная педагогическая деятельность – воспитание.

В случае, когда процессы развития и социализации в своем взаимодействии существенно повреждены, воспитание приобретает коррекционный характер, то есть исправляет, уменьшает недостатки развития и социализации, предупреждает возникновение нежелательных новообразований в личности, создает специальные условия для формирования положительных черт и качеств личности, развитие и социализация которой происходит на нарушенной, специфической основе.

**2. Основные педагогические категории специальной педагогики**

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

В специальной педагогике, равно как и в общей, ведущими педагогическими категориями являются обучение, воспитание, развитие.

**Воспитание** – педагогическая категория, рассматриваемая как специально организованная деятельность педагогов и воспитанников для реализации целей образования в едином педагогическом процессе, целенаправленное и организованное управление процессом формирования личности или отдельных ее качеств.

К чисто специальным педагогическим понятиям относятся «коррекция», «компенсация», «реабилитация», «адаптация».

В справочной и специальной дефектологической (коррекционно-педагогической) литературе (И.Г. Еременко, А.М. Граборов, А.В. Занков, X.С. Замский, Г.М. Дульнев, Т.А. Власова, В.А. Лапшин, М.С. Певзнер, Б.П. Пузанов, и др.) достаточно глубоко и обоснованно разработан понятийный аппарат учебного курса, дана характеристика ведущих категорий специальной педагогики, производных от них понятий.

**Коррекция** определяется как система специальных мер, направленных на ослабление или преодоление недостатков психофизического развития и отклонений в поведении у детей и подростков. В рамках единого педагогического процесса коррекция выступает как совокупность коррекционно-воспитательной и коррекционно-развивающей деятельности.

**Компенсация** – это сложный, многоаспектный процесс перестройки или замещения нарушенных, или недоразвитых психофизиологических функций организма, путем использования сохраненных или частично нарушенных функций. Компенсаторный процесс опирается на резервные или недостаточно задействованные возможности организма человека.

**Адаптация школьная** – это процесс приспособления ребенка к условиям школьной жизни, к нормам и требованиям, к активной познавательной деятельности, усвоению необходимых учебных знаний и навыков, полноценному освоению картины мира.

**Реабилитация социальная** – это процесс включения ребенка с отклонениями в развитии и поведении в социальную среду, в нормальную общественно полезную деятельность и адекватные взаимоотношения со сверстниками.

**Процесс реабилитации** – это сложное и многогранное явление, поскольку полноценное возвращение, в социум происходит через медицинскую реабилитацию (лечение недостатков, ликвидация последствий дефекта), психологическую реабилитацию (снятие психологических комплексов, восстановление психических процессов), педагогическую реабилитацию (восстановление утраченных учебных умений, познавательных навыков, формирование индивидуальных личностных качеств).

**3. Взаимосвязь специальной педагогики с другими отраслями знаний**

***Прочтите и выделите основные черты***

Специальная педагогика как одна из отраслей педагогической науки тесно взаимосвязана со всем блоком психолого-педагогических и специальных дисциплин. Коррекция является составной частью единого педагогического процесса, опираясь на него, имеет теснейшую взаимосвязь с общей педагогикой.

Построение коррекционно-педагогической деятельности, организацию дифференцированного обучения и индивидуального воспитания невозможно осуществить, не понимая природу нарушения у ребенка, не выяснив и не изучив причины его отклонений в поведении и развитии. Итак, без знаний основ общей психологии человека трудно организовать эффективную коррекционную работу, ведь результаты исследования закономерностей психического развития ребенка показывают, что они идентичны как для нормы, так и для патологии. Такое диалектическое единство общего и особого свидетельствует о взаимосвязи специальной педагогики и философии.

**4. Области специальной педагогики**

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

Являясь одной из специальностей системы педагогических наук, специальная педагогика, в свою очередь, объединяет направления педагогической работы с людьми, имеющими различные нарушения развития, из-за чего у них возникают специфические затруднения процесса социализации и необходимость в получении специальной коррекционно-реабилитационной помощи.

Так, специальная педагогика в процессе развития дифференцировалась на сурдопедагогику (обучение и воспитание лиц с глубокими нарушениями слуха), тифлопедагогику (обучение и воспитание лиц с глубокими недостатками зрения), олигофренопедагогику (обучение и воспитание умственно отсталых детей), логопедию (коррекция речевого развития, особенности обучения и воспитания детей при его глубоких видах). Впоследствии в специальной педагогике выделились как самостоятельные теории и педагогические системы специального коррекционно-реабилитационного образования следующие отрасли:

– обучение и воспитание детей с задержкой психофизического развития;

– обучение и воспитание детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;

– обучение, воспитание и коррекция развития детей с эмоциональными нарушениями (в частности, при аутизме и аутистических чертах личности);

– обучение и воспитание детей со сложными, комплексными нарушениями развития;

– обучение и воспитание детей с выраженным девиантным (отклоняющимся от нормы) поведением.

**5. Педагогическая типология аномального развития**

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

Цель педагогической типологии аномального детства – построение и комплектование сети специальных учреждений, в которых проводится целенаправленная работа, соответствующая особенностям и закономерностям атипичного развития детей, воспитывающихся и обучающихся в этом учреждении. В настоящее время в специальной психологии и педагогике существуют различные классификации нарушений в развитии (В.В. Лебединский; В.А. Лапшин и Б.П. Пузанов; А.Н. Усанова). Большой интерес представляют исследования В.В. Лебединского, который рассматривает проблемы психического дизонтогенеза.

В.В. Лебединский выделяет следующие варианты дизонтогенеза:

1. Дизонтогенез по типу общего устойчивого недоразвития. Для этого варианта характерно раннее время поражения, когда наблюдается выраженная незрелость мозговых систем. Типичный пример устойчивого недоразвития – умственная отсталость.

2. Задержанное развитие. Характеризуется замедленным темпом формирования познавательной деятельности и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Варианты задержанного развития: конституциональный, соматогенный, психогенный, церебральный (церебрально-органический).

3. Поврежденное развитие. В этиологии поврежденного развития наследственные заболевания, внутриутробные, родовые и послеродовые инфекции, интоксикации и травмы центральной нервной системы, но патологическое воздействие на мозг идет на более поздних этапах онтогенеза (после 2-3 лет). Характерная модель поврежденного развития – органическая деменция.

4. Дефицитарное развитие. Этот вид связан с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторных систем (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата).

5. Искаженное развитие. В данном случае наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций. Характерным примером является ранний детский аутизм (РДА).

6. Дисгармоничное развитие. При этом варианте наблюдается врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психического развития в эмоционально-волевой сфере. Характерная модель дисгармонического развития‑психопатия и патологическое формирование личности.

**Раздел 2**

**Тема:** **Системы обучения и воспитания детей с нарушениями психофизического развития. Концептуальные основы развития специального образования**

**Содержание:**

1. Теоретические общественно-социальные модели отношения к лицам с нарушениями психофизического развития.
2. Структура системы специального образования.
3. Инклюзия как основа модернизации образовательной отрасли.
4. Модели инклюзивного образования.

**Ключевые слова:** специальное образование, инклюзия, интеграция.

**Цель и задачи раздела:**

1. сформировать знания о системе специального образования и ее структуре;
2. раскрыть понятийно-терминологические определения мейнстриминга, интеграции, инклюзии;
3. ознакомить студентов с формами организации учебно-воспитательного процесса в условиях коллективной образовательной интеграции, инклюзии и специального образовательного учреждения для учащихся с нарушениями развития;
4. сформировать навыки построения индивидуального учебного плана на ученика в системе инклюзивного и индивидуального обучения.

**Успешное изучение раздела позволяет:**

**Иметь** представление о системе образования лиц с нарушениями психофизического развития.

**Знать** вертикально-горизонтальную структуру специального образования.

**Ознакомиться** с основными понятийно-терминологическими определениями инклюзивного образования.

**Владеть ключевыми понятиями:** индивидуальный учебный план, интеграция, инклюзия, сегрегация.

**Методические рекомендации к изучению раздела 2**

При изучении раздела 2. важно проанализировать существующие подходы к образованию детей с нарушениями психофизического развития.

Изучая Пункт 1, обратите внимание на взаимосвязь между существующими моделями отношения к лицам с особыми образовательными потребностями и подходов к организации образовательного процесса.

Изучая Пункт 2, важно осознать структуру специального образования.

Изучая Пункт 3, стоит проанализировать существующие модели инклюзии и обратить внимание категории детей с нарушениями психофизического развития, которым целесообразна определенная модель инклюзии.

**Учебный материал**

**1. Теоретические общественно-социальные модели отношения к лицам с нарушениями психофизического развития**

***Прочтите и выделите основные черты***

Следует отметить, что отношение к лицам с нарушениями психофизического развития соотносится с теоретическими общественно-социальными моделями, которые формировались в процессе развития общества и были обусловлены господствующими идеологическими установками, общественным мнением, системой социально-политического устройства.

***Медицинская модель,*** как мировоззренческая, формировавшая общественное мнение в отношении лиц с ограничениями и господствовавшая до начала 60-х годов XX века предсказывала, как отмечают известные исследователи в области социальных отношений М. Айшервуд, Л. Бартон, П. Бурдье, что человек с особенностями развития является, прежде всего, больным человеком, который нуждается в определенном лечении, попечении, пребывании в специальных условиях, чаще всего, сегрегативных. Согласно этой модели, лица с нарушениями развития рассматривались как объекты неполноценности, нуждавшиеся в опеке. Очевидно, для определенного этапа развития человечества эта модель была достаточно прогрессивной, поскольку пришла на смену другому, гораздо более жестокому, порожденному невежеством и дискриминацией, отношению к лицам с ограниченными возможностями, при котором достаточно длительное время такие лица рассматривались как реальная угроза обществу, или, как люди, неполноценность которых определяется имеющимися физическими недостатками.

В 70-х годах XX в. в Скандинавии, как альтернатива медицинской модели, возникла ***теория нормализации*** («социальной соотнесенности»). По мнению многих европейских ученых, эта теория созвучна учению Л.С. Выготского, которое способствовало осознанию природы компенсаторных возможностей человека, его социальной направленности и служило основой для определения теории социальной соотнесенности. Еще в 30-х годах ученый отмечал, что общие представления о «детской дефективности» в научной литературе и на практике, прежде всего, связываются с биологическими причинами, а социальные моменты считаются второстепенными, хотя именно они, являются первоочередными, главными.

В основу понятия «нормализации» в отношении детей с психофизическими особенностями развития были положены следующие положения: ребенок с особенностями развития способен овладеть различными видами деятельности, а общество, соответственно, должно признать это и обеспечить условия его проживания, максимально приближая их к «нормальным». В то же время, общество должно изменить свое отношение к детям с психофизическими нарушениями, обеспечивать защиту их прав и интересов, а дети должны принять условия и стиль жизни общества, в котором они находятся, подстраиваться к ним.

По мнению исследователей общественно-социальных отношений (Д. Андерс, Д. Лупарт, Г. Лефрансуа и др.), начиная с 90-х годов XX в. ведущей моделью современных общественно-социальных отношений в отношении лиц с ограниченными возможностями, в частности, детей с ограниченными возможностями, определена ***теория включения***, которая в отличие от теории нормализации, основывается на признании и уважении индивидуальных человеческих различий и предполагает сохранение относительной автономии каждой общественно-социальной группы, а представления и стиль поведения, присущий традиционно доминирующей группе, должны модифицироваться на основе плюрализма обычаев и мнений. Основополагающим в теории включения является то, что не личность должна пристраиваться к общественным, социальным, экономическим отношениям, а наоборот – общество должно создать условия для удовлетворения особых потребностей каждой личности. В то же время особенности не должны восприниматься «как явление исключительное», наличие того или иного нарушения не предопределяет маргинальность жизненного пути человека. В центре внимания этой модели общественного поведения, по мнению ученых, является: автономность; участие в общественной деятельности; создание системы социальных связей; принятие обществом всех без ограничений, каждой личности. Очевидно, на сегодня смещаются акценты от адаптации человека к окружающей среде в сторону адаптации среды для удовлетворения потребностей человека.

**2. Структура системы специального образования**

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

На сегодня специальное образование представлено системой дифференцированного обучения, которое осуществляется в учебных заведениях, а также учреждениях инновационного типа (реабилитационных, оздоровительных, социально-педагогических, психолого-медико-педагогических центрах и т.д.). Не прибегая к детальному анализу системы специального образования, стоит отметить, что специальные учреждения для детей-инвалидов, детей с нарушениями психофизического развития в нашей стране имеют различную ведомственную подчиненность: Министерству образования и науки подчиняются специальные дошкольные и школьные учреждения, психолого-медико-педагогические и учебно-реабилитационные центры, Министерству здравоохранения – оздоровительные центры, центры раннего вмешательства, дома ребенка, Министерству социальной политики и труда и Министерству по делам семьи, молодежи и спорта детские дома-интернаты, центры социально-педагогической реабилитации, специальные детские дома и т.д. Такая межведомственная распыленность специальных учреждений для детей с особенностями психофизического развития создает целый ряд трудностей, поскольку межведомственные барьеры мешают проведению полного учета детей с особенностями психофизического развития, развитию единой системы социально-педагогической помощи и поддержки.

Чтобы очертить хотя бы основные проблемы включения детей с особенностями психофизического развития в общеобразовательную систему и обозначить пути их решения, рассмотрим структуру специального образования.

Система специального образования имеет вертикально-горизонтальную структуру. Вертикальная структура базируется на возрастных особенностях учащихся и уровнях общеобразовательных программ. Горизонтальная структура учитывает психофизическое развитие ребенка, особенности его познавательной деятельности и характер нарушения.

Вертикальная структура определяется возрастными периодами:

* раннего детства (от 0 до 3 лет);
* дошкольный период (с 3 до 6-7 лет);
* период школьного и профессионального обучения (с 6-7 до 16-21 года).

В период от 0 до 3 лет (раннее детство) дети находятся на домашнем содержании, в детских дошкольных учреждениях, дети-сироты – в домах ребенка. Специальную помощь дети с нарушениями психофизического развития могут получать в центрах раннего вмешательства, центрах реабилитации, психолого-медико-педагогических центрах и специальных дошкольных учреждениях. Для детей дошкольного возраста с особенностями психофизического развития функционируют: специальные детские дошкольные учреждения, детские учебные заведения компенсирующего типа, специальные группы при дошкольных учебных заведениях комбинированного типа, дошкольные группы при специальных школах, реабилитационные центры.

Основными государственными образовательными учреждениями для детей с особенностями психофизического развития школьного возраста являются: специальные общеобразовательные школы-интернаты, учебно-реабилитационные центры и специальные классы при этих учреждениях.

Специальные учебные заведения для детей с особенностями психофизического развития реализуют программы начального, основного и среднего (полного) общего образования, составленные на основе государственного стандарта специального образования.

Горизонтальная структура специального образования в России представлена восемью видами специальных (коррекционных) образовательных учреждений:

1. I вид — для неслышащих (глухих).
2. II вид — для слабослышащих и позднооглохших.
3. III вид — для незрячих (слепых).
4. IV вид — для слабовидящих и поздноослепших.
5. V вид — для детей с тяжёлыми нарушениями речи.
6. VI вид — для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
7. VII вид — для детей с задержкой психического развития (ЗПР).
8. VIII вид — для умственно отсталых детей.

Опыт функционирования специальных заведений позволяет констатировать значительные достижения, которые имеют эти образовательные ячейки. К бесспорным достижениям можно отнести: создание в специальных учебных заведениях достаточной материальной базы, обеспечение соответствующих условий для оказания коррекционной помощи, организацию профессионально-трудовой подготовки, обучения и отдыха. В специальных заведениях дети с нарушениями развития получают образование, которое направлено на получение знаний по основам наук, развитие личностных качеств, коррекцию нарушений развития и дальнейшую социализацию. Коррекционные занятия обеспечивают не только исправление нарушений психофизического развития, но и обеспечивают влияние на личность в целом с целью достижения положительных результатов в ее обучении, воспитании и интеграции в общество.

Специальные школы в основном обеспечены современными учебно-методическими материалами, которые разработаны в соответствии с требованиями настоящего.

Впрочем, наряду с неоспоримыми позитивами стоит выделить существенные недостатки современной системы специального образования, прежде всего: недостаточная мобильность и адаптивность образовательной среды; проблемы профессионального самоопределения; дефицит профессионально подготовленных кадров; закрытость учреждения; риск трудностей в социализации; ограниченные контакты с родителями.

**3. Инклюзия как основа модернизации образовательной отрасли**

***Прочтите и выделите основные черты***

Инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья – это новое приоритетное направление, которое затрагивает основы системы образования. Следует уже на этапе модернизации современного образовательного процесса заложить основы инклюзивного образования, рассмотрев все ресурсы, направленные на обеспечение равноправия обучающихся, на развитие у всех детей способностей, необходимых для общения и участия во всех делах коллектива детского сада, школы, университета, и возможные риски в его реализации, состоящие в массовом переходе к инклюзивному обучению по единому плану и принципам, без подготовки участников образовательного процесса, без учета специфики образовательного учреждения. В основу инклюзивного образования положена идеология, которая исключает любую дискриминацию детей, которая обеспечивает равное отношение ко всем людям, но создает специальные условия для детей, имеющих особые образовательные потребности. Обучение детей с особыми потребностями в ОУ позволяет здоровым детям развивать толерантность и ответственность.

Принцип инклюзивного образования заключается в том, что все дети должны быть с самого начала включены в образовательную и социальную жизнь школы по месту жительства; задача инклюзивной школы – построить систему, которая удовлетворяет потребности каждого; в инклюзивных школах все дети, а не только с инвалидностью, обеспечиваются поддержкой, которая позволяет им добиваться успехов, ощущать безопасность, ценность совместного пребывания в коллективе. Инклюзивные школы нацелены во многом на иные образовательные достижения, чем те, что чаще всего признаются обычным образованием. Цель такой школы – дать всем учащимся возможность наиболее полноценной социальной жизни, наиболее активного участия в коллективе, местном сообществе, тем самым обеспечить наиболее полное взаимодействие, помощь друг другу как членам сообщества.

Существенный вклад в разработку инклюзивного образования внесли С.В. Алехина, Е.А. Воронич, Т.П. Дмитриева, Н.Я. Семаго, в чьих трудах отражены основные принципы инклюзивного обучения, главные из которых ценность личности, право на общение, взаимодействие с другими членами социума.

В России разработаны правительственные нормативные документы, регламентирующие деятельность инклюзивных образовательных учреждений.  На сегодняшний день современная концепция образования и воспитания направлена на создание условий развития активной, творческой личности, готовой делать осознанный выбор, принимать самостоятельные решения, нести ответственность за свою судьбу и судьбу своей страны, быть субъектом собственной жизни. Погружение подростков с ОВЗ в общество – это кропотливая работа, процесс, результат которого полностью зависит от тех условий, которые создают для этого взрослые. Таким обучающимся необходимы простые вещи: внимание, любовь, понимание, возможность творчества, проявление индивидуальности. Для многих из них – это основная, а иногда и единственная возможность для того, чтобы получить жизненно важные практические и профессиональные навыки. Эти навыки могут быть не только досугом, но и делом всей их жизни. Поэтому важным аспектом и целью является «путь социализации» – приобщения к обществу.

В законопроекте «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)», представленном в Госдуму РФ, устанавливается возможность обучения детей-инвалидов в массовой школе, а в докладе Государственного Совета РФ «Образовательная политика России на современном этапе» (2001 г.) подчеркивается: «дети, имеющие проблемы со здоровьем, должны обеспечиваться государством медико-психологическим сопровождением и специальными условиями для обучения преимущественно в общеобразовательной школе по месту жительства и только в исключительных случаях – в специальных школах-интернатах».

При планировании учебно-воспитательного процесса в инклюзивном образовательном учреждении основное внимание должно быть направлено на воплощение следующих фундаментальных позиций:

* необходимость внедрения инновационных педагогических подходов и методов, в том числе при проведении оценивания учебных достижений определенной категории детей;
* внедрение дифференцированного, индивидуального подхода практически к каждому ребенку с нарушениями развития (индивидуальных учебно-воспитательных программ и индивидуальных планов работы);
* обеспечение (для условий общеобразовательного учебного заведения) психолого-педагогического, в т. ч. коррекционно-реабилитационного сопровождения детей с нарушениями психофизического развития и др.

