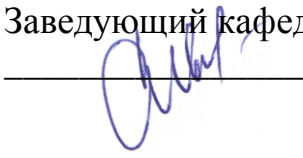


МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт  
Кафедра «Психиатрия и наркология»

Утверждено на заседании кафедры  
«Психиатрия и наркология»  
«26» января 2021 г., протокол № 6

Заведующий кафедрой  
 Д.М. Ивашиненко

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
к самостоятельной работе  
по дисциплине (модулю)  
«Основы дефектологии в социальной и профессиональной сферах»**

**основной профессиональной образовательной программы  
высшего образования – программы бакалавриата**

по направлению подготовки  
**38.03.01 Экономика**

с направленностью (профилем)  
**Бухгалтерский учёт, экономический анализ и аудит (в организациях  
реального сектора экономики)**

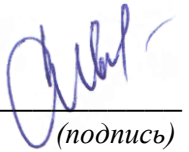
Форма обучения: очно-заочная

Идентификационный номер образовательной программы: 380301-03-21

Тула 2021 год

## **Разработчик методических указаний**

Иващенко Д.М., зав. кафедрой ПИН, к.м.н., доцент  
(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)



---

(подпись)

## Содержание

1. Психолого-педагогическая характеристика лиц с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью)
2. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушениями психического развития (трудностями в обучении)
3. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушениями речи
4. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушением слуха
5. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушениями зрения
6. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата
7. Психологические особенности лиц с ограниченными возможностями

### **1. Психолого-педагогическая характеристика лиц с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью)**

Под умственной отсталостью (У. О.) отечественные специалисты понимают стойкие нарушения психического развития определенной качественной структуры. При У. О. имеет место недостаточность познавательной деятельности и, в первую очередь, недоразвитие абстрактного мышления, процессов обобщения и отвлечения в сочетании с малой подвижностью и инертностью психических процессов. Выделяют 2 основные клинические формы умственной отсталости: олигофрению и деменцию.

Этиология олигофрении подразделяется на эндогенную и экзогенную. Олигофрения вызывается ранним органическим поражением мозга, связанным с генетическими пороками развития, диффузным повреждением мозга в результате внутриутробных, родовых и ранних постнатальных вредностей. Симптоматика олигофрении связана с явлениями общего недоразвития мозга с преимущественной незрелостью коры головного мозга.

Олигофрения (от греч. *olugos* — малый, *phren* — ум) — особая форма психического недоразвития, возникающая вследствие различных причин: патологической наследственности, хромосомных аберраций (от лат. *aberratio* — искажение, ломка), при родовой патологии, органического поражения ЦНС во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития

При олигофрении органическая недостаточность мозга носит непрогредиентный (непрогрессирующий) характер. Действия вредоносного фактора в большой мере уже остановилось, и ребенок способен к развитию, которое подчинено общим закономерностям формирования психики, но имеет свои особенности, обусловленные типом нарушений ЦНС и их отдаленными последствиями.

Для олигофрении характерны 2 закономерности (Г.Е.Сухарева) : тотальность нервно-психического недоразвития и его иерархичность. Тотальность означает, что при олигофрении недоразвитыми оказываются все нервно-психические функции, наблюдается несформированность сенсорной и моторной сферы, эмоций, недоразвитие высших психических функций, таких как мышление, речь.

Иерархичность недоразвития означает, что различные функции при олигофрении страдают неравномерно. Наиболее грубо страдают высшие психические функции, в меньшей степени – базальные. Интеллект нарушается в большей мере, чем речь, а речь страдает больше, чем восприятие, память, моторная сфера. Одним из проявлений дизонтогенеза при олигофрении является недоразвитие речи. При этом отмечается недоразвитие речи как системы, страдают все компоненты речи: фонетико-фонематическая и лексико-грамматическая стороны речи. Нарушается как импрессивная, так и экспрессивная речь. Страдает смысловая сторона речи.

Интеллектуальный дефект отличается стойкостью, при тяжелых формах выявляется уже на первом году жизни.