В целом образовательная парадигма выстраивается на основе личностно ориентированного обучения.

В условиях инклюзивного обучения с детьми, имеющими те или иные нарушения психофизического развития, учителя могут использовать различные образовательные технологии и инновационные методики (технологию развивающего обучения по В.В. Давыдову, Д.Б. Эльконину, оптимизации по Ю.А. Бабанскому, методики школы М. Монтессори и др.).

Наряду с обеспечением современной диагностики и психолого-педагогического сопровождения принципиально важное внимание необходимо обращать на социальный аспект, а именно, на социальную реабилитацию детей с нарушениями психофизического развития в условиях инклюзивного обучения.

**Таким образом, инклюзивное образование может служить основой модернизации образовательной отрасли**.

Инклюзивное образование предполагает, что все дети, независимо от их физических, психических, интеллектуальных и иных особенностей, включены в общую систему образования и обучаются вместе со сверстниками.

Некоторые преимущества такого подхода:

* **Повышение доступности и качества образовательных услуг**. Инклюзивное обучение улучшает условия обучения для всех учащихся за счёт методических и организационных изменений, которые осуществляются в интересах учеников, испытывающих трудности в учёбе.
* **Развитие социализации**. Инклюзивное образование помогает детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью адаптироваться к различным социальным ситуациям, формировать коммуникативные навыки и позитивную самооценку.
* **Развитие толерантности и социального равенства**. Инклюзивное образование не только повышает статус ребёнка с особыми образовательными потребностями и его семьи в обществе, но и меняет позицию общества в отношении таких людей.

В России понятие инклюзивного образования законодательно закреплено, например, в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ.

**4. Модели инклюзивного образования**

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

**Инклюзивное образование** –это такая *организация процесса обучения, когда все дети*, независимо от их физических, психических, интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей, *включены в общую образовательную среду* и обучаются по месту жительства в общеобразовательных учреждениях, которые оказывают необходимую специальную поддержку детям с учетом их возможностей и особых образовательных потребностей. Инклюзивное образование исключает любую дискриминацию, обеспечивая равное отношение ко всем участникам процесса.

**Инклюзия –** глубокое погружение ребенка в адаптированную образовательную среду и оказание ему и членам его семьи различных поддерживающих услуг.

**Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)** – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий.

Важное направление деятельности по реализации прав на образование детей с ОВЗ – создание вариативных условий для получения образования детьми, имеющими различные недостатки в физическом и психическом развитии.

К субъектам инклюзивного образования относятся педагоги, родители, учащиеся, представители СМИ, органов управления, общественность и пр.

Дети с ОВЗ есть почти в каждой школе, при этом при обучении такого ребёнка возникает **ряд проблем**:

***Со стороны педагогов:***чему учить, как учить, как взаимодействовать с таким ребёнком.

***Со стороны родителей самого ребёнка:***как ребёнок должен посещать школу, чему должны его там учить, как решать проблемы взаимодействия с одноклассниками.

***Со стороны родителей других детей:***не влияет ли совместное обучение на объём программы в сторону её сокращения, получат ли обычные дети необходимые знания.

***Со стороны ребёнка с ОВЗ*:**найдёт ли он друзей, комфортно ли ему будет, сможет ли хорошо учиться.

Осуществляя процесс инклюзивного образования, все его участники должны соблюдать следующие **основные принципы**:

1. Ценность каждого человека не зависит от его способностей и достижений.

2. Каждый человек способен чувствовать и думать.

3. Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным.

4. Все люди нуждаются друг в друге.

5. Подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений.

6. Все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников.

7. Для всех обучающихся достижение прогресса скорее достигается в том, что они могут делать, чем в том, чего не могут.

8. Разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

**Факторы, затрудняющие интеграцию детей с ОВЗ:**

1. Неполная, противоречивая нормативно-правовая база, регламентирующей внедрение разноуровневых моделей интеграции детей с ОВЗ.
2. Недостаточно разработанное научно-методическое и учебно-дидактическое обеспечение процесса обучения детей с ОВЗ в условиях массовой школы.
3. Недостаток квалифицированных кадров в общеобразовательных учреждениях, владеющих методами и приемами психолого-педагогической помощи детям с ОВЗ.
4. Отсутствие целенаправленной, систематической государственной комплексной поддержки детей с ОВЗ, интегрированных в общий поток.
5. Несформированность адекватного отношения общества к детям с ОВЗ, и отсутствие мотивированного желания большинства самих детей-инвалидов и их родителей участвовать в социальной и образовательной интеграции.

Модели инклюзии обучающихся с ОВЗ в общее  
образовательное пространство в образовательной организации представлены на Рис. 1.



Рис. 1. Модели инклюзии обучающихся с ОВЗ.

**Постоянная полная интеграция**предполагает обучение ребенка с ОВЗ на равных с нормально развивающимися детьми в одних дошкольных группах и классах.

***Достоинства полной и постоянной интеграции:***

1. Адаптация и интеграция в социум, но при наличии специально созданных условий для обучения и воспитания детей с ОВЗ.
2. Общение детей с ОВЗ с нормально развивающимися сверстниками
3. Воспитание отзывчивости у здоровых детей
4. Полноценное образование

***Недостатки полной постоянной инклюзии:***

* работа педагога с учащимися на уроке одновременно по двум программам;
* высокие требования к квалификации и уровню профессионализма учителя, который одновременно должен выступать в качестве педагога-дефектолога, а также хорошо владеть технологией дифференцированного обучения;
* трудности организации интегрированного обучения в основном звене, где функцию дефектолога должны взять на себя учителя-предметники.

***Правила комплектования групп/классов:***дети с отклонением в развитии по 1-3 человека включаются в обычные группы детского сада или классы школы (где предполагает обучение ребенка с ОВЗ на равных с нормально развивающимися детьми в одних дошкольных группах, классах)

**Подлинная и формальная инклюзия**

**Подлинная инклюзия**предполагает организацию в общеобразовательном учреждении оптимальных условий для каждого ребенка с особыми потребностями.

**Формальная инклюзия**является скрытой формой дискриминации. Если ребенку предоставляется доступ к общей образовательной системе, не имеющей условий для обеспечения, соответствующего его особым потребностям обучения, его право на качественное образование, в действительности, нарушается.

**Постоянная неполная интеграция**

По мнению Н.Д. Шматко, **постоянная неполная интеграция**может быть эффективна для тех детей школьного возраста, чей уровень психического развития несколько ниже возрастной нормы, кто нуждается в систематической и значительной коррекционной помощи, но при этом способен в целом ряде предметных областей обучаться совместно и наравне с нормально развивающимися сверстниками, а также проводить с ними большую часть внеклассного времени.

**Постоянная, но неполная интеграция**может быть организованаво всех типах образовательных учреждений: в массовых, комбинированного и компенсирующего вида и в массовых школах. Дети с нарушениями интеллекта объединяются с нормально развивающимися детьми в одну дошкольную группу, получившую название «смешанная».

**Частичная инклюзия –** дети-инвалиды совмещают индивидуальное обучение на дому с посещением общеобразовательного учреждения и обучаются по индивидуальным учебным планам. Также дети-инвалиды могут посещать кружки, клубы, внеклассные общешкольные мероприятия и др.

***Достоинства частичной инклюзии:***

1. Все воспитанники специальной группы или класса вне зависимости от достигнутого уровня развития объединяются со своими нормально развивающимися сверстниками не реже 2-х раз в месяц для проведения совместных мероприятий в основном воспитательного характера.
2. Учащиеся с ОВЗ обучаются совместно с нормально развивающимися сверстниками на тех уроках и внеклассных мероприятиях, которые доступны им, а в оставшееся время они объединяются для работы по специальным коррекционным программам.
3. Индивидуальный подход к обучению.
4. Создание вариативной развивающей среды.

***Недостатки частичной инклюзии:***

1. Отсутствие квалифицированного персонала-воспитателей, учителей, психологов, дефектологов, логопедов, обученных для сопровождения детей с особыми образовательными потребностями**.**
2. Стандартная программа обучения часто не позволяет некоторым детям с особыми образовательными потребностями продолжать образование с определенного этапа (не подходит и поэтому требует доработки и модернизации).

**Данная модель интеграции может быть реализована** в ДОУ комбинированного вида, имеющих специальные группы, а также в массовых школах, в которых открыты специальные классы.

Смыслом **временной интеграции**является создание условий для приобретения начального опыта общения с нормально развивающимися сверстниками. Временная интеграцияявляется, по сути, этапом подготовки к возможной в дальнейшем более совершенной форме интегрирован­ного обучения. Общение и взаимодействие детейс ОВЗ и нормально развивающимися обеспечивается в процессе совместных прогулок, подготовки и проведения праздников, развлечений, посещение кружков, участие в спортивных соревнованиях и т. д.

**Эпизодическая или внеурочная инклюзия** – это целенаправленная организация хотя бы минимального социального взаимодействия детей с выраженными нарушениями развития со сверстниками, преодоление тех объективных ограничений в социальном общении, которые создаются в условиях специальных (коррекционных) учреждений.Эпизодическая интеграция может быть рекомендована детям с более глубоким интеллектуальным нарушением, с отягощенной умственной отсталостью, либо имеющим выраженные расстройства поведения. Эпизодическая интеграция предполагает, что воспитанники специальных учреждений практически все время обучаясь отдельно, эпизодически объединяются с детьми из массовых учреждений на определенное время. Социальное взаимодействие обеспечивается в:

* лагерях отдыха;
* специально организованных походах;
* праздниках;
* конкурсах;
* при организации и проведении выставок детских работ;
* кружках и др.

***Существующие барьеры:***

1. Архитектурная недоступность школ.
2. Дети с особыми образовательными потребностями часто признаются необучаемыми.
3. Большинство учителей и директоров массовых школ недостаточно знают о проблемах инвалидности и не готовы к включению детей-инвалидов в процесс обучения в классах.
4. Родители детей инвалидов не знают, как отстаивать права детей на образование и испытывают страх перед системой образования и социальной поддержки.

Таким образом, ***инклюзия*** – это процесс развития предельно доступного образования для каждого в доступных школах и образовательных учреждениях, формирование процессов обучения с постановкой адекватных целей всех учеников, процесс ликвидации различных барьеров для наибольшей поддержки каждого учащегося и максимального раскрытия его потенциала.

**Раздел 3**

**Тема: Психофизические особенности детей с дефицитарным развитием**

**Содержание:**

1. Особенности развития, обучения и воспитания личности при нарушениях слуха.
2. Особенности развития, обучения и воспитания личности при нарушениях зрения.
3. Особенности развития, обучения и воспитания детей с нарушениями речевого развития.
4. Особенности развития, обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

**Ключевые слова:** нарушение слуха, компенсация глухоты, нарушение зрения, зрительный анализатор, нарушение опорно-двигательного аппарата, речевое развитие, логопедическая помощь.

**Цель и задачи раздела:**

1. сформировать знания о дефицитарном развитии личности;
2. ознакомить студентов с психофизическими особенностями развития ребенка при нарушениях различных анализаторов и причинами их возникновения;
3. раскрыть содержание основных типологий дефицитарного развития;
4. ознакомить с особенностями коррекционного воздействия при работе с детьми, имеющими дефицитарное развитие.

**Успешное изучение раздела позволяет:**

**Иметь** представление о понятийно-категориальном аппарате сурдопедагогики, тифлопедагогики, ортопедагогики, логопедии.

**Знать** виды нарушений дефицитарного развития.

**Ознакомиться** с особенностями развития познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы личности при различных нарушениях анализаторов.

**Владеть ключевыми понятиями:** компенсация глухоты, поражение зрительного анализатора, ДЦП, фонационная речь, полиморфное нарушение речи.

**Методические рекомендации к изучению раздела 3**

При изучении раздела 3 обратите внимание на особенности влияния первичного дефекта при различных видах дефицитарного развития на формирование познавательных процессов у детей и особенности коррекционной работы с ними (по нозологиям).

**Учебный материал**

**1. Особенности развития, обучения и воспитания личности при нарушениях слуха**

***Прочтите и выделите основные черты***

Обучение и воспитание людей с нарушениями слуха находятся в центре внимания сурдопедагогики. **Сурдопедагогика** (от лат. *surdus* – глухой) – педагогическая наука, изучающая особенности развития, обучения и воспитания лиц с нарушениями слуховой функции. Предметом сурдопедагогики являются процессы развития, обучения и воспитания лиц с нарушениями слуховой функции на разных возрастных периодах их развития.

Причины нарушений слуховой функции в настоящее время чаще всего выделяют **три группы причин и факторов,** которые вызывают патологию слуха или способствуют ее развитию.

**К первой группе** относятся причины и факторы ***наследственного характера***, приводящие к изменениям в структуре слухового аппарата и развитию наследственного снижения слуха. Наследственный фактор приобретает значение, если слух отсутствует или поврежден у кого-то из родителей. Заболевания слуха могут наследоваться как по доминантным, так и рецессивным признакам. Рецессивные признаки проявляются не в каждом поколении.

**Вторую группу** составляют ***факторы эндо- или экзогенного характера,*** влияющие на орган слуха плода (при отсутствии наследственного фона), обусловливающее проявление врожденной тугоухости. Среди причин, которые вызывают врожденную тугоухость, прежде всего выделяют инфекционные заболевания матери в первой половине беременности (краснуха; грипп, корь, скарлатина, инфекционный паротит, токсоплазмоз и другие). Одним из факторов, приводящих к возникновению данной патологии, является интоксикации беременной женщины (употребление медикаментозных препаратов, в частности, антибиотиков). Также к этой группе вредных веществ относят употребление алкоголя, никотина, наркотических веществ, отравление химическими препаратами, продуктами питания. К этой группе относятся также травмы матери в период беременности (особенно в первые три месяца).

**Третью группу** составляют ***факторы, которые влияют на орган слуха ребенка в один из периодов его развития*** и приводят к возникновению приобретенного снижения слуха. Эти причины весьма разнообразны. Наиболее часто к нарушениям слуховой функции приводят последствия острого воспалительного процесса в среднем ухе (острый средний отит). В некоторых случаях слуха возникает вследствие повреждения внутреннего ствола слухового нерва, возникающего из-за перехода воспалительного процесса из среднего уха. Также к этиологиям стойких нарушений слуха в постнатальный период относятся инфекционные заболевания ребенка, среди которых наибольшую опасность представляют корь, менингит, скарлатина, грипп эпидемиологический паротит; употребление антибиотиков и др. Также привести к повреждениям слуха могут травмы головы, заболевания полости носа, особенно аденоидные разрастания и тому подобное.

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

**Классификация нарушений слуха**

В коррекционной педагогике выделяют следующие группы детей с нарушениями слуха в зависимости от степени нарушения слуховой функции и времени возникновения отклонения: глухие, с пониженным слухом (слабослышащие) и позднооглохшие.

**Глухие дети** – это дети с полным отсутствием слуха или его значительным снижением, при котором восприятие, распознавание и самостоятельное овладение устной речью (спонтанное формирование речи) невозможно. Полное отсутствие слуха наблюдается редко. Остаточный слух у ребенка позволяет ему воспринимать отдельные интенсивные звуки, фонемы, которые произносятся чрезвычайно громко возле ушной раковины. При глухоте самостоятельное восприятие разговорной речи невозможно. Дети могут воспринимать разговорную речь с помощью слухового анализатора только при слухопротезировании. Сложные вторичные нарушения, основными из которых являются отсутствие речи, задержка формирования словесно-логического мышления, приводят к характерному, атипичному развитию личности глухого ребенка. Невозможность общаться с окружающими часто приводит к нарушению эмоционально-волевой сферы в форме неврозов, аффективных реакций, негативизма, апатичности, формируются эгоистичность и эгоцентризм.

**Позднооглохшие** – это люди, потерявшие слух в возрасте, когда их речь была в большей или меньшей степени сформирована уровень сохранности речи зависит от возраста, в котором ребенок потерял слух, развития его речи и условий, при которых формируется личность ребенка.

Если нарушение слуха произошло в период от 2-х до 5-и лет, однако ребенок не получает квалификационную помощь она теряет звуковой состав Речи, словарный запас, способность к конструированию фраз. При потере слуха после 5-и лет сохраняются словарный запас и способность правильно выражаться. Основное направление коррекционно-развивающей работы в этом случае заключается в обеспечении ребенку обратной связи, умения слухо-зрительно-вибрационного восприятия и понимания устной речи окружающих; в сохранении фонематической, лексической и грамматической сторон собственной речи. При потере слуха в период после овладения ребенком письменной речью, при условии организации индивидуальной помощи, словарный запас и устная речь могут сохраниться на достаточно высоком уровне. Позднооглохшие взрослые нуждаются в аналогичной помощи в обеспечении умений и навыков слухо-зрительно-вибрационного восприятия устной речи и сохранения четкости собственной речи. Значительного внимания требует формирование у них уверенности, готовности вступать в общение, смелости в удовлетворении коммуникативных потребностей.

Потеря слуха у таких детей бывает разной–тотальной, или близкой к глухоте, или наблюдаемой у лиц с пониженным слухом. При этом в психическом развитии на первый план выходит тяжелая психическая реакция на то, что они не слышат многих звуков или слышат их искаженно, не понимают обращенной речи. Это иногда приводит к полному отказу от общения со сверстниками и даже близкими, иногда – к возникновению психического заболевания.

Если у таких детей наблюдается достаточный остаточный слух, то коррекционную работу с ними можно построить с использованием слуховых аппаратов и формирования навыков чтения с губ. В условиях создания благоприятной среды для воспитания и обучения позднооглохшего ребенка развитие его речи, познавательных и волевых качеств приближается к нормальному.

**Дети с пониженным слухом (слабослышащие)** – это дети с частичной недостаточностью слуха, которая не препятствует им самостоятельно изучить определенный словарный запас, овладеть в определенной степени грамматическим строением. Слабослышащим считается ребенок, если он начинает слышать в области 20-50 дБ и более (тугоухость первой степени), если он слышит звуки высотой 50-70 дБ и более (тугоухость второй степени). Соответственно у разных детей варьируется и диапазон звуков по высоте. У одних детей он почти не ограничен, у других приближается к высотному слуху глухих. У некоторых детей, говорящих как слабослышащие, определяют тугоухость третьей степени, как у глухих, при этом отмечается возможность иметь звуки не только низкие, но и средней частоты (в диапазоне от 1000 до 4000 Гц). Характеризуя психическое развитие этой категории лиц, следует отметить определенные отклонения от нормы. Неполноценное развитие обусловливается неполноценным слухом. Бедность словарного запаса, искажение речевого развития на фоне нарушенного слухового анализатора отражается на всем ходе познавательной деятельности. У такого школьника возникают значительные трудности при формировании навыков чтения и письма на первых этапах обучения, в усвоении новых текстов, их понимании и осознании. Искривление, недостаточность словарного запаса часто создает впечатление, что ребенок имеет умственную отсталость или в лучшем случае значительный пробел в знаниях об окружающем мире. Это затрудняет социальное взаимодействие такого ребенка. Поскольку такие дети имеют полноценное интеллектуальное развитие и осознают свою атипичность, это еще более негативно влияет на формирование навыков социального взаимодействия. Трудности речевого общения являются главной причиной возникновения конфликтных ситуаций со сверстниками, формированию в них нарушений эмоционально-волевой сферы, проявлений агрессивности, эгоизма.

***Прочтите и выделите основные черты***

**Обучение и воспитание детей с нарушениями слуховой функции в специальных заведениях**

Обучение детей с нарушениями слуховой функции, как и других категорий, должно быть систематическим и организованным. При организации школьного обучения учитывается развитие слуховой функции и речи у детей. Соответственно существует два типа специальных школ:

**1) для глухих детей** – I-III степеней (I степень – подготовительная – 1-4 классы; II степень – 5-10 классы; III степень – 11-13 классы);

**2)** **для детей с пониженным слухом** – I-III степеней (I степень – подготовительные, 1- 4 классы; II степень – 5-10 классы; III степень – 11-12 классы).