В соответствии с международной классификацией выделяют 3 степени умственной отсталости:

1. дебильность — относительно легкая, неглубокая умственная отсталость;
2. имбецильность — глубокая умственная отсталость;
3. идиотия — наиболее тяжелая, глубокая умственная отсталость.

Цели и задачи обучения и воспитания умственно отсталых детей, с одной стороны, общие с задачами воспитания всех детей вообще, с другой – глубоко специфичные.

Общие цели и задачи для обучения и воспитания всех детей – содействие развитию и выявлению положительных сторон личности, сглаживанию отрицательных, воспитание детей наиболее трудоспособными и полезными членами общества. Для глубоко умственно отсталых детей эти цели остаются актуальными, но при их осуществлении необходимо учитывать значительно более низкий уровень достигнутых успехов, применять особые методические приёмы, уделять внимание воспитанию внешних навыков и привычек культурного поведения и самообслуживания.

Цель коррекционно – воспитательной работы с умственно отсталыми детьми, в конечном счете, – их социальная адаптация, трудоустройство и дальнейшее приспособление к жизни, в том числе в условиях, когда они не выключены из окружающей социальной среды.

Достижение поставленных целей обеспечивается решением следующих основных задач с детьми вспомогательной школы:

1. Развитие всех психических функций и познавательной деятельности детей в процессе обучения и коррекция их недостатков. Основное внимание в этой работе должно быть направлено на умственное развитие.

2. Воспитание глубоко отсталых детей, формирование у них правильного поведения. Основное внимание в этом разделе работы направлено на нравственное воспитание.

3. Трудовое обучение и подготовка к посильным видам труда.

4. Физическое воспитание. Самообслуживание.

5. Бытовая ориентировка и социальная адаптация – как итог всей работы.

Необходимость социальной адаптации детей вспомогательной школы, общение со средой нормальных людей ставит перед специальными учреждениями серьезные задачи нравственного воспитания, выработки у них общепринятых норм поведения.

Трудовое обучение и воспитание играет главную роль во всей системе коррекционной работы с детьми вспомогательной школы. Основная задача этого важного раздела работы – выработка и совершенствование трудовых навыков, воспитания необходимых установок поведения, личностных качеств. Задачи трудового воспитания и обучения следующие: 1. Обеспечить максимально возможную для данного ребенка самостоятельность а, готовность к помощи в хозяйственно – бытовом труде в семье или специальном учреждении умение выполнять несложные виды этого труда; 3. Сформировать привычку и положительную установку к определенному виду труда в течение установленного времени (5-6 часов в день) в специальном цехе или мастерской. В сельском хозяйстве под руководством инструктора; 4. Выработать твердые навыки выполнения ряда операций в том виде труда, которому ребенок обучался в школе; 5. По индивидуальным возможностям каждого научить переключаться с выполнения одной знакомой операции на другую, выполнять несколько взаимосвязанных операций последовательно, осуществлять подсчет (до десяти и десятками) и складывание готовой продукции в определенном порядке; 6. Научить работать совместно с товарищами по поточно – бригадной системе, соблюдая принятые нормы и правила поведения.

## **2. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушениями психического развития (трудностями в обучении)**

Проблема неуспеваемости определенной части учащихся начальной массовой общеобразовательной школы давно привлекла к себе внимание педагогов, психологов, медиков и социологов, выделивших определенную группу детей, которые не могут быть отнесены к умственно отсталым, так как в пределах имеющихся знаний они обнаруживали достаточную способность к обобщению, широкую "зону ближайшего развития". Эти дети были отнесены к особой категории – детей с ЗПР.

М. С. Певзнер и Т. А. Власовой было обращено внимание на роль эмоционального развития в формировании личности ребенка с ЗПР, а также на значение нейродинамических расстройств (астенических и церебрастенических состояний). Соответственно была выделена задержка

психического развития, возникающая на основе психического и психофизического инфантилизма, связанного с вредными воздействиями на ЦНС в период беременности, и задержка, возникающая на ранних этапах жизни ребенка в результате различных патогенных факторов, приведших к астеническим и церебрастеническим состояниям организма.

Различие патогенетических механизмов обуславливало и различие прогноза. В виде неосложненного психического инфантилизма ЗПР расценивалась как прогностически более благоприятная, большей частью не требующая специальных методов обучения. При преобладании же выраженных нейродинамических, в первую очередь стойких церебрастенических расстройств, ЗПР оказывалась более стойкой и нередко нуждающейся не только в психологопедагогической коррекции, но и в лечебных мероприятиях.

В результате дальнейшей научно-исследовательской работы К. С. Лебединской была предложена этиопатогенетическая систематика ЗПР. Основные клинические типы ее дифференцируются по этиопатогенетическому принципу: конституционного происхождения, соматогенного происхождения, психогенного происхождения, церебрально-органического происхождения. Каждый из этих типов может быть осложнен рядом болезненных признаков – соматических, энцефалопатических, неврологических – и имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности, свою этиологию.

Представленные клинические типы наиболее стойких форм ЗПР в основном отличаются друг от друга именно особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии: структурой инфантилизма и характером нейродинамических расстройств. С замедленным темпом формирования познавательной деятельности, с инфантилизмом связана недостаточность интеллектуальной мотивации и производительности, а с нейродинамическими расстройствами – тонус и подвижность психических процессов.

Задержка психического развития конституционного происхождения – так называемый гармонический инфантилизм (неосложненный психический и психофизический инфантилизм, по классификации М. С. Певзнер и Т. А. Власовой), при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Для детей в этом случае характерны преобладание эмоциональной мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. Затруднения в обучении, нередко наблюдаемые у этих детей в младших классах, М. С. Певзнер и Т. А. Власова связывают с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, преобладанием игровых интересов. Гармонический инфантилизм является как бы ядерной формой психического инфантилизма, в котором черты эмоционально-волевой незрелости выступают в наиболее

чистом виде и часто сочетаются с инфантильным типом телосложения. Такая гармоничность психофизического облика, наличие семейных случаев, непатологичность психических особенностей позволяют предположить преимущественно врожденно-конституционную этиологию этого типа инфантилизма. Однако нередко происхождение гармонического инфантилизма может быть связано с негрубыми обменно-трофическими расстройствами, внутриутробными или первых лет жизни.

Задержка психического развития соматогенного происхождения. Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного происхождения: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца. В замедлении темпа психического развития детей значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. Нередко имеет место и задержка эмоционального развития – соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслоений: неуверенностью, боязливостью, связанными с ощущением своей физической неполноценности, а иногда вызванными режимом запретов и ограничений, в котором находится соматически ослабленный или больной ребенок.

Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Как известно, неблагоприятные условия среды, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы, нарушению сначала вегетативных функций, а затем и психического, в первую очередь эмоционального, развития. В таких случаях речь идет о патологическом (аномальном) развитии личности. Этот тип задержки психического развития следует отличать от явлений педагогической запущенности, не представляющих собой патологического явления, и дефицита знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации. Рассматриваемая форма ЗПР наблюдается прежде всего при аномальном развитии личности по типу психической неустойчивости, чаще всего обусловленной явлением гипопеки – условиями безнадзорности, при которых у ребенка не воспитываются чувства долга и ответственности, формы поведения, связанные с активным торможением аффекта. Не стимулируется развитие познавательной деятельности, интеллектуальных интересов и установок, поэтому черты патологической незрелости эмоционально-волевой сферы в виде аффективной лабильности, импульсивности, повышенной внушаемости у этих детей часто сочетаются с недостаточным уровнем знаний и представлений, необходимых для усвоения школьных предметов.

Вариант аномального развития личности по типу "кумир семьи" обусловлен, наоборот, гиперопекой – изнеживающим воспитанием, при котором ребенку не прививаются черты самостоятельности, инициативности, ответственности. Для этого психогенного инфантилизма, наряду с малой

способностью к волевому усилию, характерны черты эгоцентризма и эгоизма, нелюбовь к труду, установка на постоянную помощь и опеку.