В специальные общеобразовательные школы (школы-интернаты) ***для глухих*** детей принимаются дети, которые:

– реагируют на громкий голос; реагируют на голос разговорной громкости возле уха; различают отдельные речевые звуки (а, о, у, р), произносимые возле уха голосом повышенной громкости;

– характеризуются средней потерей слуха в речевом диапазоне свыше 80 децибел частоты от 500 до 40000 герц.

В специальные общеобразовательные школы (школы-интернаты) для детей с *пониженным слухом* принимаются дети 6 (7) лет которые:

– имеют среднюю потерю слуха в диапазоне от 30 до 80 дБ, различают речь (слова и словосочетания обычной разговорной громкости на расстоянии 3 метров) и имеют вследствие частичной потери слуха различные уровни недоразвития речи;

– потеряли слух в школьном или дошкольном возрасте, но потеряли речь (полностью или частично);

– различают речь разговорной громкости на расстоянии 3 метров от уха, но имеют значительное недоразвитие речи, что обуславливает трудности в обучении таких детей в общеобразовательном учебном заведении.

В зависимости от состояния сформированности речи дети направляются в I или II отделение Специальной школы:

– в I отделение принимаются дети с пониженным слухом, позднооглохшие дети, владеющие разговорной речью с некоторыми недостатками (нерезко выраженный аграмматизм и недостатки письма);

– во II отделение принимают детей с пониженным слухом и глубоким речевым недоразвитием; детей, пользующихся фразовой речью, но со значительными нарушениями грамматического оформления и ограниченным словарным запасом.

Урок в подготовительных, первых классах школ для глухих и детей с пониженным слухом длится 35 минут, во-вторых-четвертых – 40 минут, в-пятых-двенадцатых – 45 минут с обязательной физкультминуткой. Наполняемость класса школы для глухих детей–8 учеников, школы для детей с пониженным слухом – 12 школьников. Образовательная работа в школах сочетается с коррекционной, которая прежде всего направлена на развитие слухового восприятия и формирование произношения у детей. Кроме того, дети овладевают определенной профессией.

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

**Особенности коррекционной работы в обучении детей с нарушениями слуховой функции:**

– рабочее место ребенка должно быть расположено так, чтобы он всегда хорошо видел лицо учителя;

– следует требовать от ребенка, чтобы он всегда смотрел на учителя в момент его речи;

– следует контролировать, услышал ли и понял ли ребенок материал. Это можно выполнять в различных формах, например, с помощью вопросов.

– особую коррекционную направленность приобретают уроки родного языка, поскольку нарушения слуха препятствуют правильному овладению языком и речью. Поэтому важное значение приобретает грамматическая правильность речи ребенка. Следует предлагать ученику задания, в которых он мог бы упражняться в составлении словосочетаний и предложений, коротких текстов в рамках изучаемой темы;

– необходимо уделять внимание коррекции звукобуквенного состава слов. Весомое значение в этой работе приобретает использование предметных рисунков, разрезной азбуки. К реализации этой задачи следует обязательно привлекать родителей, обучая их отдельным приемам такой работы;

– очень полезно вместе с ребенком устно произносить слова. Многократное проговаривание, помогающее ребенку запомнить звуковой состав слова;

– если ребенок допускает ошибки на письме, то их надо не только исправить, но и проанализировать с ребенком звуковой состав слова, записать его правильно несколько раз;

– работу над звуковым составом слова необходимо проводить с использованием звукоусиливающей аппаратуры;

– во избежание ошибок перед диктантом сообщить ученику, о чем говорится в тексте; заранее ознакомить со сложным для него звукобуквенным слогом, значением и грамматическим оформлением слов и словосочетаний;

– ребенку с пониженным слухом важно увеличить время, которое отводится на самостоятельное чтение;

– все новые слова необходимо давать ребенку в письменной форме;

– на уроках математики особое внимание уделять пониманию условия задачи, применять наглядные средства;

– на всех уроках необходимо проводить работу по развитию речи ребенка.

**Особенности использования наглядных средств для детей с нарушением слуха**:

1. **Учёт особенностей восприятия**. Необходимо применять доступные схемы, таблицы, приближённые к жизни, реалистические иллюстрации.
2. **Предварительная информирование ребёнка** о тематике, содержании и задачах просмотра.
3. **Дозировка и структурирование материала**. Объём, количество пособий, место и время их демонстрации должны согласовываться с темой, содержанием и структурой урока.
4. **Текстовое сопровождение**. Письменные комментарии, аннотации, субтитры оптимизируют восприятие наглядного материала.
5. **Обучение пользованию наглядным материалом** в пределах необходимого. Избыточный наглядный материал не способствует научению ребёнка поиску и отбору необходимой информации.

**Некоторые современные технические средства обучения (ТСО), которые используют для детей с нарушением слуха**:

1. **Звукоусиливающая аппаратура**. Есть коллективного и индивидуального пользования.
2. **Проекционные аппараты**. Позволяют увеличивать изображение в несколько раз, что активизирует ощущения и восприятие глухих детей.
3. **Графопроектор**. С его помощью можно проецировать любой материал, в том числе рисунки, которые выполняются непосредственно перед уроком или даже в процессе урока на прозрачной плёнке, стекле.
4. **Учебные кинофильмы и телепередачи**. Более информативные, чем статические пособия.
5. **Компьютер**. Позволяет управлять учебной деятельностью учащихся, помогает овладеть новыми знаниями, умениями и навыками.
6. **Видеозапись**. Тематика видео разнообразна: фрагменты из телепередач, спектаклей, художественных фильмов, исторических фильмов.

**2. Особенности развития, обучения и воспитания личности при нарушениях зрения**

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

**Классификация нарушений зрительной функции у детей и их причины**

Зрительные нарушения классифицируют по разным параметрам, например:

**По времени возникновения**:

* **Врождённые**. Вызваны вирусными инфекционными заболеваниями, нарушением обмена веществ матери во время беременности, наследственной передачей дефектов зрения.
* **Приобретённые**. Возникают из-за внутричерепных и внутриглазных кровоизлияний, травм головы во время родов и в раннем возрасте ребёнка, повышения внутриглазного давления и других факторов.

**По стабильности процесса**:

* **Непрогрессирующие.**
* **Прогрессирующие.**

**По уровню поражения зрительной системы**:

* **Центральные**. Причиной выступает повреждение зрительной коры головного мозга или проводящих путей. К ним относятся двоение в глазах, нистагм, анизокория и другие.
* **Периферические**. Этиология связана с поражением непосредственно структур глаза. Представлены слезотечением, светобоязнью, резью и болью в глазах, снижением зрения.

**По характеру повреждения зрительного анализатора**:

* **Органические**. Обусловлены наличием анатомического дефекта на любом из участков зрительного тракта. Развиваются при церебральной гипертензии, инсульте, параличе черепно-мозговых нервов, травмах и воспалительных заболеваниях глаза.
* **Функциональные**. Представлены патологией рефракции и аккомодации. Включают миопию, гиперметропию, астигматизм, косоглазие.

**По степени нарушения функции**:

* **Нормальное зрение с минимальными отклонениями**. Незначительные нарушения, которые не оказывают серьёзного влияния на повседневную жизнь. Такие люди могут нуждаться в очках или линзах, но сохраняют способность видеть объекты, читать и заниматься обычной учебной деятельностью без серьёзных затруднений.
* **Слабовидящие**. Могут воспринимать визуальную информацию, но испытывают трудности при рассматривании мелких деталей. Часто используют специальные увеличительные средства (линзы, лупы) или адаптированные материалы с крупным шрифтом и улучшенной контрастностью.
* **Частично зрячие**. Могут различать контуры и крупные объекты, но испытывают значительные ограничения в восприятии. Им требуется специализированная помощь, включая тактильные материалы, рельефные изображения и аудиоматериалы.
* **Полностью незрячие**. Полностью лишены возможности воспринимать визуальную информацию. Используют альтернативные каналы восприятия, такие как слух, осязание и обоняние.

**Слепые (незрячие)** – подкатегория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение, а также лица с прогредиентными заболеваниями и сужением поля зрения (до 10-15°) с остротой зрения до 0,08.

По степени нарушения зрения различают лиц с **абсолютной (тотальной)** слепотой на оба глаза, при которой полностью теряются зрительные ощущения, и лиц **практически** слепых, у которых есть светоощущение или остаточное зрение, позволяющее воспринимать свет, цвет, контуры (силуэты) предметов.

К категории **слабовидящих** (с пониженным зрением) относятся люди с остротой зрения от 0,05 до 0,2 единиц.

У детей со слепотой и слабовидением чаще выявляют объединенную патологию и синдромные поражения, которые затрудняют их реабилитацию. Такие заболевания глаз у детей являются врожденными (85-90 %) и в 1/3 случаев передаются генетически. В последние годы наблюдается тенденция к росту врожденной патологии органа зрения. Дети с тяжелой патологией органа зрения воспитываются преимущественно в специализированных садах и обучаются в школах для слепых и слабовидящих или учебно-реабилитационных центрах.

***Нарушения мышечного глазодвигательного аппарата***

Заболевания мышечного аппарата глаза–довольно частая патология среди глазных заболеваний. Она проявляется в неправильном положении глаз в орбите, ограничении их подвижности, нарушении конвергенции и дивергенции, нистагме и т.д. Чаще встречается неправильное положение глаз в орбите –косоглазие.

Наиболее распространенными нарушениями мышечного глазодвигательного аппарата являются **косоглазие** и **нистагм.**

***Косоглазие*** характеризуется отклонением одного из глаз от общей точки фиксации. Условно ее разделяют на содружество и паралитическое косоглазие.

Различают следующие виды косоглазия: **скрытое, мнимое и явное.**

**Скрытое косоглазие** называется **гетерофорией.** Ее можно обнаружить специальными методами исследования. Гетерофория не нарушает бинокулярное зрение и в большинстве случаев лечение не требует.

**Мнимое косоглазие –** различие между оптической и зрительной осями более 5°, создающее впечатление косоглазия. Лечение не требует, бинокулярное зрение не нарушается.

**Диплопия** (двоение) – очень обременительное для больного расстройство, которое затрудняет ориентирование в пространстве, вызывает головокружение. Она сразу проходит, если закрыть один глаз. Со временем изображение от косого глаза в коре головного мозга подавляется, и диплопия исчезает.

**Нистагм** – это не произвольные колебательные движения глазных яблок (дрожание глаз). Различают физиологический и патологический нистагмы. По направлению движения глаз нистагм может быть горизонтальным, вертикальным, вращательным, маятникообразным.

***Оптические механизмы зрения и их нарушения***

Оптические основы зрения обеспечиваются:

1) построением изображения;

2) взаимосвязью объекта с субъектом, то есть конечным сенсорным эффектом (образом);

3) рассеянием света.

Построение образа определяется четкостью зрения, его остротой, величиной возбужденного поля сетчатки, локализацией изображения. Формирование изображения во многом зависит от правильного или неправильного преломления (аметропия) в глазу, что может быть обусловлено изменением:

– длины осей глазного яблока;

– кривизны поверхности роговицы глаза или хрусталика;

– преломление различных оптических сред;

– иннервации, меняющей преломляющую силу хрусталика.

**Аметропия**, вызванная изменениями длины осей глазного яблока, получила название осевая.

**Близорукость (миопия)**. Различают две формы близорукости: кажущуюся близорукость и простую близорукость. Наблюдения за силой или объемом аккомодации показывают, что после рождения ребенка происходит постепенное развитие преломляющей силы, обусловленное возрастом ребенка, особенностями развития глаза и, прежде всего, ресничного тела, размером глаз и ресничной мышцы. При близорукости, или миопии (лат. *miopia* – близорукость), в связи с отклонениями в рефракции глаза изображение находится впереди сетчатки.

При **кажущейся близорукости** ребенок может ясно видеть на расстоянии 4-6 см, то есть расстоянии более близком, чем для дальнозоркого и взрослого человека с нормальным зрением.

**Дальнозоркость.** Различают два вида дальнозоркости: естественную детскую и обычную дальнозоркость. При дальнозоркости у новорожденных роговица и хрусталик более выпуклые, чем у взрослого человека. **Высокой дальнозоркостью** принято считать дальнозоркость в 5 диоптрий и более.

**Амблиопия** – нефункционирующий глаз или «ленивый» глаз – без признаков структурных аномалий или глазных заболеваний. Это функциональный дефект зрительной системы, морфологическая субстанция которого до конца не изучена. Некоторые современные авторы относят этот дефект скорее к синдрому, включающему повышенный порог восприятия контуров предметов, пространственные искажения, неустойчивую и неточную монокулярную фиксацию, слабую способность глаз к слежению, пониженную контрастную чувствительность, ослабленную аккомодацию.

Среди причин нарушения зрения выделяют врожденные заболевания (в частности, наследственные) и приобретенные. Основными заболеваниями глаз, которые приводят к расстройству зрения, являются: аномалии рефракции (миопия, гиперметропия, различные виды астигматизма), патология хрусталика (катаракта, афакия, эктопия), атрофия зрительного нерва, патология сосудистой и сетчатой оболочек глаза, врожденные аномалии развития, глаукома, последствия травм глаза, амблиопия. Знание возможностей зрительного анализатора при том или ином заболевании, а также особенностей течения конкретной патологии органа зрения (относительно стабильное состояние, возможное улучшение или, наоборот, неизбежное прогрессирующее ухудшение зрения) во многом определяют не только методику, но и стратегию реабилитационных мероприятий.

Учитель-дефектолог получает информацию о состоянии зрения ребёнка из **медицинской документации** и **заключения врача-офтальмолога**.

В частности, из документов учитель-дефектолог узнаёт о диагнозе и степени тяжести зрительной патологии, о состоянии зрительной системы (острота зрения, характер зрения, поле зрения, вид и угол косоглазия).

***Прочтите и выделите основные черты***

**Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями зрения**

Зрение является определяющим в формировании представлений о реально имеющихся предметах, познании существенных признаков разнообразных объектов (цвет, свет, величина), ориентировании в пространстве, восприятии произведений изобразительного искусства и архитектуры, наблюдении сложных изменений в природе.

Известно также, что зрительный анализатор является главным информатором человека. В процессе созревания, накопляемая зрительная информация дифференцируется, усложняется и, тесно взаимодействуя с мышлением, памятью, речью и моторикой, оказывает влияние на формирование интеллекта и личности человека.

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

Нарушение зрения обычно вызывает отклонения практически во всех видах познавательной деятельности из-за снижения качества получаемой информации: сокращение зрительных ощущений ограничивает возможность формирования образов памяти, обеспечивает схематизм и отсутствие целостности зрительного образа; отсутствие бинокулярного зрения приводит к нарушению восприятия перспективы и глубины пространства. Среди слабовидящих существует большое количество лиц с нарушением цветоразличающих функций и контрастной чувствительности зрения, имеются врожденные формы патологии цветоощущения. Зрительное восприятие сохранено лишь частично и является не вполне полноценным. Обзор окружающей действительности у них сужен, замедлен и неточен, поэтому их зрительное восприятие и впечатление ограничены, а представления имеют качественное своеобразие. Из-за этого специфические особенности возникают и в других анализаторах человеческой системы–ограничиваются возможности формирования образов воображения, памяти, а также психологических систем, их структур, связей, функций и отношений внутри систем. Происходят качественные изменения системы взаимоотношений анализаторов, возникают специфические особенности в формировании образов, понятий, языка, внимания, в соотношении образного и понятийного в умственной деятельности, а также замедляется интенсивность движений, их точность, становится специфической походка и другие двигательные акты.

Объем и устойчивость внимания снижаются из-за ограничения внешних впечатлений, но активность, интенсивность, сосредоточенность внимания могут быть развиты также, и даже лучше, чем у здоровых людей.

Особенности психическое развитие детей с нарушениями зрения связаны, прежде всего, с тем, что они, в отличие от слепых, имеют возможность использовать с целью восприятия предметов и явлений окружающей действительности и пространственной ориентации имеющееся у них остаточное зрение. Но достаточно глубокие нарушения зрительной функции обуславливают такие особенности процессов визуального восприятия, как заторможенность, пониженная точность, узость обзора.

Даже незначительные нарушения зрения могут привести к неполному, а иногда искаженному отражению внешнего мира, к обеднению круга представлений, неадекватному поведению, если не будут использованы компенсаторные возможности центральной нервной системы и специальные технические средства (очки, звуковые сканеры, электронные линзы и т.д.). Дети со сниженным зрением не видят строки, путают похожие изображения и тому подобное. Несоответствующие его возможностям требования быстро утомляют ребенка, ухудшая его общее состояние и делая безуспешным обучение в обычных школьных условиях. Дети с дефектами зрения оказываются беспомощными в простых ситуациях, производят впечатление умственно отсталых. Но если предложить слабовидящим устное задание логического характера, они с ним успешно справляются.

Полная или частичная потеря зрения формирует своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта. У незрячих и слабовидящих возникают трудности в игре, учении, в овладении профессиональной деятельностью. В более старшем возрасте у лиц с нарушенным зрением возникают бытовые проблемы, что вызывает сложные переживания и негативные реакции. «Дефекты зрения в зависимости от времени их появления и глубины могут в той или иной степени обусловливать возникновение условий, которые препятствуют формированию или проявлению активной жизненной позиции, установлению дружеских и деловых отношений с окружением» (В.З. Кантор).

Нарушение взаимодействия чувственных и интеллектуальных функций проявляется в некотором своеобразии умственной деятельности с преобладанием развития абстрактного мышления. Успешность овладения ребенком с нарушениями зрения различными видами деятельности: предметной, игровой, трудовой, учебной – зависит от уровня развития наглядно-образных представлений, пространственного мышления, пространственной ориентировки. Пространственная ориентация является важной частью свободного движения в пространстве. Нарушения зрения негативно отражаются на протекании нервных процессов и опосредуют в той или иной степени особенности познавательной и поведенческой сфер личности. В частности, при нарушениях зрения у ребенка наблюдается отставание в развитии представлений, понятий, что необходимо учитывать педагогам во время организации занятий с такими детьми. Так, например, амблиопия, являясь результатом действия дестабилизирующих факторов на орган зрения в наиболее сенситивный период его развития, оказывает патологическое воздействие на вышеупомянутые сферы. Это выражается в замедленности анализа, трудностях формирования образных представлений, бедности словарного запаса, снижении зрительной работоспособности.

***Прочтите и выделите основные черты***

**Обучение и воспитание детей с нарушениями зрительной функции в специальных заведениях**

1. Приему в специальные общеобразовательные школы-интернаты (школы) слепых и слабовидящих подлежат дети с остротой зрения на лучшем глазу в пределах от 0 до 0,4.

Офтальмологические показания к направлению в спецшколы-интернаты (школы) для слабовидящих и слепых детей устанавливаются строго индивидуально в зависимости от состояния основных зрительных функций - остроты зрения с переносимой коррекцией обычными оптическими стеклами (для дали и близи), поля зрения, а также характера поражения органа зрения и течения патологического процесса на обоих или лучшем глазу. Принимается во внимание не только основной, но и сопутствующий офтальмологический диагноз, а также все данные, полученные в результате офтальмологических исследований.

2. В школы-интернаты слепых принимаются дети:

а) с остротой зрения на лучшем глазу 0,04 и ниже с переносимой коррекцией;

б) с остротой зрения на лучшем глазу 0,05 - 0,08 с переносимой коррекцией, при прогрессирующей атрофии зрительного нерва, при тапеторетинальных дистрофиях сетчатки и других заболеваниях, характеризующихся прогрессирующим падением зрения.

3. В школы-интернаты (школы) слабовидящих принимаются дети:

а) с остротой зрения 0,05 - 0,4 на лучшем глазу с переносимой коррекцией, при этом учитывается состояние других зрительных функций (поле зрения, острота зрения для близи), форма и течение патологического процесса. При отсутствии прогрессирования патологического процесса и астенопических жалоб дети с остротой зрения выше 0,2 могут обучаться в массовой школе;

б) с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях, а также при наличии астенопических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии;

в) во всех случаях дети должны читать шрифт N 9 таблицы для определения остроты зрения для близи с переносимой коррекцией обычными оптическими стеклами с расстояния не ближе 15 см.

4. Приему в подготовительный класс подлежат дети 7-летнего возраста. Однако в отдельных случаях как в подготовительный, так и в другие классы допускается прием детей с превышением возрастных норм, установленных для общеобразовательных школ, на два года. В дошкольные группы могут приниматься дети 6-летнего возраста.