Вариант патологического развития личности по невротическому типу чаще наблюдается у детей, родители которых проявляют грубость, жестокость, деспотичность, агрессию по отношению к ребенку и другим членам семьи. В такой обстановке нередко формируется робкая, боязливая личность, эмоциональная незрелость которой проявляется в недостаточной самостоятельности, нерешительности, малой активности и инициативе.

Задержка психического развития церебрально-органического происхождения встречается чаще других описанных типов и нередко обладает большой стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности, занимая основное место в данной аномалии развития. Изучение анамнеза детей с этим типом ЗПР в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера вследствие патологии беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору), недоношенности, асфиксии и травмы при родах, постнатальных нейроинфекций, токсико-дистрофирующих заболеваний первых лет жизни.

Анамнестические данные часто указывают и на замедление смены возрастных фаз развития: запаздывание формирования статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности.

В соматическом состоянии наряду с частыми признаками задержки физического развития (недоразвитие мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса, задержка роста) нередко наблюдается общая гипотрофия, что не позволяет исключить патогенетической роли нарушений вегетативной регуляции; могут наблюдаться и различные виды диспластичности телосложения.

В неврологическом состоянии часто встречаются гидроцефальные, а иногда и гипертензионные стигмы (локальные участки с повышенным внутричерепным давлением), явления вегетативно-сосудистой дистонии.

Церебрально-органическая недостаточность прежде всего накладывает типичный отпечаток на структуру самой ЗПР – как на особенности эмоционально-волевой незрелости, так и на характер нарушений познавательной деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом. У детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций; характерна слабая заинтересованность в оценке, низкий уровень притязаний. Внушаемость имеет грубый оттенок и нередко сопровождается отсутствием критики. Игровую деятельность характеризует бедность воображения и творчества, монотонность и однообразие. Само стремление к игре нередко выглядит как способ ухода от затруднений в занятиях. Часто в игру превращается деятельность, требующая



целенаправленной интеллектуальной работы, например приготовление уроков.

В зависимости от преобладания того или иного эмоционального фона можно выделить два основных вида органического инфантилизма: неустойчивый (с психомоторной расторможенностью, эйфорическим оттенком настроения и импульсивностью) и тормозимый (с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительностью, боязливостью).

Для ЗПР церебрально-органического происхождения характерны нарушения познавательной деятельности, обусловленные недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключаемостью, а также недостаточностью отдельных корковых функций. Психолого-педагогические исследования, проведенные под руководством В. И. Лубовского, констатируют у детей в данном случае неустойчивость внимания, недостаточность развития фонематического слуха, зрительного и тактильного восприятия, оптико-пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти, зрительно-моторной координации, автоматизации движений и действий. Нередко обнаруживается плохая ориентировка в "правом-левом", явления зеркальности в письме, затруднения в различении сходных графем.

В зависимости от происхождения (церебрального, конституционного, соматогенного, психогенного), а также от времени воздействия на организм ребенка вредоносных факторов ЗПР дает разные варианты отклонений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности. В результате изучения психических процессов и возможностей обучения детей с ЗПР был определен ряд специфических особенностей в их познавательной, эмоционально-волевой сфере, поведении и личности в целом. Были выявлены следующие общие для ЗПР различной этиологии черты: низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости; незрелость эмоций и воли; ограниченный запас общих сведений и представлений; обедненный словарный запас; несформированность навыков интеллектуальной деятельности; неполная сформированность игровой деятельности. Восприятие характеризуется замедленностью. В мышлении обнаруживаются трудности словесно-логических операций. Значительно повышается эффективность и качество умственной деятельности при решении наглядно-действенных задач. У детей страдают все виды памяти, отсутствует умение использовать вспомогательные средства для запоминания. Необходим более длительный период для приема и переработки сенсорной информации. Кроме этого, отмечается низкий уровень самоконтроля, что особенно проявляется в учебной деятельности. К началу школьного обучения у детей с ЗПР, как правило, не сформированы основные мыслительные операции – анализ, синтез, сравнение, обобщение. Они не умеют ориентироваться в задаче, не планируют свою деятельность.