Слепые и слабовидящие умственно отсталые дети обучаются во вспомогательных классах соответствующих школ для детей с нарушением зрения.

Зачисление детей в класс умственно отсталых производится на основании решения медико-педагогической комиссии только после того, как в процессе учебно-воспитательной работы с ними на протяжении не менее одного года установлено, что неуспеваемость обусловлена умственной отсталостью.

5. Не подлежат приему в школы слепых и слабовидящих:

а) глубоко умственно отсталые дети;

б) дети с глубокими отклонениями в поведении, нарушениями эмоционально-волевой сферы (органического происхождения);

в) дети с глубокими нарушениями двигательной сферы, самостоятельно не передвигающиеся и не обслуживающие себя;

г) слепоглухонемые.

Эти дети направляются в специальные детские учреждения Министерства социального обеспечения и Министерства здравоохранения.

***Читать и законспектировать***

**Основные направления коррекционной работы со слабовидящими детьми**

Ребенок с нарушениями зрения имеет все возможности для высокого уровня психофизического развития и полноценного познания окружающего мира с опорой на сохранные анализаторы. Коррекционная работа направлена на использование специальных приемов и способов наблюдения явлений и предметов с опорой на слух, осязание, обоняние, что позволяет формировать у детей сложные образы реальной действительности.

Итак, система компенсации основывается на:

1. Остаточном зрении.
2. Развития слухового восприятия.
3. Получении информации через тактильный анализатор.
4. Использовании системы условных обозначений, позволяющих усвоить чтение и письмо (система Брайля).

***Помощь:***

**Охрана остаточного зрения.** У слабовидящих зрение остается ведущим анализатором. Они имеют некоторую возможность при знакомстве с явлениями, предметами, а также при пространственном ориентировании использовать имеющееся у них зрение.

**Задействовать другие каналы поступления информации: с*луховое восприятие***, ***тактильное восприятие***

**Развивать** волевые качества личности, самостоятельность и активность в отработке практических навыков.

***Направления коррекционной работы по формированию зрительного восприятия в тифлопедагогике:***

1. Развитие поисково-ориентировочной функции. Включает развитие пространственного восприятия и формирование навыков пространственной ориентации. Способствует развитию центрального, периферического, бинокулярного зрения, поля зрения.
2. Развитие информационно-познавательной функции. Включает формирование предметных представлений, сенсорных эталонов, развитие восприятия сюжетных изображений. Способствует обогащению зрительного опыта детей, обучению их способам обследования предметов и явлений окружающей среды, способам получения и переработки информации.
3. Развитие регулирующей и контролирующей функции. Оказывает положительное влияние на совершенствование и развитие аккомодационных механизмов, конвергенцию глаз, поле взора.
4. Совершенствование сенсорных эталонов. Включает расширение знаний о сенсорных эталонах, закрепление представлений о системе сенсорных эталонов, формирование и автоматизацию умений пользоваться ими при анализе свойств и качеств предметов.
5. Совершенствование и автоматизация способов обследования предметов. Включает закрепление умения узнавать предметы, предложенные для восприятия в разных модальностях, совершенствование и обогащение предметных представлений, навыков полного последовательного зрительного обследования предметов.
6. Расширение и коррекция представлений о предметах реального мира. Включает расширение круга представлений о предметах, трудных для дистанционного восприятия, а также предметов, недоступных зрительному восприятию детей с нарушением зрения, предметов, имеющих сложное строение.
7. Совершенствование зрительно-моторных координаций. Включает совершенствование способов восприятия движущихся предметов, развитие навыка прослеживания глазами за действием руки, умения удерживать в поле зрения зрительный стимул при выполнении зрительной задачи, осязания и мелкой моторики.

Для успешной реализации коррекционной работы необходим индивидуальный и дифференцированный подход с учётом степени и характера нарушения зрения, особенностей зрения ребёнка, уровня развитости зрительного восприятия, возраста и индивидуальных особенностей психофизического развития.

**Особенности педагогических методов в тифлопедагогике**:

**Индивидуальный подход**. Педагоги учитывают степень нарушения зрения, особенности развития и характер каждого ребёнка. Это помогает выбрать оптимальные методы обучения и создать комфортные условия для развития.

**Междисциплинарный подход**. Тифлопедагог сотрудничает с офтальмологами, психологами и логопедами. Такое взаимодействие обеспечивает комплексную поддержку ребёнка и его семьи.

**Развитие других органов чувств**. Тифлопедагоги помогают детям развивать слух, осязание, обоняние. Эти органы чувств частично компенсируют нарушения зрения.

**Современное оборудование в тифлопедагогике** делает образование доступным для детей с нарушениями зрения. Некоторые виды оборудования:

1. **Рельефно-точечный шрифт Брайля**. Это основной инструмент обучения незрячих детей чтению и письму. Современные принтеры позволяют быстро создавать учебные материалы с рельефным шрифтом.
2. **Тифлоприборы**. В образовательном процессе используют электронные увеличители для работы с текстом, устройства для создания тактильных изображений, звуковые калькуляторы, тифломагнитолы для прослушивания аудиокниг.
3. **Умные очки**. Устройство распознаёт предметы, лица людей и текст.
4. **Специальные компьютерные программы**. Программы экранного доступа озвучивают текст и действия пользователя. Тактильные дисплеи Брайля позволяют читать текст с экрана компьютера.

**Особенности наглядных пособий в тифлопедагогике**:

* **Использование натуральных наглядных пособий**. Работа с ними способствует формированию у детей бисенсорного (зрительно-осязательного или осязательно-слухового) и полисенсорного (с использованием всех анализаторов) восприятия изучаемого наглядного материала.
* **Требования к наглядному материалу**. Учитываются сложность, специальные размеры, форма, рельеф, степень контрастности и окрашенность пособий, условия воспроизводительной деятельности, последовательность и режим предъявления дидактического материала.

**3. Особенности развития, обучения и воспитания детей с нарушениями речевого развития**

***Ознакомьтесь и выделите основные черты***

Речь формируется в процессе общего психофизического развития ребенка. *Условиями формирования нормальной речи является* сохранная центральная нервная система ребенка; наличие нормального слуха и зрения; достаточный уровень речевого общения взрослых с ребенком.

Однако любое отклонение от возрастной нормы как изолирующий фактор не является свидетельством нарушения речи. Оценивать это необходимо в комплексе, учитывая целостные показатели психофизического развития ребенка.

Нарушения речи у детей характеризуются тем, что:

* не соответствуют возрасту говорящего;
* самостоятельно не исчезают, а закрепляются;
* сказываются на дальнейшем развитии ребенка, задерживая и усложняя его;
* нуждаются в логопедической помощи.

Заметим, что к этой категории не относятся дети, у которых речевые отклонения обусловлены возрастными особенностями, диалектизмами или временными особенностями анатомо-физиологического аппарата (выпадение зубов, риниты и т.д.).

Если у ребенка сохранны слух, зрение, интеллект, однако имеются значительные изъяны речи, отражающиеся на всем психическом развитии, то можно говорить именно о первичном речевом нарушении. Диагностика речевых нарушений осуществляется по трем аспектам.

*Медицинский аспект* предполагает определение времени и причин нарушения; их локализации.

*Логопедический аспект* предусматривает установление нарушенного элемента речевой системы, определение степени нарушения и его структуры.

*Психологический аспект* предполагает выявление особенностей формирования личности, влияния дефекта на коммуникативную функцию, всестороннее изучение познавательных психических процессов.

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

**Основными причинами нарушений речи являются:**

– биологические факторы: внутриутробная патология, в частности: инфекционные или соматические заболевания, травмы, несовместимость крови по резус-фактору, интоксикации и др.; родовые травмы или асфиксия; различные заболевания или травмы в первые годы жизни ребенка;

– социально-психологические факторы: недостаточность эмоционального и речевого общения со взрослыми, двуязычие в семье, чрезмерное стимулирование речевого развития ребенка, педагогическая запущенность, психотравмирующие ситуации.

Нарушения речи в логопедии классифицируются с учетом *клинико-педагогического и психолого-педагогического* подхода. Такое разделение необходимо для правильной диагностики и коррекции речевой патологии, адекватного выбора заведения для ребенка.

В ***клинико-педагогической классификации*** выделяют нарушения устной и письменной речи.

К нарушениям ***устной*** речи относятся:

*1.****Нарушение фонационного (внешнего) оформления произносительной стороны речи:*** *афония, дисфония –* отсутствие или нарушение голоса; *тахилалия* – патологически ускоренный темп речи; *брадилалия* – патологически замедленный темп речи; *заикание* – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц артикуляционного аппарата; *дислалия –* нарушение произносительной стороны речи при сохранном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата; д*изартрия –* нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата; *ринолалия –* нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

***2. Структурно-семантические (внутренние) или системные нарушения речи:*** *алалия –* отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга; *афазия* – полная или частичная потеря речи, обусловленная локальными повреждениями головного мозга. Это сложные недостатки, при которых страдают не только все стороны речи, но и личностное развитие человека.

К нарушениям ***письменной*** речи относятся:

* дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение процессов чтения;
* дисграфия (аграфия) – частичное (полное) нарушение процессов письма.

***Психолого-педагогическая классификация*** является необходимой для организации логопедического воздействия в условиях работы с детским коллективом (дошкольная группа, класс). Речевые нарушения при этом разделяют на две группы:

***Нарушение средств общения:***

* фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН) – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными расстройствами, вследствие пороков восприятия и произношения фонем;
* общее недоразвитие речи (ОНР) – нарушение формирования всех компонентов речевой системы, относимых до звуковой и смысловой сторон речи (звуковая речь, лексика, грамматическое строение, связная речь), при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте.

***Нарушение в применении средств общения:***

* заикание;
* проявления речевого негативизма.

В этой классификации нарушения письма и чтения рассматриваются не как самостоятельные, а в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи, как их последствия.

***Прочитать и законспектировать***

Психологические особенности детей с нарушениями речи (детей-логопатов) находятся в прямой зависимости от клинического диагноза, качества и степени нарушения, его причин, в частности, дети, нарушения речи которых обусловлены органическими поражениями нервной системы, являются изнурительными, быстро устают, прежде всего, в умственных видах деятельности. Они могут быть возбужденными, расторможенными, беспокойными, несдержанными, их настроение быстро меняется вследствие эмоциональной неустойчивости. У отдельных детей наблюдается заторможенность умственной работоспособности, снижение внимания. Довольно часто нарушения этой категории детей вызывают неустойчивость внимания и памяти, недостаточность регулирующей функции речи, нарушение познавательной деятельности и умственной работоспособности. Дети с нарушениями речи функционального характера характеризуются как повышенной возбудимостью, негативизмом, нарушениями поведения, так и наоборот – чрезмерной застенчивостью, неуверенностью.

***Прочитать и законспектировать***

**Обучение и воспитание детей с нарушениями речи**

В системе дошкольного образования ребенок с нарушениями речи может получать помощь в специальных логопедических группах (отдельных ДОУ), которые дифференцируются следующим образом:

1) для детей с ФФН;

2) для детей с ОНР;

3) для детей с заиканием.

В эти группы принимаются дети с первично нарушенной речью и сохранным слухом, и интеллектом. Продолжительность пребывания в этих группах определяется в соответствии с качеством речевого нарушения ребенка. Основной ***целью*** специальных логопедических дошкольных учреждений (групп) является коррекция речевых нарушений у детей и полноценная подготовка их к обучению в массовой школе.

Обучение и воспитание осуществляются на основе программ дошкольного учреждения, адаптированных к особенностям психофизического развития этой категории воспитанников. Эффективность логопедической помощи в дошкольных учреждениях зависит от комплексного психолого-медико-педагогического воздействия и сотрудничества с родителями. Непосредственную коррекцию речевых нарушений осуществляют *логопеды.* С воспитанниками логопедических групп работают не только логопеды, но и *воспитатели,* задачей которых является закрепление речевых навыков, выработанных на логопедических занятиях, развитие детей и формирование у них знаний в соответствии с программой ДОУ. На занятиях по *музыке и физическому воспитанию* осуществляется укрепление здоровья детей, развитие координации движений и положительных эмоций, логоритмическое воздействие. *Психолог* работает над преодолением недоразвития отдельных познавательных процессов, проблем эмоционально-волевой сферы и поведения. По необходимости дети получают *медикаментозное лечение, физпроцедуры,* участвуют в занятиях по *ЛФК.* Закрепление полученных знаний, создание положительной атмосферы для развития обеспечивают родители ребенка.

*Логопедические пункты системы образования*. Школьники с нарушениями речи получают логопедическую помощь на занятиях в логопедических кабинетах при общеобразовательных школах. Логопедические занятия коррекционно-развивающей направленности, проводятся одновременно со школьным обучением и базируются на учебных программах (прежде всего родного языка, математики).

**Обучение детей с тяжелыми нарушениями речи**

В тех случаях, когда нарушение речи приобретает стойкий характер и не может корректироваться в условиях школьного логопункта, а ребенок из-за имеющегося нарушения не может учиться с ровесниками в массовой школе, обучение осуществляется в специальных общеобразовательных школах (школах-интернатах) для детей с тяжелыми нарушениями речи. Соответственно нормативных документов в эти школы принимаются дети с нормальным и первично сохраненным интеллектом.

**4. Особенности развития, обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

***Ознакомьтесь и выделите основные черты***

**Паралич** (от гр. *рaralio* –расслабляю) – полное выпадение двигательных функций, которое зависит от поражения двигательного аппарата центральной или периферийной нервной системы. Параличи подразделяются на функциональные и органические.

***Функциональные параличи*** не сопровождаются анатомическими изменениями в нервной системе, чаще всего являются истерическими и возникают вследствие развития устойчивого очага торможения в области двигательного анализатора коры головного мозга. Они возникают внезапно, так же внезапно исчезают и не оставляют внешне видимых последствий. Частичный паралич, или паралич в стадии обратного развития, называется *парезом.* ***Органические параличи*** в зависимости от места поражения нервной системы подразделяются на периферийные и центральные. При *периферийных* параличах поражаются двигательные клетки передних рогов спинного мозга или же периферийные нервные стволы; выпадают все движения и падает тонус мышц (дряблый паралич), мышцы атрофируются, сухожильные рефлексы и рефлексы кожи затухают. При *центральных* параличах наблюдается поражение пирамидной системы, и нарушения могут возникать в различных отделах головного и спинного мозга. При нем отдельные мышцы конечностей повреждаются неодинаково; мышечный тонус повышается (спастический паралич); двигательные функции выпадают не полностью: произвольные движения становятся невозможными, а сухожильные рефлексы резко возрастают; появляются патологические рефлексы.

***К пренатальным факторам возникновения детского церебрального паралича*** относят: конституцию матери; ее соматические, инфекционные, эндокринные заболевания в период беременности; интоксикацию ее организма (употребление алкоголя, никотина, наркотических веществ, отравление продуктами питания, медикаментозными препаратами, химическими веществами и т.п.); осложнения предыдущей беременности; диабет; неправильное крепление плаценты; несовместимость крови матери и плода; негативное влияние факторов окружающей среды (проживание или труд на экологически загрязненных территориях, предприятиях, радиоактивных зонах, возле предприятий химической, металлургической отраслей и т.д.). К этим факторам можно отнести и неблагоприятные предшествующие роды; лечение тироидными гормонами во время беременности; кровотечение в поздние периоды беременности; употребление матерью экстрогенных гормонов, внутриматочные повреждения. Также к этим факторам относят и маленький вес новорожденного ребенка (до 1500 г; ненормальную позицию плода; малый вес плаценты; беременность сроком менее 37 недель; выраженный дефект родов; аномалии конечностей; микроцефалию; генетические факторы (примерно у 2%).

***К натальным*** факторам относятся: недоношенность; асфиксия во время родов; механические нарушения во время родов; неправильное предыдущее положение плода; скоротечные роды; длительные роды; слабость родовой деятельности; стимулирование родов и тому подобное.

***К постнатальным*** факторам относятся: травмы черепа, костей, гематомы, травмы шеи; инфекционные заболевания: менингит, энцефалит, абсцесс мозга и т.д.; интоксикации: медикаментозными препаратами, химическими веществами, продуктами питания, наркотиками, алкоголем, свинцом, мышьяком и т.д.; кислородная недостаточность; при новообразованиях и других приобретенных отклонениях в мозге: киста, гидроцефалия, опухоль и т. д.

***Запишите в рабочую тетрадь***

У детей с поражением двигательных систем головного мозга могут развиваться: паралич четырех конечностей – тетраплегия (отсутствие или ослабление движений всех конечностей с преобладанием проблем в руках), диплегия (при преобладании паралича ног), гемиплегия (паралич одной половины тела), нижняя параплегия (поражение ног).

*Спастическая* форма церебрального паралича–для нее характерны повышение сухожильных рефлексов, рефлекс растяжения мышц, судороги, мышечная слабость, недоразвитие поврежденных конечностей. Ребенок с церебральным параличом в основном передвигается на носочках, ставя одну ногу наперекосяк с другой.

*Атетоидная* форма церебрального паралича проявляется в произвольных движениях–кривых, медленных, выделительных движениях пальцев рук, тела. В основном более выражены нарушения в движениях их конечностей; произвольных движениях мышц лица.

*Атаксическая* форма церебрального паралича характеризуется нарушением координации движений, особенно движений рук, ростом рефлексов, быстрыми движениями глазных яблок, мышечной слабостью, тремором. В детстве движения ног ребенка ограничены. Когда она начинает ходить – широко расставляет ноги. Несогласованность работы мышц приводит к невозможности выполнять точные и спонтанные движения.

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

**Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями опорно-двигательной системы**

Особенности психического развития при ДЦП условно можно распределить на 4 группы:

*1) легкие психические расстройства непсихотического уровня;*

*2) выраженные психические расстройства непсихотического типа;*

*3) тяжелые психические расстройства психотического типа;*

*4) интеллектуально-мнестические расстройства.*

К **первой группе** относятся дети с такими ведущими проявлениями:

а) цереброастенического синдрома;

б) неврозоподобного синдрома;

в) вторичных невротических синдромов.

Ведущим проявлением *цереброастенической симптоматики у* больных с ДЦП является синдром «раздражительной слабости». Он объединяет повышенную утомляемость, истощенность психических процессов ребенка, снижение работоспособности, а также – наличие повышенной раздражительности, склонность к аффективным вспышкам, немотивированным изменениям поведения. Этим детям присущи рассеянность и трудности переключения внимания, значительные трудности при необходимости сосредоточения на определенной деятельности. Умственные процессы замедлены, ощущаются трудности при выполнении аналитико-синтетической деятельности, умственная работоспособность снижена. Также наблюдается задержка формирования речи, наличие различных вариантов речевых отклонений: от несложных нарушений звукопроизношения вплоть до моторной алалии.

При *неврозоподобных* расстройствах у детей с ДЦП также отсутствуют грубые нарушения психики, но при этом наблюдаются различные варианты цереброастенических расстройств. Эти дети имеют пониженный фон настроения, для них присущи немотивированные фобические реакции: от страха темноты, воды, одиночества до страха за свое здоровье. Часто возникают истероидные реакции, которые больше присущи девочкам. Могут наблюдаться приступы аффективно-двигательного расторможения, возбуждения, немотивированный смех, плач, крики и тому подобное.

Вторичные невротические синдромы возникают у детей с сохранной психикой в подростковом возрасте. Такие дети осознают свою физическую неполноценность и при отсутствии активной психолого-педагогической коррекции и помощи у них могут возникать невротические срывы, клиника которых является разнообразной, но преимущественно с теми же симптомами, что и при неврозоподобных расстройствах.

Ко **второй группе** относят тех больных ДЦП, клиническая картина которых содержит ярко выраженные разнообразные варианты нарушения поведения и личностные девиации. Ко второй группе у детей с ДЦП можно отнести 5 следующих вариантов, которые по-разному проявляются в разном возрастном периоде: синдром невропатии; синдром РДА; гипердинамический синдром; различные варианты патологического формирования личности – органические психопатии и психопатоподобные синдромы.