Все вышесказанное отличает детей с ЗПР от нормально развивающихся сверстников. В условиях массовой общеобразовательной школы дети с ЗПР,

естественно, попадают в категорию стабильно неуспевающих, что еще более травмирует их психику и вызывает негативное отношение к обучению. Это в ряде случаев приводит к конфликтам между школой и семьей ребенка. Только компетентная медико-педагогическая комиссия, состоящая из высококвалифицированных специалистов разного профиля, может дифференцировать ЗПР от умственной отсталости. Приведем лишь основные (иногда не очень ярко на первый взгляд выраженные) признаки, отличающие ЗПР от умственной отсталости.

В отличие от умственно отсталых детей у детей с ЗПР выше обучаемость, они лучше используют помощь учителя или старших и способны осуществлять перенос показанного способа действия на аналогичное задание или выбирать адекватный стереотип поведения в аналогичной ситуации.

При овладении чтением, письмом, счетом они часто обнаруживают ошибки такого же типа, что и умственно отсталые дети, но, тем не менее, у них имеются качественные отличия. Так, при слабой технике чтения дети с ЗПР всегда пытаются понять прочитанное, прибегая, если надо, к повторному чтению (без указания учителя). Умственно отсталые дети не могут понять прочитанное, поэтому их пересказ может быть непоследовательным и нелогичным.

В письме обращает на себя внимание неудовлетворительный навык каллиграфии, небрежность и тому подобное, что, по мнению специалистов, может быть связано с недоразвитием моторики, пространственного восприятия. Вызывает затруднения фонетический и фонетико-фонематический анализ. У умственно отсталых детей эти недостатки выражены грубее.

При изучении математики имеют место трудности в овладении составом числа, счетом с переходом через десятков, в решении задач с косвенными формулировками условия и т.д. Однако помощь со стороны учителя здесь более эффективна, чем при обучении умственно отсталых детей. Учитывая это, необходимо при дифференцированной диагностике ЗПР от умственной отсталости проводить обследование детей в форме обучающего эксперимента.

Поскольку работникам дошкольных учреждений и учителям начальных классов достаточно часто приходится сталкиваться с рассматриваемой категорией детей, остановимся несколько подробнее на характеристике особенностей овладения детьми с ЗПР основными общеобразовательными дисциплинами и особенностей изучения последних в специальных школах (классах) для этой категории детей.

Анализ устной речи детей с ЗПР показал, что она удовлетворяет потребности повседневного общения. В ней нет грубых нарушений произношения, лексики, грамматического строя. Однако речь детей в целом, как правило, смазанная, недостаточно отчетливая, что связано с малой подвижностью артикуляторного аппарата.

Недостатки произношения, а иногда и восприятия у некоторых детей связаны с какой-либо одной парой звуков, при хорошем произнесении и различении всех остальных. Для коррекции дефектов произношения в специальных школах для детей с ЗПР предусмотрены логопедические занятия.

Основные задачи подготовительного периода состоят в том, чтобы привлечь внимание детей к слову, сделать речь в целом предметом их сознания. Особое значение в этот период придается формированию и развитию фонематического восприятия, звукового анализа и синтеза, внятности и выразительности речи.

Поступающим в школу детям с ЗПР присущи специфические особенности психолого-педагогического характера. Такие дети не обнаруживают готовности к школьному обучению, у них нет нужного для усвоения программного материала запаса знаний, умений и навыков, поэтому они оказываются не в состоянии без специальной помощи овладеть счетом, чтением и письмом, а также испытывают затруднения в произвольной деятельности. Испытываемые детьми трудности усугубляются ослабленным состоянием их нервной системы. Учащиеся с ЗПР быстро утомляются, иногда просто перестают выполнять начатую деятельность.