Центральное место в структуре *синдроманевропатии* занимает резкая возбудимость ребенка и выраженная неустойчивость его вегетативной системы: нарушение формулы сна и бодрствования, а также аппетита. Они сочетаются с общей гиперстезией больного и его истощенностью. Характерными являются повышенная тревожность, наличие фобических реакций, особенно перед всем новым.

Основным проявлением синдрома *раннего детского аутизма* является отчетливая недостаточность или полное отсутствие потребности в общении, эмоциональная холодность по отношению к близким людям. Для таких детей присущ страх нового, однообразное поведение со склонностью к стереотипным движениям, отсутствие речи или наличие разнообразных его нарушений. У детей с ДЦП синдром РДА наблюдается чрезвычайно редко, и у отдельных больных при отсутствии специальных психокоррекционных мероприятий может способствовать формированию признаков аутистической (шизоидной) психопатии.

Основными проявлениями *гипердинамического синдрома* выступают общая двигательная тревожность ребенка, его непоседливость, недостаточная целеустремленность, а часто и импульсивность поступков, нарушение концентрации внимания. Иногда у таких детей наблюдается агрессивность, склонность к разрушительным действиям, наличие явлений негативизма.

Еще одними из нарушений при ДЦП являются различные варианты *патологического формирования личности и органические психопатии и психопатоподобные синдромы.* Под ними понимается обретение человеком в детском и подростковом возрасте под влиянием неблагоприятных социально-бытовых факторов некоторых достаточно устойчивых негативных качеств характера, которые негативно влияют на процесс социализации личности. Чаще всего у детей с ДЦП встречаются аффективно-возбуждающий, тормозной, истероидный и неустойчивый варианты патологического развития личности. По механизмам своего формирования патологическое развитие личности детей с ДЦП происходит по дефицитарному типу – то есть связанному с наличием у подростков разнообразных физических дефектов, к которым относятся и нарушения опорно-двигательного аппарата.

**Третья** группа психопатических проявлений – ***тяжелые психические расстройства психотического типа –*** включает в себя случаи психопатологических реакций, которые возникают у детей в следствие резидуально-органических повреждений головного мозга. В большинстве случаев психотические нарушения развиваются у больных ДЦП под влиянием дополнительных факторов (психическая или физическая травма, тяжелая нейроинфекция, интоксикация, поражение током и т. п.) проявляются в виде эпизодических кратковременных расстройств сознания по типу делириозного состояния, по типу состояния помутнения сознания, провоцирующего развитие истерического, депрессивного, маниакально-шизофренического синдрома.

**Четвертую** группу психических проявлений при ДЦП составляют ***интеллектуально-мнестические расстройства.*** Основным психическим механизмом при этих состояниях выступает интеллектуальная недостаточность.

***Читать и законспектировать***

**Обучение и воспитание детей с нарушениями опорно-двигательной системы в специальных заведениях**

Существует сеть специальных школ (школ-интернатов) для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата I–III степеней (I степень – подготовительный класс, 1-4 классы; II степень – 5-10 классы; III степень – 11-12 классы). *Направлению* в эти школы *подлежат* дети 6 (7) лет, которые самостоятельно передвигаются, не нуждаются в индивидуальном уходе, с такими заболеваниями:

1. церебральные параличи;
2. последствия полиомиелита в восстановительном и резидуальном состояниях;

3) артрогрипоз, хондродистрофия, миопатия, последствия инфекционных полиартритов;

4) другие врожденные и приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата.

Дети, у которых кроме двигательных расстройств, констатируется задержка психического развития и умственная отсталость, выделяются в отдельные классы в составе этой школы.

Нормы продолжительности уроков в школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

* в подготовительном классе – 30минут;
* в 1-м классе – 35-40 минут;
* во 2-м классе и далее – 45 минут.

При этом на каждом уроке после 20 минут занятий необходимо проводить 5‑минутную физкультпаузу с включением лечебно-коррекционных мероприятий.

***Ознакомьтесь и выделите основные черты***

**Коррекционные приемы реализации индивидуального подхода к детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях инклюзивного обучения**

Дети с нерезко выраженными нарушениями опорно-двигательного аппарата*,* которые могут самостоятельно передвигаться и себя обслуживать, имеют сохраненный интеллект, могут учиться в общеобразовательной школе, однако их успеваемость и социальная адаптация будут зависеть от индивидуального подхода учителя.

Остановимся на некоторых особенностях работы педагогов с таким ребенком:

* следует определить оптимальную дозировку выполнения письменных работ с учетом нарушений общей и мелкой моторики пальцев рук;
* предусматривать вариативность письменных работ: не только самостоятельное письмо, но и раздаточные карточки с печатной основой; не только ручка, а магнитная доска, компьютер;
* давать больше времени на выполнение письменных заданий или заменять часть из них на устные;
* при наличии нарушений пространственных отношений и несформированности зрительно-пространственной координации следует использовать следующие приемы:

1. специально указать (ручкой, карандашом) строку и место, где нужно начинать писать, рисовать;
2. обозначать расстояние между строками или частями задачи;

* при выполнении арифметических действий в столбик можно раскрасить ячейки карандашом, например, сотни – зеленым, десятки – синим, единицы – красным;
* при чтении использовать специальные закладки с прорезями для фиксирования слова, словосочетания или предложения;
* оценивая ребенка, не снижать баллы за медленный ответ, недостаточную интонационную выразительность, особенности письма.

Обучение и воспитание ребенка с пороками опорно-двигательного аппарата должно быть совмещенным с оздоровлением и лечением, логопедическими занятиями, занятиями с психологом, лечебной физкультурой, массажем.

**Раздел 4**

**Тема: Особенности развития, обучения и воспитания детей с нарушениями интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы**

**Содержание:**

1. Особенности развития, обучения и воспитания личности при нарушениях интеллекта
2. Понятие «задержка психического развития» и ее классификация. Обучение и воспитание детей с ЗПР.
3. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и особенности их обучения.

**Ключевые слова:** умственная отсталость, олигофрения, деменция, задержка психического развития, психопатия, эмоционально-волевая сфера, педагогическая коррекция.

**Цель и задачи раздела:**

1. сформировать знания об устойчивом недоразвитии, задержке, повреждении и дисгармоничном развитии личности;
2. ознакомить студентов с проблемами психического развития детей с нарушениями интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы в теориях и практике дефектологии;
3. ознакомить с особенностями коррекционного воздействия при работе с детьми, имеющими нарушения интеллекта;
4. раскрыть содержание основных типологий дисгармонического развития.

**Успешное изучение раздела позволяет:**

**Иметь** представление о понятийно-категориальном аппарате олигофренопедагогики.

**Знать** структуру дефекта при первичных нарушениях интеллектуальной или эмоционально-волевой сферы.

**Ознакомиться** с принципами коррекционного обучения во вспомогательной школе.

**Владеть ключевыми понятиями:** нарушение интеллектуальных способностей, задержка психического развития, эмоционально-волевая сфера, психопатоподобное поведение.

**Методические рекомендации к изучению раздела 4**

При изучении раздела 4 обратите внимание на особенности влияния первичного дефекта при различных типах дизонтогенеза на формирование познавательных процессов у детей и особенности коррекционной работы с ними (по нозологиям).

**Учебный материал**

**1. Особенности развития, обучения и воспитания личности при нарушениях интеллекта**

***Прочтите и выделите основные черты***

Умственная отсталость – это стойкое нарушение познавательной деятельности человека, которое возникает вследствие органического повреждения центральной нервной системы.

Степень поражения головного мозга может быть различной по сложности, локализации, времени воздействия на него того или иного болезнетворного фактора.

Умственная отсталость как патология может быть констатирована лишь в том случае, если у одного субъекта есть одновременно три ***основных признака:***

1. органическое поражение головного мозга диффузного характера (приобретенное или наследственное);
2. нарушение познавательной деятельности, в частности, всех умственных операций (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование и т.д.), памяти, речи;
3. устойчивость нарушения или его регрессивность.

Из-за имеющихся признаков ребенок не может овладеть программой общеобразовательной школы в полном объеме в устоявшиеся сроки.

Структура дефекта у умственно отсталых детей является достаточно сложной (по Л.С. Выготскому):

**Первичный дефект:** слабость ориентировочной деятельности; низкая познавательная активность; слабость замыкающей функции коры головного мозга; низкая умственная работоспособность; инертность нервных процессов.

**Вторичный дефект:** недоразвитие мышления, речи, памяти, внимания, восприятия.

**Дальнейшие осложнения:** незрелость эмоционально-волевой сферы личности, нарушение поведения.

***Проверьте и запишите***

**Классификация умственной отсталости**

Умственная отсталость классифицируется по видам, формам, степеням, диагнозам. Представим краткую характеристику отдельных классификаций. К группе умственно отсталых относятся лица с клиническими диагнозами, которые согласно современной международной классификации болезней (МКБ-10) обозначаются соответствующими шифрами:

F 70 - легкая умственная отсталость;

F 71 - умеренная умственная отсталость;

F 72 - тяжелая умственная отсталость;

F 73 - глубокая умственная отсталость;

F 78 - другая умственная отсталость;

F 79 - неуточненная умственная отсталость.

Умственная отсталость делится на ***два вида:*** олигофрения и деменция.

**Олигофрения** возникает в результате мозговых заболеваний в период внутриутробного развития, в раннем детстве или как следствие родовых травм. У детей-олигофренов недоразвитыми являются высшие формы познавательной деятельности. Олигофрения характеризуется отсутствием прогредиентности, то есть у ребенка в процессе его развития умственная отсталость не прогрессирует. При специально организованных условиях ребенок-олигофрен способен овладеть определенными знаниями, умениями и навыками, достичь определенного уровня развития.

Причинами олигофрении могут быть:

1. неполноценность генеративных клеток родителей, обусловленная наследственностью или связанная с внешними вредностями;
2. вредности, действующие на зародыш и плод в период внутриутробного развития: инфекции (краснуха, грипп, токсоплазмоз); интоксикации; гормональные нарушения беременной; несовместимость антигенных свойств крови матери и ребенка; механические воздействия на зародыш и плод;
3. вредности, действующие во время родов или в первые годы жизни ребенка: родовые травмы; асфиксия; глубокая недоношенность или переношенность ребенка; мозговые инфекции (менингит, энцефалит); интоксикации; травмы головного мозга.

Олигофрения подразделяется на несколько групп (классификация М.С. Певзнер), которые отличаются патофизиологической, клинической и психологической характеристикой. Отдельно:

* неосложненная олигофрения;
* олигофрения, осложненная преобладанием возбуждения над торможением;
* олигофрения, осложненная преобладанием торможения над возбуждением;
* олигофрения, осложненная грубым нарушением личности, резким изменением потребностей и мотивов;
* олигофрения, осложненная частичным нарушением анализаторов.

**Деменция** возникает на более позднем этапе развития ребенка в результате перенесенного заболевания центральной нервной системы после трех лет или текучего заболевания мозга, которое началось в дошкольном, младшем школьном или подростковом возрасте.

Деменция может быть непрогредиентной – вследствие травматических повреждений головного мозга, менингитов, энцефалитов, однако есть и такие дементные дети, страдающие текущим заболеванием головного мозга. К прогредиентным формам деменции относятся: эпилептическая; шизофреническая; ревматическая; сифилис головного мозга.

***Читать и законспектировать***

Согласно современной международной классификации болезней (МКБ-10) по сложности и выраженности нарушения умственную отсталость разделяют на ***четыре степени,*** которые соотносятся с соответствующим интеллектуальным коэффициентом (IQ):

***Легкая степень умственной отсталости (дебильность)***

Дети с диагнозом F-70 являются основным контингентом специальной (вспомогательной) школы для детей с нарушениями умственного развития, поскольку уровень их развития, при условии проведения коррекционной работы, позволяет им овладеть определенным образовательным уровнем и несложными профессиональными навыками.

Наиболее реформированными (по сравнению с нормальными сверстниками) у детей с легкой степенью умственной отсталости оказываются высшие психические процессы (мышление, речь, память), хотя и другие (внимание, восприятие, ощущения) – могут недоразвитыми.

У этой категории детей мышление является конкретным, стереотипным, ограничивается непосредственным опытом и необходимостью обеспечения насущных потребностей; операции мышления, умение устанавливать причинно-следственные связи являются несформированными. Речь этих детей характеризуется общим недоразвитием, объем запоминания является суженным, мнемические процессы замедленными, неустойчивыми, из-за чего страдает и качество запоминания: оно неточное, фрагментарное, поверхностное, не опосредуется мышлением. Произвольное внимание детей является недоразвитым; нарушенными являются и такие ее свойства, как целеустремленность, концентрация, устойчивость эти дети характеризуются повышенной рассеянностью, неумением удерживать внимание на любой деятельности длительное время. Недостаточное развитие восприятия этих детей не позволяет им овладеть правильными представлениями об окружающем мире, ведь их восприятие является фрагментарным, нецеленаправленным, суженным, замедленным, результаты восприятия не осмысливаются.

Эмоции детей с легкой умственной отсталостью являются недостаточно дифференцированными, часто неустойчивыми, хотя и адекватными в доступных их пониманию ситуациях. Из-за недоразвития мышление очень трудно и медленно у этой категории детей формируются высшие чувства: гностические, моральные, эстетические и тому подобное.

***Умеренная степень умственной отсталости (легкая имбецильность)***

Умеренная умственная отсталость характеризуется несформированными познавательными процессами. Мышление у таких детей является конкретным, непоследовательным, инертным; дети практически не способны к образованию абстрактных понятий. Они не умеют своевременно пользоваться уже усвоенными действиями, не обдумывают свои поступки, не предвидят результат. Эти дети медленно образуют логические связи и обычно лучше запоминают то, что напрямую связано с удовлетворением их физиологических потребностей.

Лица с такой степенью умственной отсталости имеют значительное недоразвитие речи. Словарный запас довольно бедный, имеются аграмматизмы. Активный словарь является значительно меньшим, чем пассивный, но использование из пассивного словаря слов детьми данной группы наблюдается довольно редко. Эти дети лучше понимают обращенную речь. Самостоятельно построить сложную речевую конструкцию не могут; хотя и способны повторить речевые высказывания других. Память у детей этой категории формируется достаточно медленно, материал запоминается лишь после многократных повторений, быстро забывается. Знания плохо используются на практике. Наряду с этим у некоторых имбецилов отмечают случаи чрезвычайно развитой памяти на цифры, даты, события, имена и т.д. (Так называемая гипертрофия памяти). Наблюдаются и значительные нарушения внимания. Оно быстро рассеивается, дети медленно концентрируются, часто отвлекаются на второстепенные признаки, не умеют долго его удерживать на одной деятельности.

Развитие навыков самообслуживания также отстает, таким людям на протяжении всей жизни нужна помощь и контроль. В процессе специальной коррекционно-воспитательной работы дети могут овладеть некоторыми базовыми навыками самообслуживания.

***Тяжелая степень умственной отсталости (выраженная имбецильность)***

Эта категория детей аналогична группе детей с умеренной умственной отсталостью по клинической картине и признакам органического поражения центральной нервной системы. Для них характерен низкий уровень усвоения различных навыков. У большинства из них наблюдаются низкий уровень развития моторики, нарушение координации движений, наличие других отклонений, обусловленных органическими нарушениями головного мозга. Часть детей этой группы не умеют самостоятельно передвигаться.

Наблюдается значительное нарушение высших психических функций. Они запоминают только ту деятельность или те явления, или процессы, которые вызывают у них положительные эмоциональные переживания. Внимание не концентрируется, они могут отвлекаться на любые, даже незначительные и второстепенные раздражители. Они не могут сделать даже элементарных выводов или обобщений. Как правило, интеллектуальные нарушения сопровождаются отчетливой неврологической патологией: параличами, парезами, гиперкинезами.

Эта категория лиц является неспособной к овладению даже элементарными знаниями по счету, письму, чтению. Работа с ними заключается в развитии и простой тренировке необходимых навыков самообслуживания и санитарной гигиены, социальной адаптации и выполнении элементарных трудовых операций. Однако из-за моторной неуклюжести и грубых нарушений познавательной деятельности им для этого требуется гораздо больше времени. Части из них даже после длительных тренировок не удается овладеть такими мелкими движениями, как застегивание пуговиц, шнуровка, наложение одного предмета на другой и тому подобное. Самостоятельно использовать даже натренированные знания дети этой категории в большинстве случаев не смогут. У детей этой группы недостаточно словарного запаса для общения, что значительно затрудняет их социализацию.

***Глубокая степень умственной отсталости (идиотия)***

Это самая тяжелая степень умственной отсталости, при которой органически поражается не только кора головного мозга, но и частично подкорка, что приводит к грубому нарушению физического и психического развития.

Большинство глубоко умственно отсталых являются малоподвижными или значительно ограниченными в моторных возможностях, страдают хроническими заболеваниями внутренних органов, энурезом, энкопрезом и т.д. их потребности и действия имеют примитивный характер, двигательные реакции хаотичны, нецелесообразны

При этой степени познавательная деятельность является полностью несформированной. Дети никак не реагируют на окружающих, даже сильным звуком и ярким светом нельзя привлечь их внимание и удерживать его хотя бы некоторое время. Они часто не узнают родных, близких, реагируют лишь на тех людей, которые постоянно работают с ними; способны понимать лишь простые формы невербального общения, в основе которых лежат реакции получения удовольствия, не могут овладеть элементарными навыками самообслуживания, не умеют заботиться о себе и нуждаются в постоянной помощи, опеке и контроле. Отдельные из них могут научиться самостоятельно есть. У них нарушены вкусовые и обонятельные ощущения, в результате чего они могут есть несъедобные предметы и практически не реагировать на резкие запахи. Эмоциональные реакции у них практически отсутствуют.

***Прочтите и выделите основное***

**Обучение и воспитание детей с нарушениями интеллекта в специальных заведениях**

Основной **целью** специального дошкольного воспитания является обеспечение для каждого ребенка максимально возможного уровня физического, умственного и нравственного развития.

**Задачами** коррекционно-воспитательной работы являются: преодоление и предупреждение вторичных отклонений в развитии, а также подготовку детей к обучению в школе с учётом индивидуальных возможностей каждого ребёнка.

Коррекционная работа направлена на устранение и минимизацию дефектов развития, проблем психической сферы, которые препятствуют полноценному обучению и познанию окружающего мира, а также вхождению в социальное пространство.

Специальные детские сады, дошкольные группы при вспомогательных школах и детских домах работают по «Программе воспитания и обучения умственно отсталых детей дошкольного возраста», изданной в 1991 году.

В ней определены основные требования к физическому, умственному и нравственному воспитанию детей с нарушениями интеллекта, а также требования к усвоению ими определённых знаний, умений и навыков.

Программа состоит из восьми разделов, в которых определяется содержание коррекционно-воспитательной работы по ведущим для дошкольного возраста видам деятельности. Это следующие разделы:

* формирование элементарных математических представлений;
* развитие речи;
* игровая деятельность;
* изобразительное искусство;
* конструирование;
* трудовое воспитание;
* музыкальное воспитание и ритмика;
* физическое воспитание.

В специальном ДОУ работают: заведующий заведением; учителя-дефектологи; воспитатели; музыкальный руководитель; психолог; учитель-логопед; медицинский персонал (врачи, медсестры); обслуживающий персонал. Они обеспечивают воспитательную, учебную и коррекционную работу с детьми, имеющими нарушения интеллекта; соблюдение режима дня; углубленное изучение ребенка; лечение воспитанников; организовывают работу с родителями детей.

***Общеобразовательные специальные учебные заведения***

Дети с лёгкой степенью умственной отсталости в России обучаются в **специальных (коррекционных) школах** по специальной коррекционной программе.

В соответствии с законом «Об образовании в РФ», такие дети могут учиться как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, но при этом для них должны быть созданы специальные образовательные условия.

Для каждого ребёнка вариант обучения определяет психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) с учётом диагноза и индивидуальных особенностей. Как правило, детям с лёгкой умственной отсталостью рекомендуется вариант 1, который предполагает 9 лет обучения, класс из 12 учеников.

***Задачи коррекционной школы***

1. Создание специального режима дня и системы учебно-воспитательной и коррекционной работы.
2. Создание специальных условий для коррекционной направленности обучения.
3. Осуществление индивидуального и дифференцированного подхода в обучении и воспитании с учетом характера нарушений.
4. Обеспечение условий для развития склонностей и способностей, усвоение учеником социально необходимого минимума обязательных в соответствии с уровнем и объемом общего среднего образования.

**2. Понятие «задержка психического развития» и ее классификация. Обучение и воспитание детей с ЗПР**

***Ознакомьтесь и выделите основные черты***

Под **задержкой психического развития** понимают разнообразную по клиническим признакам группу различных вариантов отставания в психическом развитии, которые не характеризуются общим психическим недоразвитием (как это имеет место при олигофрении), но имеют такие особенности интеллекта и личности, которые не позволяют детям своевременно и качественно овладеть элементарными школьными знаниями.

**Задержка психического развития** – это синдром отставания созревания психики ребенка в целом или отдельных его функций(памяти, внимания, мыслительных процессов, эмоционально-волевой сферы, речи и т. п.), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе качеств организма, которые являются следствием незначительных негативных факторов (наличие ранней депривационной ситуации, недостаточного ухода за ребенком, минимальная мозговая патология и т.п.), приобретают временный характер и могут быть скорректированными.

Этиология задержки психического развития является достаточно многогранной. С одной стороны, в генезе их могут играть роль различные биологические факторы, в том числе интоксикации, инфекции, обменно-трофические расстройства, травмы, которые приводят к нерезко выраженным нарушениям темпа развития мозговых механизмов и вызывают легкие церебрально-органические нарушения; с другой – социальные, в частности неблагоприятные условия воспитания, дефицит информации, недостаточность соответствующих стимулов в сенситивные периоды развития и тому подобное.

Патогенез задержки психического развития изучен недостаточно. Т.А. Власова, В.В. Лебединский, М.С. Певзнер и другие считают, что основным механизмом задержки психического развития является нарушение созревания и функциональная недостаточность более молодых и сложных систем мозга, которые относятся главным образом к лобным отделам коры больших полушарий головного мозга и обеспечивают проведение осознанных актов поведения и деятельности субъекта. В настоящее время существует много классификаций задержек психического развития, где за основу берется психическое развитие, клинические признаки, этиология, патогенез.

***Проверьте и запишите***

Традиционной является *классификация* на основе этиологического принципа, в основу которой положено выделение четырех *основных вариантов задержки психического развития:*

* конституционного происхождения;
* соматогенного происхождения;
* психогенного происхождения;
* церебрально-органического происхождения.

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

**ЗПР конституционного происхождения** *(психофизический гармоничный инфантилизм) –* наблюдается сочетание недоразвития эмоционально-волевой, психической сфер с инфантильным типом телосложения, недостаточностью моторного развития, речи, детскостью и пластичностью мимики. Эти дети имеют меньший рост, меньший вес, недоразвитие двигательной сферы, которые присущи нормальному развитию детей младшего возраста. Так, ребенок с конституциональной ЗПР 6-7-ми лет по своим эмоционально-волевым параметрам подобен ребенку с нормальным психофизическим развитием 4-5-ти лет. Эти дети неутомимы во время игры, в которой проявляют много творчества и выдумки и в то же время быстро утомляются во время целенаправленной интеллектуальной деятельности.

**ЗПР соматогенного** происхождения характеризуется эмоциональной незрелостью, обусловленной длительными, хроническими заболеваниями, которые приводят не только к снижению физической, но и интеллектуальной работоспособности, ослабляя клетки головного мозга. К таким заболеваниям относятся врожденные и приобретенные пороки соматической сферы (сердца, органов дыхания, кишечно-желудочного тракта и т.д.). Хронические физическая и психическая астения тормозят развитие активных форм деятельности, что способствует формированию таких черт личности, как нерешительность, робость, неуверенность в своих силах. Эти же качества в значительной мере обуславливаются и созданием для больного или физически ослабленного ребенка специального режима запретов, который ограничивает его и так недостаточную активность и самостоятельность. Таким образом, к этой задержке добавляется и искусственно созданная инфантилизация, обусловленная фактором гиперопеки.

**ЗПР психогенного происхождения** обусловлена неблагоприятными условиями социального окружения, в котором находится ребенок, неправильностью его воспитания. Неблагоприятные условия социальной среды, оказывающие длительное, затяжное влияние на психику, приводят не только к отставанию в получении знаний и информации об окружающем мире, но и к стойким нарушениям нервно-психической сферы, обусловливающим патологическое развитие психики. В зависимости от неблагоприятного социального воздействия выделяют ЗПР психогенного происхождения, обусловленную:

* по типу *психической неустойчивости* или фактором *гипоопеки* (недостаточностью социальной помощи и социального руководства в получении информации об окружающем мире) – приводит к неумению тормозить свои эмоции и желания, импульсивности, отсутствию чувства ответственности. Поэтому черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы, повышенной внушаемости у этих детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний и представлений, необходимых для усвоения учебных предметов в начале и в процессе школьного обучения;
* фактором *гиперопеки* (избытком внимания к ребенку, что не позволяет ему самостоятельно овладевать социально-ценностными формами и правилами поведения) – приводит к формированию эгоцентрических и эгоистических установок, неспособности к волевому усилию, труду, направленность на постоянную помощь и опеку;
* фактором неправильного воспитания по *невротическому* типу (это встречается в семьях, где культивируется агрессивное, жестокое отношение к детям или к членам семьи) приводит к отсутствию инициативы и самостоятельности, нерешительности, низкой активности, неуверенности.

**ЗПР церебрально-органического происхождения** встречается чаще других вариантов, имеет большую устойчивость и выраженность нарушений как в эмоционально-волевой сфере по типу органического инфантилизма, так и в познавательной деятельности.

Замедление темпа формирования познавательной сферы у этих детей в значительной степени связано с нейродинамическими расстройствами, эмоционально-волевая незрелость проявляется в виде органического церебрально-органического) инфантилизма. Он характеризуется повышенной утомляемостью, которая влияет на нарушение работоспособности, памяти, внимания, других высших психических функций, замедлением темпа интеллектуальной деятельности с быстрым наступлением истощенности. У этих детей отсутствуют живость эмоций, им присуща слабая дифференцированность, отсутствие интереса в оценке, низкий уровень притязаний. Игровая деятельность характеризуется малым творчеством, воображением, определенной монотонностью и однообразием, преимуществом компонентов расторможенности.

Эта форма задержки предполагает наличие органических нарушений в коре головного мозга. Именно из-за этого ее сложнее всего отграничить от умственной отсталости легкой степени. Однако органические нарушения при этой форме ЗПР не только характеризуются меньшей тяжестью повреждения нервной системы, но и другой клинико-психологической структурой дефекта. В отличие от легкой степени умственной отсталости, при ЗПР церебрально-органического происхождения наблюдается избирательность нарушений.

Ученики с ЗПР учатся в 1-4 классах интенсивной педагогической коррекции, по мере восстановления здоровья, достижения стабильных успехов в учебе переводятся в общеобразовательную школу по заключению ПМПК.

Наполняемость классов в школе интенсивной педагогической коррекции – до 12 учеников. Продолжительность урока в школах интенсивной педагогической коррекции: в подготовительном и 1-м классах – 35 мин., во 2-м и последующих – 45 мин. На каждом уроке после 20 мин. занятий проводится 5-ти минутная пауза с использованием разгрузочно-коррекционных упражнений. Для детей, которым требуется восстановление сил, предусматривается дневной отдых.

***Прочтите и выделите основное***

*Коррекционные приемы реализации индивидуального подхода к детям с задержкой психического развития в условиях интегрированного обучения:*

* поскольку основной характерной чертой детей с ЗПР является недостаточность знаний об окружающем мире необходимо акцентировать внимание на развитии у них наблюдательности, опыта практической деятельности, формировании навыков и умений самостоятельно овладевать знаниями и пользоваться ими;
* выявить наиболее типичные пробелы в знаниях с целью их постепенного заполнения для недопущения усиления отставания этих учеников от других учеников класса;
* зная о недостаточной активности и несмелости детей с ЗПР в оперировании даже имеющимися у них знаниями, максимально воспитывать их активность на уроках, поддерживать даже незначительные успехи и акцентировать на этом внимание других школьников;
* постоянно, особенно на первых этапах использовать наглядность и подробное объяснение даже не очень сложных алгоритмов;
* давать возможность выполнять задачи в более медленном темпе, предоставлять дополнительные вопросы с целью более глубокого понимания содержания задачи, приводить уже известные им аналогии, учитывая трудности ориентирования в задаче, использовать поэтапную инструкцию и поэтапное обобщение, разделять задачи на составляющие, формировать умение планировать свою деятельность в процессе его решения, словесно отчитываться о выполнении задачи;
* повышать мотивацию учебной и познавательной деятельности путем постоянной поддержки и стимулирования, в случае необходимости уменьшать количество заданий, которые даются на самостоятельную проработку, привлекать к работе с такими детьми с специалистов школы – логопеда, психолога, специалиста лечебной физкультуры и тому подобное.

**3. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы и особенности их обучения**

***Прочтите и выделите основное***

В дефектологии отсутствует единство взглядов относительно классификации видов нарушений эмоционально-волевой сферы и их места среди других нозологий. По нейропсихологической классификации А.В. Семенович дети с пороками эмоционально-волевой сферы относятся к двум группам: функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов головного мозга, функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер). В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов объединяют изъяны эмоционально-волевой сферы в одну группу под названием –дети с дисгармоническим развитием. По В.В. Лебединскому существует две группы: искривленное развитие; дисгармоническое развитие. По современной классификации Н.Я. Семаго, Н.Н. Семаго, которая является отражением развития идей В.В. Лебединского, выделяют следующие виды расстройств эмоционально-волевой сферы:

* недостаточное развитие – парциальная несформированность высших психических функций с преобладанием недостаточности регуляторного компонента;
* асинхронное дисгармоническое развитие экстрапунитивного, интрапунитивного и апатического типов;
* асинхронное искривленное развитие–искажение развития преимущественно эмоционально-волевой сферы.

***Ознакомьтесь и законспектируйте***

Рассмотрим характеристику различных видов нарушений эмоционально-волевой сферы, пользуясь классификацией пороков психофизического развития, разработанную Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. Эти авторы выделяют три типа пороков психофизического развития – недостаточный, асинхронный, поврежденный. Внутри каждого типа выделяются разные виды дизонтогений. Спецификой *недостаточного* развития выступает низкий уровень сформированности всех (тотальное недоразвитие) или отдельных (парциальное недоразвитие) психических функций. Парциальная недостаточность регулирующей функции коры головного мозга, в частности, приводит к недоразвитию волевой сферы. Асинхронное развитие – это нарушение принципа гетерохронии, когда наблюдаются сложные сочетания недостаточности, ускорения и искажения развития. Асинхронный тип развития, в свою очередь, Н.Я. Семаго, М.М. Семаго разделяют на дисгармоничный и искривленный.

Дисгармоничное психическое развитие– это такая форма нарушения, для которой характерной является недостаточность эмоционально-волевой и мотивационной сферы личности.

При относительной сохранности других структур при искривленном развитии психики наблюдается сочетание общего недоразвития, задержки, повреждения и ускоренного развития отдельных функций.

*Недоразвитие эмоционально-волевой сферы вследствие недостаточности регулирующей функции лобных отделов коры головного мозга* характеризуется импульсивностью поведения. Поведение ребенка оказывается зависимым от непосредственных внутренних импульсов или случайных внешних раздражителей. Особенностью этих детей является пониженная чувствительность к замечаниям и похвале. Похвала, вознаграждения не вызывают стремления повторять одобренные действия или совершенствоваться. Замечания, наказания не становятся предосторожностью, не способствуют задержке непосредственных импульсов.

Отличительной чертой развития познавательной сферы выступает несформированность произвольности высших психических функций, произвольное запоминание и воспроизведение, способность выбирать адекватный задаче способ решения, организация умственной деятельности в целом. Особенно нарушенным оказывается внимание, характеризующееся низкой устойчивостью, непроизвольностью, зависимостью от посторонних раздражителей. Импульсивные дети без напоминания не берутся за выполнение домашних заданий. Стараются читать быстро, демонстрируют угадывающее чтение, пропускают буквы, перепрыгивают через строку. Пишут за полями, с большим количеством ошибок по невнимательности (не дописывание слов, пропуск, перестановка, замена букв, многократное повторение букв), при этом при списывании ошибок может быть больше, чем при письме под диктовку. Особенно большие трудности проявляются в процессе обучения этих детей счету.

*Основные диагнозы:* органический инфантилизм, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, минимальная мозговая дисфункция, гиперкинетические расстройства, F-90 (по МКБ-10).

К *асинхронному дисгармоническому* развитию можно отнести психопатии и неврозы.

**Психопатия** – это патология характера, которая проявляется во всех сферах жизнедеятельности (тотальность), во всех возрастных периодах (стабильность), приводит к социальной дезадаптации. В зависимости от причин психопатии подразделяются на две группы: 1) конституционные (шизоидные, эпилептоидные, циклоидные, психастенические, истероидные); 2) органические, обусловленные вредными воздействиями на незрелый мозг внутриутробных и ранних послеродовых факторов (травмы, интоксикации).

**Невроз** – психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее вследствие нарушения особо значимых для человека взаимоотношений, проявляется в эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройствах при отсутствии психотических симптомов (расстройств сознания). В отличие от психопатий при неврозах страдает лишь часть личности (парциальность нарушений), сохраняется критичность в отношении болезни и собственной личности в целом. В зависимости от клинических проявлений выделяется 3 основных вида неврозов: неврастения, невроз навязчивых состояний, истерия.

*Асинхронное дисгармоничное развитие экстрапунитивного типа*–это такой вид нарушения эмоционально-волевой сферы, при котором на первый план выступают реакции эмансипации, демонстративности, негативизма. Поведение детей с дисгармоническим развитием экстрапунитивного типа выделяют стремление удовлетворить свои эгоцентрические потребности, противостоять требованиям, привлекать внимание. Соответственно, они проявляют интерес к тем видам деятельности, которые им хорошо удаются. Если же ребенок стоит перед необходимостью выполнить задание, он может отказаться его делать, может делать это по-своему, не следуя инструкции. Замечания по этому поводу воспринимаются агрессивно, попытки со стороны взрослых оказать помощь, поддержать, исправить ошибки ребенком обесцениваются, не принимаются и могут вызвать аффективные реакции. Дети этой группы являются трудоспособными, но быстро истощаются от однотипной деятельности, которая им надоедает и вызывает бурный протест. Развитие познавательной деятельности соответствует возрастной норме. Высокий уровень притязаний сочетается с завышенной самооценкой.

*Основные диагнозы:* в детском возрасте – формирование личности по истерическому типу, неврозоподобные реакции, характерологические и патохарактерологические реакции; в подростковом возрасте – психопатия возбудимого типа, патологическое формирование личности, истерический невроз.

*Асинхронное дисгармоничное развитие интрапунитивного типа* характеризуется принципиально противоположными признаками аффективно-личностного развития ребенка. Интрапунитивный тип формируется на основе: а) астенического (слабого) типа нервной системы – нарушения динамики нервных процессов со слабостью возбуждения, преобладанием торможения над возбуждением; б) сензитивного (чувствительного) типа нервной системы – снижения порогов чувствительности.

Такие дети являются пассивными, эмоционально скованными, нерешительными, неуверенными в себе. Здесь речь идет о чрезмерном контроле за собственной деятельностью и сверхкритическом отношении к себе, заниженной самооценке. Все эмоциональные реакции (тревога, агрессия) оказываются направленными не наружу, а внутрь. Дети нуждаются в постоянной поддержке и одобрении со стороны близких. При отсутствии поддержки в стрессовых ситуациях они могут быть крайне замедленными, вплоть до полного ступора. Мотивация избегания неудачи, экономия энергозатрат у этих детей преобладают. Поэтому они не проявляют инициативы, не склонны настаивать на своем или каким-либо другим способом заявлять о своих потребностях. Стараются тщательно соблюдать требования и правила. Для этих детей важно выполнять все наставления и инструкции взрослых, этому они плохо переносят директивный стиль общения. Негативная оценка, замечания вызывают у них ступор, блокируют познавательную активность, трансформируются в аутоагрессию. Похвала, поддержка, оказание помощи, создание психологического комфорта для ребенка позволяют ему в полной мере реализовать свой потенциал.

*Основные диагнозы:* в детском возрасте – формирование личности по тормозному типу, неврозоподобные реакции, невротическое развитие личности; в подростковом возрасте –невроз навязчивых состояний, психопатия тормозного типа, психосоматические расстройства (в частности, психогенная нервная анорексия), незлокачественные дисморфофобии.

*Асинхронное дисгармоничное развитие апатического типа* диагностируется в предподростковом, подростковом возрасте и проявляется в вялости, равнодушии, отсутствии интересов, внутренней опустошенности, пассивном негативизме. В старшем дошкольном и младшем школьном возрасте этот тип дисгармонического развития проявляется в общем снижении психического тонуса, в отсутствии специфически детских интересов апатичные подростки стремятся избегать любого взаимодействия с другими людьми. Общение, как самый эмоциональный вид деятельности является для них сверхвысоким. Поэтому в группе они стараются быть незаметными, стремятся к уединению, друзей у них нет. Оценить умственные способности апатичных подростков трудно из-за отсутствия у них познавательной активности и стремления к успеху к учебной деятельности их побуждает потребность избегать эмоциональных контактов со взрослыми отсутствие контроля и внешней стимуляции приводит к угасанию активности.

По определению В.В. Лебединского, А.С. Никольской, *искривление преимущественно эмоционально-аффективного развития* – это тяжелая дефицитарность аффективного тонуса, которая препятствует формированию активных контактов со средой, отчетливое снижение порогов аффективного дискомфорта, состояние тревоги, страха перед окружением.

Одним из вариантов названного вида дизонтогенеза является ранний детский аутизм (РДА). Аутизм, как отсутствие реакции на раздражители внешнего мира, погружение во внутренний мир, симптом, который может входить в состав различных синдромов, например, аутизм является одним из симптомов шизофрении, порой проявляется у детей с врожденной слепотой. Ранний детский аутизм возникает в результате генетически обусловленного нарушения обмена веществ в организме. Первые признаки РДА – это отсутствие контакта глаз и фиксации взгляда на лице другого человека, замедленность формирования навыков самообслуживания и при этом раннее развитие фразовой речи.

Выделяют 3 степени выраженности РДА. При самой тяжелой 1-й степени наблюдается полевое поведение, отсутствие эмоционального контакта даже с родителями, полный отказ от речи как средства общения, избегание воздействия раздражителей, склонность к эмоциональной перенасыщаемости. Ребенок со 2-й степенью выразительности РДА контактирует только с родителями, не переносит малейших изменений в привычном образе жизни, в частности, таких как перестановка мебели, смена одежды, новое блюдо, другая заставка в телешоу и многое другое. Детей с 3-й степенью РДА отличает чрезмерная увлеченность собственными устойчивыми интересами, проявляющимися в стереотипной форме. В течение многих лет они могли играть в одну и ту же игру, рисовать одни и те же рисунки, говорить то же самое. Содержание интересов часто может быть связано с чем-то страшным, неприятным, асоциальным увлеченные своим занятием они бурно негативно реагируют на попытки взрослых разнообразить их активность или привлечь к другому виду деятельности. Дети этой группы демонстрируют высокий уровень сформированности речи, имеют большой словарный запас, пользуются сложными грамматическими конструкциями.

***Запишите***

**К общим задачам педагогической коррекции** можно отнести: установление эмпатических взаимоотношений с ребенком; поддержание малейших положительных проявлений в обучении, общении, поведении; создание условий, при которых проблемы психического развития ребенка не препятствуют достижениям в обучении; выявление сильных сторон, способностей ребенка и использование их для компенсации дефекта; оказание помощи в построении взаимоотношений со сверстниками; моделирование ситуаций, в которых ребенок получает положительный опыт адекватных эмоциональных реакций, соблюдение поведенческих норм и тому подобное.

Важным принципом коррекционного воздействия является осознание педагогом того факта, что речь идет не о непослушании, упрямстве и недисциплинированности, а о последствиях нарушения развития, с которыми ребенок может справиться только при поддержке и квалифицированной помощи взрослых.