Все это говорит о том, что ЗПР проявляется как в замедленном темпе созревания эмоционально-волевой сферы, так и в интеллектуальной недостаточности. Последнее проявляется в несоответствии интеллектуальных способностей ребенка его возрасту.

Значительное отставание и своеобразие обнаруживается в мыслительной деятельности. У всех детей с ЗПР наблюдаются недостатки памяти, причем это касается всех видов запоминания: произвольного и произвольного, кратковременного и долговременного. Данное положение распространяется на запоминание как наглядного, так и (особенно) словесного материала, что не может не сказаться на успеваемости. Отставание в мыслительной деятельности и особенности памяти наиболее ярко проявляются в процессе решения задач, связанных с такими компонентами мыслительной деятельности, как анализ, синтез, обобщение, абстрагирование. Это обстоятельство в ряде случаев заставляет педагогов начальных классов ставить вопрос об умственной отсталости ребенка.

Однако проведенные в НИИ дефектологии АПН СССР исследования показали, что при самостоятельном анализе и описании объекта, имеющего по меньшей мере 20 признаков, дети с ЗПР в среднем выделяют 6–7, в то время как их нормально развивающиеся сверстники – не менее 12. В то же время дети с ЗПР при условии оказания необходимой помощи (объяснение принципа выполнения задания, выполнение аналогичного задания под руководством учителя) в ходе повторного выполнения выделяют уже 10–11 признаков. Умственно отсталые дети до и после оказания им помощи выделяют 4–5 и 5–6 признаков соответственно. То обстоятельство, что дети с ЗПР после помощи оказываются в состоянии выполнить предложенное

задание на близком к норме уровне, позволяет говорить об их качественном отличии от умственно отсталых детей.

Своеобразна и речь рассматриваемой категории детей. Многим из них присущи дефекты произношения, что, естественно, приводит к затруднениям в процессе овладения чтением, письмом. Они имеют бедный (особенно активный) словарный запас. Имеющиеся в словаре детей понятия нередко неполноценны – сужены, неточны, а иногда и просто ошибочны. Дети с ЗПР плохо овладевают эмпирическими грамматическими обобщениями, поэтому в их речи встречается много неправильных грамматических конструкций. Ряд грамматических категорий ими вообще не используется. Дети с ЗПР испытывают трудности в понимании и употреблении сложных логико-грамматических конструкций и некоторых частей речи.

Речь детей с ЗПР старшего дошкольного и младшего школьного возраста качественно отличается от речи их нормально развивающихся сверстников и умственно отсталых детей. У детей с ЗПР позже, чем в норме, возникает период детского "словотворчества", затягивается процесс использования в речи "неологизмов"; у умственно отсталых детей этот период отсутствует вообще.

Значительным своеобразием отличается поведение рассматриваемой категории детей. После поступления в школу, в начальном периоде обучения они продолжают вести себя так, как дошкольники. Ведущим видом деятельности остается игра. У детей не наблюдается положительного отношения к школе, учебе. Учебная мотивация отсутствует или выражена крайне слабо. Некоторые исследователи считают, что состояние эмоционально-волевой сферы и поведения данных детей соответствует как бы предшествующей возрастной стадии развития.

Важно отметить, что в условиях массовой школы ребенок с ЗПР впервые начинает отчетливо осознавать свою несостоятельность, которая выражается прежде всего в неуспеваемости. Это, с одной стороны, ведет к появлению и развитию чувства неполноценности, а с другой – к попыткам личной компенсации в какой-либо другой сфере, иногда в различных формах нарушения поведения.

Очевидно, что по особенностям учебной деятельности, характеру поведения, состоянию эмоционально-волевой сферы дети с ЗПР значительно отличаются от своих нормально развивающихся сверстников. В связи с этим, как и в случае с умственно отсталыми детьми, для специального обучения и воспитания этой категории детей необходима коррекционная направленность. Учебно-коррекционная работа с детьми этой категории весьма обширна и разнообразна. Наиболее общие принципы и правила этой работы сводятся к следующему:

- необходимо осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку как на уроках общеобразовательного цикла, так и во время специальных занятий;
- в процессе обучения следует использовать те методы, с помощью которых можно максимально активизировать познавательную деятельность

детей, развивать их речь и формировать необходимые навыки учебной деятельности;

- необходимо предотвращать наступление утомления, используя для этого разнообразные средства (чередование умственной и практической деятельности, преподнесение материала небольшими дозами, использование интересного и красочного дидактического материала и средств наглядности и т.п.);

- в системе коррекционных мероприятий необходимо предусматривать проведение подготовительных (к усвоению того или иного раздела программы) занятий (пропедевтический период) и обеспечить обогащение детей знаниями об окружающем мире;

- на уроках и во внеурочное время необходимо уделять постоянное внимание коррекции всех видов деятельности детей;

- во время работы с детьми учитель должен проявлять особый педагогический такт; очень важно постоянно подмечать и поощрять малейшие успехи детей, своевременно и тактично помогать каждому ребенку, развивать в нем веру в собственные силы и возможности.

### **3. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушениями речи**

Первичные нарушения речи - нарушение речи возникает само по себе, вне связи с другими нарушениями развития. В этих случаях нарушение речи является самостоятельным нарушением, не вытекающим из других видов отклоняющегося развития.

Недоразвитие речи – сборный термин для характеристики разных нарушений речи, при которых главным признаком оказывается недостаточное развитие речи, несоответствие уровня развития речи возрастным нормативам. Данный термин фиксирует только факт наличия нарушения речи, но не характеризует специфику речевого нарушения.

Дислалия (от греч. dis–приставка, означающая расстройство, lalia– речь) – расстройство речи, проявляющееся в нарушении произношения звуков (при сохранном интеллекте) у детей. При дислалии дети могут не произносить звук вовсе, искажать его произношение, заменять один звук на другой. Дети могут неправильно произносить разные звуки речи, и конкретные нарушения звукопроизношения имеют специфические названия: например, нарушение произношения звуков л–ль называют ламбдацизмом, нарушение произношения звуков р, рь – ротацизмом. Различают механическую дислалию, связанную с анатомическими дефектами артикуляционного аппарата, и функциональную дислалию, обусловленную нарушениями функции артикулирования при сохранном строении органов артикуляции. Причины функциональной дислалии лежат, во-первых, в неблагоприятных условиях развития речи (особая речевая манера общения взрослых с детьми, наличие нарушений речи у членов семьи или ближайшего окружения ребенка), во-

вторых, в нарушении фонематического слуха. Дислалия в сочетании с нарушенным фонематическим слухом называется также фонетико-фонематическим недоразвитием речи.

В специальных исследованиях установлены особенности психических процессов и личности детей с дислалией. Так, внимание у детей при дислалии менее устойчиво, чем в норме, отмечается сниженный уровень его переключаемости. Нарушение устойчивости и переключаемости связаны с недостаточной подвижностью основных нервных процессов в коре мозга. Память у детей с функциональной дислалией характеризуется сужением объема запоминания, ошибками при воспроизведении. Данные особенности обусловлены ослаблением внимания и фонематического слуха.

Мышление при дислалии практически не отличается от нормативных показателей, хотя особенности мышления могут быть обусловлены снижением уровня функций внимания и памяти. В более тяжелых случаях отмечается замедленное протекание интеллектуальных процессов, снижение уровня обобщения, конкретность мышления.

При дислалии осознание ребёнком своего речевого нарушения оказывает негативное влияние на его развитие. Нередко критичное отношение к состоянию собственной речи приводит к тому, что ребёнок начинает стесняться своей речи, избегает ситуаций речевого общения, становится замкнутым, неуверенным в своих силах и возможностях. В результате могут формироваться негативные личностные черты (замкнутость, негативизм, неконтактность).

У детей дошкольного и младшего школьного возраста негативные тенденции развития личности выражаются в невротических проявлениях: энурез, неврастения, расторможенность. У детей младшего школьного возраста отмечается более легкая адаптация в коллективе сверстников, однако постоянное отстранение от выступлений на утренниках и ответов на групповых занятиях приводят к формированию предпосылок осознания своей неполноценности. Нарушенная речь становится нередко объектом для насмешек окружающих.