**Особенности обучения детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы** включают:

1. Создание благоприятной атмосферы на уроке. Педагог должен постоянно подкреплять успех ребёнка, стимулировать его к выполнению деятельности подсказками, одобрениями, похвалой, постоянной констатацией успеха.
2. Повышение активности и самостоятельности у учащихся.
3. Коррекция самооценки, уровня сознания, формирование эмоциональной устойчивости и саморегуляции.
4. Выбор правильного стиля общения.
5. Вовлечение в активные творческие формы деятельности. Содержательная оценка её результатов, подчёркивание достижений и ряд других средств должны способствовать повышению успеваемости детей с неврозами.
6. Двигательная разгрузка детей, уроки физической культуры.

Система коррекционных мероприятий подбирается индивидуально для каждого ребёнка и складывается из различных методов и приёмов работы с ребёнком.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ**

**Практическое занятие 1**

**Специальная педагогика и психология как науки о воспитании личности при нарушениях процессов развития и социализации. Общие вопросы систематики нарушений психофизического**

**развития**

**Цели:**

* усвоение основных классификаций нарушений психофизического развития,
* раскрытие основных групп причин, приводящих к патологии психофизического развития;
* ознакомление со структурой и спецификой деятельности ПМПК и ППк образовательного учреждения.

**План:**

1. Специальная педагогика и психология и их задачи.
2. Типологии нарушенного развития.
3. Система специальных учебно-воспитательных заведений для детей.

**Вопросы для самоконтроля и контроля знаний:**

1. Охарактеризуйте методологические основы выделения различных видов нарушений в развитии.
2. Охарактеризуйте психологические параметры, детерминирующие характер дизонтогенеза по В.В. Лебединскому.
3. Раскройте варианты дизонтогенетического развития по В.В. Лебединскому.
4. Дайте развернутую характеристику всех видов нарушений психофизического развития согласно отраслям специальной педагогики и психологии.
5. В чем заключается сущность экзогенных и эндогенных причин нарушений в развитии. Приведите примеры.
6. Охарактеризуйте систему специальных учебно-воспитательных учреждений для детей, подчиненных системе Министерства образования.
7. Деятельность ПМПК в системе образования. Какие функции выполняет ППк?

**Задачи для самостоятельной работы:**

Подготовьте сравнительную таблицу «деятельность психолого-медико-педагогических консультаций и психолого-педагогических консилиумов»

|  |  |
| --- | --- |
| ПМПК | ППк |
| диагностическая функция | |
|  |  |
| прогностическая функция | |
|  |  |

2. Сформулируйте и запишите основные классификации нарушений психофизического развития по М.А. Власовой, М.С. Певзнер, В.В. Лебединскому, В.А. Лапшину, Б.П. Пузанову.

**Практическое занятие 2**

**Системы обучения и воспитания детей с нарушениями психофизического развития. Концептуальные основы развития специального образования**

**Цели:**

* раскрытие особенностей, содержания, структуры системы специального образования;
* обобщение знаний относительно форм организации образовательного процесса в условиях интегрированного образования.

**План:**

1. Дифференциальная система специального образования.
2. Интегративная система специального образования. Организационные формы.
3. Инклюзивная система образования как система образования.

**Вопросы для самоконтроля и контроля знаний:**

1. В чем заключается традиционная система специального образования? Выделите ее положительные и отрицательные черты.
2. Что такое интеграция? При каких условиях происходит интеграция?
3. Что олицетворяет собой интегративная система специального образования? Выделите ее положительные и отрицательные черты.
4. Дайте характеристику инклюзивной системы образования.

**Задачи для самостоятельной работы:**

1. Составьте континуум форм организации образования детей с нарушениями в развитии.
2. Опишите систему коррекционно-воспитательной работы в специальных образовательных учреждениях для детей.
3. Подготовьтесь к дискуссии на практическом занятии на тему: «инклюзия: за и против».

**Практическое занятие 3**

**Психофизические особенности детей с дефицитарным развитием**

**Цели:**

* усвоение основных теоретических знаний о специфике психофизического развития детей с нарушениями зрения и слуха;
* усвоение основных классификаций нарушений зрения и слуха;
* овладение основными принципами и методами работы с детьми с нарушениями сенсорной сферы в условиях общеобразовательной школы.

**План:**

1. Коррекционное обучение и воспитание детей с нарушениями зрения в общеобразовательной массовой школе.
2. Содержание коррекционного обучения и воспитания детей в зависимости от степени нарушения зрения.
3. Учебная деятельность детей с нарушениями слуха.
4. Коррекционное обучение и воспитание детей с нарушениями слуха в общеобразовательной школе.
5. Содержание коррекционного обучения и воспитания глухих детей в зависимости от степени поражения слуха и речи.

**Вопросы для самоконтроля и контроля знаний:**

1. Какие отрасли специальной педагогики и психологии занимаются проблемой обучения и воспитания детей с нарушениями зрения. Раскройте их основные задачи.
2. Раскройте особенности коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями зрения в условиях массовой общеобразовательной школы.
3. Что такое компенсация, компенсаторная перестройка? Каким образом происходит компенсация нарушений зрения?
4. Раскройте специфику работы специальных школ для детей с нарушениями зрения.
5. Какие современные технические средства применяются при обучении детей с нарушениями зрения?
6. В чем заключается особенность учебной деятельности детей с нарушениями слуха? Чем это обусловлено?
7. Могут ли дети с нарушениями слуха учиться в общеобразовательной школе? Обоснуйте свой ответ.
8. Раскройте особенности коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями слуха в условиях массовой общеобразовательной школы.
9. Каковы специфические особенности обучения детей с незначительной степенью поражения слуха?
10. Охарактеризуйте коммуникационную педагогическую систему обучения глухих детей речи.
11. Какие современные технические средства применяются при обучении детей с нарушениями слуха?

**Задачи для самостоятельной работы:**

1. Подготовьте ручную азбуку для глухих для работы на практическом занятии. Объясните значение понятий «дактиль» и «дактилология».

Для подготовки ручной азбуки для глухих можно использовать карточки с изображением дактилем — жестов русской дактильной азбуки. Такие карточки позволяют в игровой форме развить навык дактилирования или считывания с руки. Для занятий их нужно распечатать (желательно на плотной бумаге формата А4) и разрезать по пунктирным линиям.

Предложите несколько игр, которые можно провести с использованием таких карточек.

1. Заполните таблицу «виды нарушений зрения»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вид нарушения зрительной функции | Причина нарушения | Проявления нарушения зрительной функции | Профилактические меры |
| 1. | Миопия |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Практическое занятие 4**

**Задержанное психическое развитие: дети с трудностями   
в обучении**

**Цели:**

* усвоение основных теоретических знаний о специфике психофизического развития детей с задержкой психического развития;
* изучение основных классификаций задержки психического развития;
* овладение основными принципами и методами работы с детьми с задержкой психического развития в условиях общеобразовательной школы.

**План:**

1. Понятие задержки психического развития.

2. Феноменология и клиническая характеристика задержанного психического развития.

3. Классификация форм задержанного психического развития.

4. Психологическая характеристика задержанного психического развития.

5. Структура нарушения и дифференциальная диагностика при задержанном психическом развитии.

6. Психологические основы помощи детям при задержанном психическом развитии.

**Вопросы для самоконтроля и контроля знаний:**

1. В чем различие между вр*е*менными и временн*ы*ми аспектами задержки развития у детей?
2. Какие существуют точки зрения о возможности преодоления задержки психического развития?
3. Какие формы ЗПР вы знаете?
4. Объясните, как нарушения развития восприятия связаны со школьными трудностями детей с ЗПР?
5. По каким признакам можно отличить ребенка с задержкой психического развития от ребенка с интеллектуальной недостаточностью?

**Задачи для самостоятельной работы:**

1. Проанализируйте приведенные ниже выписки из историй болезни детей с диагнозом задержки психического развития. Анализ проведите по следующему плану:

1. Какие проблемы развития и поведения обнаруживают эти дети?
2. Какие жалобы предъявляют взрослые – учителя и родители?
3. Каковы этиологические факторы, вызвавшие задержку психического развития у детей?
4. Какие функции относительно сохранны у детей?
5. Какие функции нарушены у этих детей?
6. Как можно объяснить их школьную неуспеваемость (с точки зрения структуры дефекта)?
7. Какие задачи коррекционной работы с каждым ребенком нужно поставить психологу?
8. *Выписка из истории болезни (автор Ю.Г. Демьянов).* Н.В., 11 лет направлен в детскую психиатрическую больницу в связи с трудностями в поведении и плохой школьной успеваемостью. Клинический диагноз: задержка психического развития с невропатическим синдромом. Больной от второй беременности, протекавшей без осложнений. Роды на 7-м месяце после падения матери на улице. Закричал после похлопывания. Вскармливался искусственно. До трех лет перенес диспепсию, дизентерию, корь, ветряную оспу, в дальнейшем – частые простудные заболевания. Темп раннего психомоторного развития без заметных нарушений. С грудного возраста отличался плаксивостью, капризностью, наблюдались частые срыгивания после кормления, сон чуткий и беспокойный, до 4-х лет ночные страхи, непостоянно – ночное недержание мочи. В яслях и детском саду был капризен, нетерпелив, раздражителен, драчлив. В массовой школе с 7 лет. С трудом приобретал навыки чтения, письма и счета. Без соответствующих знаний формально переводился во второй и третий классы, обучение в последнем дублирует. К занятиям интереса не проявлял, на уроках отвлекается, грубит учителям в ответ на замечания, ссорится и дерется с детьми, нередко сбегает с уроков. Психологическое обследование: легко вступает в контакт с окружающими, охотно играет с ребятами в различные игры. Во время игр легко возбудим, много спорит и кричит, затевает драки. Всегда с интересом смотрит телепередачи, слушает чтение книг. Перед сном долго ворочается в постели, шалит с соседями. Сон с яркими сновидениями, во время сна разговаривает, вскрикивает, иногда падает с постели. К клиническим беседам относится с интересом. Излишне суетлив, мимика живая и выразительная. Хорошо ориентирован в бытовых вопросах. Быстро и точно выполняет операции классификации и сравнения предметов, раскрывает нелепости в картинках и рассказах, выносит правильные суждения при анализе сказок и басен, понимает переносный смысл пословиц и метафор. В то же время обнаруживает повышенную истощаемость внимания. Чтение и письмо с элементами дисграфии и дислексии на почве недостаточности анализа и синтеза слов. Техника устного счета слабая. Затрудняется в оставлении плана решения арифметических задач в несколько действий и последовательной реализации этого плана.
9. *Выписка из истории болезни (автор Ю.Г. Демьянов).* К.В., 10 лет. Клинический диагноз: задержка психического развития с церебрастеническим синдромом. В анамнезе: мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом на протяжении всего срока, на 5-м месяце мать перенесла грипп. Роды со стимуляцией, преждевременное излитие околоплодных вод. С первого года страдает частыми пневмониями, в 4 года перенес сотрясение головного мозга. Темп и характер раннего развития без особенностей. Посещал ясли и детский сад. В массовой школе с 7 лет, в первом классе обучается 3-й год. Тяжело переносит свою неуспеваемость. Стал чрезмерно плаксивым, раздражительным, обидчивым, иногда отказывается посещать школу. Психологическое обследование: легко вступает в контакт, впечатлителен, обидчив. Отмечаются небольшие затруднения в узнавании пунктирных и наложенных друг на друга контурных изображений. Нарушена дифференцировка некоторых фонем. Снижен объем непосредственной памяти: воспроизводит 3–4 слова и 3–4 картинки из десяти предложенных. Обнаруживает трудности в заданиях на пространственный анализ и синтез: неправильно складывает фигуры из палочек при расположении образца под углом к нему, с многочисленными пробами складывает разрезные картинки, затрудняется в сложении фигур из кубиков Кооса. При выполнении подобных заданий быстро обнаруживает признаки утомления – становится рассеянным, раздражительным, при неудачах начинает плакать. Испытывает трудности в понимании сравнительных оборотов речи, в понимании значения предлогов «перед» и «за». Не усвоил последовательность дней недели и месяцев. Затрудняется в воспроизведении в нужной последовательности ряда слов, только после 12-кратного повторения смог воспроизвести без ошибок простое четверостишие. В заданиях на классификацию, группировки, сравнение предметов и явлений друг с другом, на понимание моральных сторон сказки серьезных трудностей не испытывает, удачно использует предлагаемую в случае необходимости помощь. Состояние школьных навыков: дислексия в виде пропусков, перестановок и замен букв, дисграфия вследствие смешения сходных по начертанию букв. Представление о составе числа не сформировано, операции сложения и вычитания в пределах 10 проводит медленно и с ошибками. При беседах на отвлеченные темы, во время подвижных игр с ребятами долго не проявляет признаков утомления. На уроках и при выполнении экспериментальных заданий конструктивного характера становится сонным, капризным, вялым.

**2.**Проанализируйте результаты изучения зоны ближайшего развития, полученные в исследовании В.И. Лубовского. Сравните зону ближайшего развития у детей с задержкой психического развития и детей с интеллектуальной недостаточностью.

Детям предлагали описать предложенные им предметы и сравнить их между собой. Детям предлагали описать предложенные им предметы и сравнить их между собой. Фиксировалось количество признаков, которые выделили дети при описании предметов, как с помощью взрослых, так и самостоятельно. Результаты отражены в таблице.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Группа детей** | **Количество самостоятельно выделенных признаков объекта** | **Количество признаков, выделенных с помощью взрослых** |
| Нормально развивающиеся дети | 12 | – |
| Дети с ЗПР | 6,5 | 10,5 |
| Дети с интеллектуальной недостаточностью | 4,5 | 5,7 |

**Практическое занятие 5**

**Умственная отсталость как социально-педагогическая проблема**

**Цели:**

* усвоение классификации олигофрений, медико-психолого-педагогической характеристики детей с интеллектуальными нарушениями;
* раскрытие вопросов комплектования учреждений для детей с нарушениями умственного развития;
* освещение закономерностей и принципов педагогической коррекции развития лиц с нарушениями интеллекта.

**План:**

1. Принципы организации системы образовательно-коррекционных услуг лицам с нарушениями интеллекта.
2. Учреждения для детей с нарушениями интеллектуального развития раннего и дошкольного возраста.
3. Учебные заведения для детей с нарушением интеллектуального развития школьного возраста.
4. Коррекционная направленность педагогического процесса как принцип деятельности специальных образовательно-реабилитационных учреждений для детей с нарушениями интеллекта.

**Вопросы для самоконтроля и контроля знаний:**

1. На какие компоненты интеллектуального развития следует ориентироваться при системном проектировании коррекционных целей образования умственно отсталых детей?
2. Сформулируйте закономерность коррекционного образования, которая отражает необходимость преодоления дивергенции между социальными и биологическими факторами развития лица с нарушениями интеллекта и указывает на пути обеспечения конвергенции между ними.
3. Какие коррекционно-развивающие результаты можно получить, строя работу с умственно отсталыми по принципу коррекции, идущему «снизу-вверх»? Приведите примеры такой работы. А как вы понимаете коррекцию, идущую «сверху вниз»? Проиллюстрируйте примерами. Какие основные характеристики отличают высшие психические функции от элементарных?

**Задачи для самостоятельной работы:**

По каким критериям можно оценивать результативность коррекционного воздействия на учащихся специальной школы?

**Практическое занятие 6**

**Дети с нарушениями речи. Коррекционное обучение и воспитание детей с нарушениями речи**

**Цели:**

* раскрытие причин, обуславливающих возникновение нарушений речи;
* усвоение классификаций нарушений речевого развития (клинико-педагогической и психолого-педагогической);
* освещение закономерностей и принципов педагогической коррекции развития лиц с нарушениями речи.

**План:**

1. Физиологические предпосылки речи.
2. Функции речи в жизнедеятельности человека.
3. Виды речи.
4. Причины нарушений речи, их классификация.
5. Основные виды логопедической помощи детям.

**Вопросы для самоконтроля и контроля знаний:**

1. Назовите причины нарушений речи.
2. Охарактеризуйте клинико-педагогическую классификацию нарушений речи.
3. Охарактеризуйте психолого-педагогическую классификацию нарушений речи.
4. Что такое логопедия? Раскройте ее сущность и структуру.
5. Раскройте особенности коррекционной работы с учащимися в рамках логопедической группы, школьного логопункта.
6. Раскройте особенности логопедической работы при нарушениях зрения, слуха.

**Задачи для самостоятельной работы:**

1. Подготовьте схему «нарушения речи» (согласно клинико-педагогической классификации).
2. Ознакомьтесь с таблицей онтогенетического развития речи А.Н. Гвоздева.  Что означает принцип онтогенетического развития речи при проведении логопедической диагностики?

**Практическое занятие 7**

**Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Коррекционное обучение и воспитание детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата**

**Цели:**

* раскрытие причин, обуславливающих возникновение нарушений функций опорно-двигательного аппарата;
* усвоение психофизиологической характеристики движений человека;
* освещение структуры нарушения и психологических основ помощи детям при двигательных нарушениях.

**План:**

1. Психофизиологическая характеристика движений человека.

2. Нарушения движений у детей как результат заболевания нервной системы.

3. Психическое развитие детей с детским церебральным параличом.

4. Структура нарушения и психологические основы помощи детям при двигательных нарушениях.

**Вопросы для самоконтроля и контроля знаний:**

1. Какова роль движений в психическом развитии ребенка?

2. Какие отделы головного мозга участвуют в реализации движений человека?

3. Приведите аргументы в пользу идеи о том, что психика и движения развиваются взаимосвязано. Попробуйте найти примеры, опровергающие эту взаимосвязь.

4. Является ли детский церебральный паралич врожденным или приобретенным заболеванием?

5. Почему у ребенка с ДЦП страдает большинство психических функций?

6. Какие формы ДЦП вы знаете? По каким критериям они различаются?

7. Как вы считаете, у детей с ДЦП нарушения мышления являются первичным или вторичным нарушением?

8. Назовите основные задачи коррекционной работы с детьми при детском церебральном параличе.

9. При каких условиях возможен такой уровень психического развития ребенка с ДЦП, который максимально приближен к возрастной норме?

**Задачи для самостоятельной работы:**

1. Составьте таблицу «Нарушения психического развития при разных формах ДЦП».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фор-ма  ДЦП | Клиничес-кая характерис-тика (мышечный тонус, пораженные конечности) | Внешний вид ребенка, двигательные навыки | Общая характеристика отклонений в психическом развитии | Характеристи-ка развития отдельных психических функций |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2. Проанализируйте высказывание мамы ребенка, которая выражает свое мнение о его заболевании. «Мой мальчик плохо ходит, у него ножки перекрещиваются, и он становится на носочки. С головой у него все в порядке, он умненький, все понимает, но чуть-чуть плохо говорит, шепелявит. У него ножки больные и врачи говорят, что у него ДЦП, а заболел он только в 4 года, до этого был здоровенький».

Какие ошибочные суждения о заболевании ребенка содержатся в этом высказывании?

**Практическое занятие 8**

**Искаженное психическое развитие: дети с аутизмом и**

**аутистическими нарушениями**

**Цели:**

* характеристика основных форм, раскрытие причин, обуславливающих возникновение искаженного психического развития;
* освещение закономерностей и принципов психолого-педагогической коррекции развития лиц с искаженным психическим развитием.

**План:**

 1. Общая характеристика детского аутизма и аутистических нарушений.

2. Клинико-психологическая характеристика детского аутизма.

3. Психологическая характеристика искаженного психического развития.

4. Дифференциальная диагностика.

5. Психологические основы коррекционной помощи детям с аутистическими нарушениями.

**Вопросы для самоконтроля и контроля знаний:**

 1. Почему аутизм и аутистические расстройства попали в поле зрения исследователей только в середине 20-го века?

2. Почему детей с детским аутизмом часто принимают за детей с нарушениями зрения или слуха?

3. Какую функцию выполняют стереотипные формы поведения у детей с аутизмом?

4. Что выступает в качестве первичного и вторичного нарушений при детском аутизме?

5. Что является главным отличительным признаком при синдроме Аспергера? Почему дети с синдромом Аспергера часто принимаются за высокоодаренных детей?

6. Почему к детям с аутистическими нарушениями неприменимы традиционные формы и методы обучения?

7. Какая точка зрения на детский аутизм кажется Вам более обоснованной и доказанной: 1) ребенок **не хочет** вступать в общение с другими людьми, то есть у него снижена или отсутствует потребность в общении; 2) ребенок **не может** вступать в общение с другими людьми, так как у него отсутствует необходимые когнитивные способности.

8. Общая характеристика детского аутизма и аутистических нарушений.

9. Клинико-психологическая характеристика детского аутизма.

10. Психологическая характеристика искаженного психического развития.

11. Дифференциальная диагностика.

12. Психологические основы коррекционной помощи детям с аутистическими нарушениями.

**Задачи для самостоятельной работы:**

1. Ниже перечислены мифы об аутизме. Какие из мифов соответствуют реальности? Обоснуйте свою точку зрения.

Миф 1. Все дети с аутизмом гениальны – им присущи не­которые незаурядные способности.

Миф 2. Дети с аутизмом всегда имеют умственную отста­лость и не могут вести нормальную жизнь.

Миф 3. Дети с аутизмом никогда не смотрят в глаза другим людям.

Миф 4. Дети с аутизмом не могут проявлять привязанности к людям.

Миф 4. Развитие аутизма можно предотвратить: если с ре­бенком начать заниматься до 3 лет, тогда «дверка не закроется», и ребенок может стать вполне нормальным.

Миф 5. Родители ребенка своим поведением «запуска­ют механизм развития аутизма», следовательно, метод помощи – это психоанализ ребенка и семьи.

Миф 6. Нарушение вызвано прививкой – если не делать при­вивки, можно спасти детей.

Миф 7. Причина нарушения – локальное поражение мозга в результате родовой травмы.

2. Изучите одну из книг, указанных ниже, и напишите ***эссе*** по прочитанной книге. В эссе отразите следующие ответы на вопросы:

*1. Как ребенок с аутизмом воспринимает и переживает мир вокруг него?*

*2. Как строятся его отношения с окружающими?*

*3. Почему у такого ребенка наблюдаются «странные» особенности поведения?*

*4. Что вызвало у Вас особый интерес в данной книге?*

*5. Изменилось ли ваше отношение к детям с аутистическими нарушениями?*

*6. Стали ли вы лучше их понимать?*

*7. Как нужно организовывать общение и коррекционную работу с таким ребенком?*

*8. Какова роль родителей ребенка с аутизмомв его адаптации к миру, в его развитии?*

* 1. Грэндин, Т. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма / Т. Грэндин, М. Скариано. – Москва : Центр лечебной педагогики, 1999. – 228 с.
  2. Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – 2-е изд., стер. – Москва : Теревинф, 2000. – 333 с.
  3. Сатмари, П. Дети с аутизмом / П. Сатмари ; пер. с англ. – Москва, Нижний Новгород, Санкт-Петербург : Питер, 2005. – 224 с.
  4. Хэддон, М. Загадочное ночное убийство собаки / М. Хэддон. – Москва : Росмэн, 2004. – 254 с.

**Ориентировочный перечень вопросов к зачету**

1. Специальная психология как самостоятельная отрасль науки и практики.
2. Метод наблюдения специальной психологии.
3. Метод беседы в специальной психологии.
4. Метод тестов в специальной психологии.
5. Сбор анамнеза.
6. Метод изучения продуктов деятельности в специальной психологии.
7. Основные направления (разделы) специальной психологии.
8. Современные представления о нормальном и отклоняющемся развитии.
9. Условия нормального развития ребенка и факторы риска.
10. Механизмы генетических влияний.
11. Соматический фактор психического развития.
12. Механизмы социальных влияний в период индивидуального развития.
13. Понятие дизонтогении.
14. Этиология нарушений.
15. Основные виды психического дизонтогенеза.
16. Виды психического дизонтогенеза по В.И. Лебединскому.
17. Причины умственной отсталости.
18. Классификация по степени тяжести и этиопатогенетическому принципу.
19. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы детей с умственной отсталостью.
20. Предмет и задачи психологии детей с ЗПР.
21. Причины и механизмы ЗПР.
22. Классификация ЗПР.
23. Особенности развития познавательной сферы детей с задержкой психического развития (ЗПР).
24. Предмет и задачи сурдопсихологии.
25. Предмет и задачи тифлопсихологии.
26. Особенности развития познавательной сферы у детей с речевыми нарушениями.
27. Психологические особенности детей с РДА.
28. Особенности личности и эмоционально-волевой сферы детей со сложными нарушениями развития.
29. Дошкольное образование детей с ограниченными возможностями.
30. Школьная система специального образования.
31. Уровни интеграции лиц с отклонениями в развитии в общество.
32. Преимущества системы специализированного обучения, преимущества системы интегрированного обучения.
33. Назовите вторичные нарушения у детей с нарушениями слуха.
34. Что такое первичный дефект?
35. Вторичный дефект у лиц с нарушениями интеллекта.
36. Третичный дефект
37. Компенсация – это …
38. Закономерности нарушенного развития.
39. Признаки психопатии.
40. Перечислите факторы психического развития.
41. Особенности коммуникативного контакта лиц с РДА.
42. Самым сложным для коррекции является вид ЗПР…
43. Причины возникновения психогенного вида ЗПР.
44. Причины возникновения интеллектуальных нарушений.
45. Первичный дефект при умственной отсталости.
46. Причины нарушения слуха.
47. Причины нарушения зрения.
48. Базовая структурная организация психического.
49. Основа сформированности ментальных структур психического–
50. Трехкомпонентная модель анализа по М.М. Семаго, Н.Я. Семаго.
51. Логопсихология – это…
52. Тифлопсихология – это…
53. Олигофренопсихология – это…
54. Сурдопсихология – это…
55. Учение Л.С. Выготского о структуре дефекта
56. Причины речевых нарушений.
57. Психологические особенности лиц с нарушениями речи.
58. История становления специальной психологии.
59. Реабилитация – это
60. Коррекция – это
61. Компенсация аномального развития.
62. Понятие акцентуация.
63. Невротические расстройства.
64. Причины психопатии.
65. Диагностика психического развития.
66. Основной маркер аутистического спектра.
67. Абилитация – это…
68. Органическое поражение коры головного мозга является первичным нарушением при…
69. В каких формах может получать образование ребенок с дизонтогенезом?
70. От чего зависит форма образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ?
71. Что такое инклюзия?
72. Какие виды образовательных учреждений предусмотрены для лиц с нарушениями развития?
73. Какие отечественных ученых, внесших вклад в развитие специальной психологии, Вы знаете?
74. Особенности моторной сферы лиц с интеллектуальными нарушениями.
75. Особенности психомоторики лиц с ДЦП.
76. Психология семейного воспитания детей с проблемами в развитии.
77. Особенности формирования коммуникативной деятельности детей с отклонениями в развитии.
78. Проблемы социализации детей с нарушениями в развитии.
79. Проблема реабилитации в специальной психологии.
80. Нарушения в психическом развитии и компенсаторные механизмы.
81. Положение инвалида в современном обществе.
82. Творческие возможности лиц с проблемами в психическом развитии.
83. Эмоциональное развитие детей с ограниченными возможностями.
84. Формирование личности в условиях нарушенного развития.
85. Предметное содержание современной специальной психологии.
86. Специальная психология в структуре современного человекознания.
87. История становления специальной психологии в России.
88. История становления специальной психологии за рубежом.
89. Формирование деятельности у детей с проблемами в развитии.
90. Проблема социальной перцепции в специальной психологии.
91. Причины и формы школьной неуспеваемости.
92. Особенности формирования учебной деятельности детей с нарушениями в развитии.
93. Психологическая характеристика детей с синдромом раннего детского аутизма.
94. Дети и подростки с нарушениями в формировании эмоционально-волевой сферы.
95. Психологическая характеристика развития детей в условиях детского дома.
96. Кризисные переживания детей и подростков.
97. Психологические проблемы отбора детей в коррекционные учреждения.
98. Этические проблемы деятельности специального психолога.
99. Внимание и особенности его формирования у детей с нарушениями в развитии.
100. Формирование интересов у детей с нарушениями в развитии.
101. Психологические проблемы профессионального самоопределения лиц с отклонениями в развитии.
102. Проблема терминологии современной специальной психологии.
103. Формирование предметных представлений у детей с нарушениями в развитии.
104. Принципы и виды классификаций нарушений в психическом развитии.
105. Проблема памяти в специальной психологии.
106. Соотношение диагностики и коррекции в работе специального психолога.
107. Основные проблемы сопровождения детей с нарушениями в развитии.
108. Психологические проблемы интегрированного обучения детей с проблемами в развитии.
109. Проблема соотношения обучения и нарушенного развития.
110. Особенности формирования воображения у детей с проблемами в развитии.
111. Психологическая готовность к школьному обучению детей с проблемами в развитии.
112. Особенности психического развития детей, страдающих хроническими соматическими заболеваниями.
113. Психологические проблемы консультирования родителей, воспитывающих детей-инвалидов.
114. Проблема профилактики нарушений в развитии у детей.
115. Естественнонаучная и гуманитарная парадигма в специальной психологии.
116. Пути и формы интеграции инвалида в современном обществе.
117. Материнская депривация, ее механизмы и формы.
118. Психологические проблемы сенсорного воспитания детей с отклонениями в развитии.
119. Социально-психологические факторы процесса исторических изменений отношения общества к инвалидам.
120. Содержание и методы психолого-педагогического сопровождения в условиях специального образования.
121. Особенности формирования отношения и осознания собственных нарушений детьми и подростками с отклонениями в развитии.
122. Эмоциональное развитие детей с ограниченными возможностями.
123. Роль и место психолога в процессе отбора детей в коррекционные учреждения.
124. Психологическая характеристика процесса социализации детей с отклонениями в развитии.
125. Особенности развития познавательной сферы детей с отклонениями в развитии.
126. Коррекция и реабилитация детей с интеллектуальными нарушениями.
127. Коррекция и реабилитация детей с нарушениями слуха и зрения.
128. Коррекция и реабилитация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
129. Коррекция и реабилитация детей с недостатками речи.
130. Коррекция и реабилитация детей с аутизмом.
131. Коррекция и реабилитация детей с задержкой психического развития.
132. Методы социально-психологической реабилитации и коррекции по отношению к детям с проблемами в развитии.
133. Виды методов психокоррекции поведения и общения детей с проблемами в развитии.
134. Основные ступени развития и социализации детей и подростков при наличии отклонений, задержек развития
135. Современные теории и системы воспитания и коррекции поведения лиц с проблемами в развитии.
136. Отношение родителей к дефекту ребенка: типы, последствия, проблемы.
137. Направления работы с близким окружением ребенка в процессе реабилитации.
138. Современные технологии и методы обучения, воспитания и развития для детей с нарушениями в развитии.
139. Система социальных институтов для оказания консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, психологической, реабилитационной и другой специализированной помощи.
140. Адаптация детей с нарушениями в развитии к системе общего образования.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: выпуск 3 Материалы II Международного конгресса по сложным нарушениям речи и поведения «Аутизм. Алалия. Инновации» (Москва, 1-3 апреля 2016 года) / под общ. Ред Ж. В. Антиповой, О. А. Азовой. – Москва : Издательство Московского психолого-социального университета, 2016. – 400 с.

2. Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики : материалы I Междунар. науч.-практич. конф. «Инновации в коррекции расстройств аутистического спектра, СДВГ, сложных речевых нарушений: метод Томатиса, сенсорная интеграция, компьютерные технологии», 28 окт. 2013 г. Вып. 1 / под общ. ред. Ж. В. Антиповой, МПСУ. – Москва : МПСУ, 2013. – 100 с.

3. Антипова, Ж. В. Развитие речи учащихся начальных классов, испытывающих трудности в обучении: учеб.-метод. пособие / Ж. В. Антипова, Е. В. Крылова, Н. В. Горина, МПСУ. – Москва : МПСУ; Воронеж: МОДЭК, 2014. – 144 с.

4. Астапов, В. М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии: учебное пособие / Астапов В. М. – 2 изд., испр. и доп. – Москва : МПСИ; Воронеж : МОДЭК, 2010. – 232 с.

5. Беляева, О. Л. Современная сурдопедагогика: из прошлого в настоящее : учебное пособие / О. Л. Беляева, Г. А. Карпова. – 2-е изд., испр. и доп. – Красноярск : КГПУ им. В. П. Астафьева, 2016. – 232 с.

6. Глухов, В. П. Коррекционная педагогика с основами специальной психологии (курс лекций): учеб. пособие / В.П. Глухов. – Москва : В. Секачев, 2012. – 256 с.

7. Глухов, В. П. Специальная педагогика и специальная психология : учебник для вузов / В. П. Глухов. – 3-е издание, исправленное и дополненное. – Москва :Юрайт, 2020. – 322 с.

8. Елецкая, О. В. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья : учебник / О. В. Елецкая. – 2-е изд., стер. – Москва : ФЛИНТА, 2018. – 500 с.

9. Елецкая, О. В. Специальная педагогика : учебное пособие / О. В. Елецкая, М. В. Матвеева, Е. А. Логинова. – Москва :Владос, 2019. – 478 с.

10. Емельянова, И. Д. Развитие речи в условиях дизонтогенеза : учебное пособие / И. Д. Емельянова, С. В. Маркова. – Елец : ЕГУ им. И. А. Бунина, 2019. – 182 с.

11. Зеленина, Н. Ю. Специальная детская психология. Психология детей с нарушениями интеллекта [Электронный ресурс]: курс лекций. Направление подготовки 50700.62 «Специальное дефектологическое образование» (профиль подготовки «Дошкольная дефектология») / Зеленина Н. Ю.– Пермь: Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, 2014. – 50 c. – Режим доступа: <http://www.Ipbookshop.ru/32097>

12. Левшунова, Ж. А. Инклюзивное образование: учеб. пособие / Ж. А. Левшунова, Н. В. Басалаева, Т. В. Казакова. – Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2017. – 114 с.

13. Мёдова, Н. А. Проблемы инклюзивного образования : учебное пособие / Н. А. Мёдова, Н. В. Байгулова. – Томск : Издательство Томского государственного педагогического университета, 2019. – 136 с.

14. Назарова, Н. М. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. М. Назарова, Т. Г. Богданова, С. А. Морозов, Л. И. Аксенова. –Москва : Инфа-М, 2025. – 385 с.

15. Неретина, Т. Г. Специальная педагогика и коррекционная психология : учебно-методический комплекс / Т. Г. Неретина. – 4-е изд., стер. – Москва : ФЛИНТА, 2019. – 376 с.

16. Неретина, Т. Г. Специальная педагогика и коррекционная психология : учебно-методическое пособие / Т. Г. Неретина. – 4-е изд., стер. – Москва : ФЛИНТА, 2019. – 376 с.

17. Подготовка к школе детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы: от индивидуальных занятий к обучению в классе : учебное пособие / Т. А. Бондарь, И. Ю. Захарова, И. С. Константинова [и др.]. – 8-е изд., эл. – Москва :Теревинф, 2024. – 289 с.

18. Ридецкая, О. Г. Специальная психология: учебное пособие [Электронный ресурс] / Ридецкая О. Г.– Москва : Евразийский открытый институт, 2011. – 352 c. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/10839>

19. Самыгин, С. И. Основы коррекционной педагогики и психологии / С. И. Самыгин; под ред. А. М. Руденко. – Москва : Феникс, 2023. – 285 с.

20. Семаго, М. М. Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности [Электронный ресурс] / М. М. Семаго, Н. Я. Семаго. – Москва : Генезис, 2011. – 400 c. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/19364>

21. Семаго, Н. Я. Типология отклоняющегося развития. Недостаточное развитие [Электронный ресурс] / Н. Я. Семаго, О. Ю. Чиркова. – Москва: Генезис, 2011. – 288 c. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/19365>

22. Словарь логопеда. 2-е изд., испр. и доп. / Под ред. Ю. Г. Гаубих. – Москва : Издательство ВЛАДОС, 2020. – 287 с.

23. Солондаев, В. К. Специальная психология: учеб. пособие, по материалам лекций, прочит. в СыктГУ / В. К. Солондаев, Т. В. Разина. – Сыктывкар :СыктГУ, 2011 – 184 с.

24. Сорокин, В. М. Специальная психология: учеб. пособие / В. М. Сорокин; под науч. ред. Л. М. Шипицыной. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 216 с.

25. Социализация в образовательном пространстве детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации [Электронный ресурс]: сборник материалов Международной научно-практической конференции 21-22 мая 2015 г. / Т. В. Авакян и др. – Калуга : Калужский государственный университет им. К. Э. Циолковского, 2015 – 510 c. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/38497>

26. Спатаева, М. Х. Специальная психология. Часть 1 Психология познавательных процессов в условиях психического дизонтогенеза: учебное пособие [Электронный ресурс] / Спатаева М. Х. – Омск : Омский государственный университет им. Ф. М. Достоевского, 2013 – 188 c. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/24941>

27. Специальная (коррекционная) дошкольная педагогика. Введение в специальность : учеб. пособие для студ. средн. и высш. пед. учеб. заведений. – Москва : Академический Проект, 2020. – 318 с.

28. Специальная (коррекционная) дошкольная педагогика. Введение в специальность : учебное пособие / под редакцией В. И. Селиверстова. – Москва : Академический Проект, 2020. – 318 с.

29. Специальная педагогика и психология: традиции и инновации : материалы всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием, г. Москва, 25–26 марта 2019 г. – Москва : МПГУ, 2019. – 352 с.

30. Специальная педагогика : учебник для среднего профессионального образования / под редакцией Л. В. Мардахаева, Е. А. Орловой. – Москва : Издательство Юрайт, 2025. – 376 с.

31. Специальная педагогика: учеб. пособие / В. С. Кукушин и др.; под общ. ред. В. С. Кукушина. – Москва : МПСУ, 2014. – 552 с.

32. Специальная психология: учебное пособие / под ред. В. И. Лубовского. – 6-е изд., испр. и доп. – Москва : Академия, 2009. – 560 с. – 71 с.

33. Специальная психология: учебное пособие [Электронный ресурс] / Е. С. Слепович и др. – Минск: Вышэйшая школа, 2012. – 511 c.– Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/20280>

34. Сурдопедагогика: учебник для дефектологических специальностей вузов. Изд. 3-е, перераб. и доп : учебник / Е. Г. Речицкая, Т. Г. Богданова, Н. М. Назарова [и др.] ; под редакцией Е. Г. Речицкой. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва :Владос, 2024. – 485 с.

35. Усанова, О. Н. Специальная психология: учеб. пособие / О. Н. Усанова. – СПб. : Питер, 2006. – 400 с.

36. Шаповал, И. А. Специальная психология: учеб. пособие / И. А. Шаповал. – Москва: Сфера, 2005. – 224 с.

37. Шведова, Н. П. Тифлопедагогика : учебное пособие / Н. П. Шведова, В. З. Денискина. – Москва : МПГУ, 2020 – Часть 1 : Тифлопедагоги и общественные деятели XVIII–XIX вв. – основоположники обучения слепых – 2020. – 80 с.

38. Швецова, В. А. Специальная психология и коррекционное обучение : учебное пособие / В. А. Швецова, А. О. Шарапов. – Белгород : НИУ БелГУ, 2020. – 220 с.

Учебное издание

ЧУБОВА Ирина Ивановна

УЖЧЕНКО Ирина Юрьевна

ТКАЧЕВА Вероника Александровна

**Специальная педагогика и психология**

Методические рекомендации

Авторы-составители: И.И. Чубова, И.Ю. Ужченко, В. А. Ткачева

В авторской редакции

Редактор – Чубова И.И.

Дизайн обложки – Чубова И.И.

Корректор – Ужченко И.Ю.

Верстка – Ткачева В.А.

Подписано в печать 00.00.2025. Бумага офсетная.

Гарнитура Times New Roman.

Печать ризографическая. Формат 60×84/16. Усл. печ. л.

Тираж 100 экз. Изд. № Заказ №

ФГБОУ ВО «ЛГПУ»

Издательство ЛГПУ

ул. Оборонная, 2, г. Луганск, ЛНР, 291011. Т/ф: +7(857) 2580320

e-mail: [knitaizd@mail.ru](mailto:knitaizd@mail.ru)