Многократное каждодневное указание на нарушение звукопроизношения приводит к осознанию детьми своей недостаточности. У них проявляется страх перед поступлением в школу, который связан не с внешним проявлением речевого нарушения, а именно с его осознанием. В старшем возрасте у детей преобладают патохарактерологические нарушения, неуверенность, замкнутость, истерические черты.

Алалия (от греч. α – отрицат. частица и *lalia* – говорю) – отсутствие или недоразвитие у детей речи при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте. Алалия обусловлена повреждениями речевых зон коры головного мозга во время родов, заболеваниями или травмами мозга в доречевой период жизни, то есть алалия представляет собой нарушение речи, которое вызвано врожденными причинами. При алалии нарушенными

являются все стороны речевой деятельности, все компоненты речезыковой системы, то есть процессы формирования, порождения и восприятия речи.

Различают моторную алалию, когда ребенок вообще не может говорить, хотя понимание обращенной к нему речи не нарушено, и сенсорную алалию, когда ребенок не понимает совсем или испытывает трудности в понимании обращенной к нему речи при своевременно появившейся речевой активности.

При моторной алалии у детей отмечается диффузность фонематических представлений, нечеткость звукового восприятия и воспроизведения. Исследователи [10; 12] приходят к выводу о большей сохранности у детей с моторной алалией невербального интеллекта по сравнению с вербальным. У детей с моторной алалией отмечается нарушение функционально-операционной стороны мышления (анализа, синтеза, обобщения, сравнения, классификации, исключения лишнего понятия и др.), а также замедленность и ригидность (тугоподвижность) мыслительных процессов. При алалии своеобразно формируется речевое мышление, для которого необходимы полноценные языковые обобщения. У детей с алалией отмечается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению, абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса, т.е. у них затруднены интеллектуальные операции, требующие участия речи. Снижение уровня обобщений проявляется в игровых действиях, в несформированности ролевого поведения, навыков совместной сюжетно-ролевой игры. Недоразвитие речи тормозит полноценное развитие познавательной деятельности, но не является причиной или показателем интеллектуальной недостаточности.

При моторной алалии В.А. Ковшиков выделяет три группы детей в зависимости от состояния их личности и эмоционально-волевой сферы. Первая группа (самая малочисленная) – эмоционально-волевая сфера и личностные свойства сохранены. Для детей второй группы характерна повышенная возбудимость, гиперактивность, суетливость, склонность к повышенному фону настроения, не критичность по отношению к речевому нарушению. Дети третьей группы (самой многочисленной) отличаются повышенной тормозимостью, снижением активности, для них характерно критичное отношение к своему дефекту, выраженное переживание по этому поводу, речевой негативизм; дети не уверены в себе, замкнуты, стеснительны, скованы.

Причины возникновения невротических черт характера у детей с моторной алалией связаны с неблагоприятными социальными условиями, с недоброжелательным отношением к ребёнку со стороны окружающих взрослых и сверстников, со стилем воспитания. Страх ошибиться и вызвать насмешку окружающих приводит к снижению речевой активности детей с моторной алалией, к отказу от вербального общения. Осознание собственного речевого расстройства способно порождать как

дисгармонические черты характера, так и разнообразные невротические расстройства.

При сенсорной алалии наиболее нарушенным является понимание речи. В целом восприятие речи при сенсорной алалии замедленно, трудно контролируемо и мало управляемо. В результате нарушения слуховой дифференциации у детей не формируются акустико-гностические процессы и фонематическое восприятие, нарушено различение фонем, наблюдаются недостатки фонематического и морфемного анализа состава слова. Ребёнок с сенсорной алалией слышит, но не понимает обращённую речь, связь между звучащим словом и образом предмета у него не формируется. Б.М. Гриншпун, С.Н. Шаховская [12] отмечают, что степень проявления нарушений понимания может зависеть от ряда факторов: а) от ситуации восприятия (кто говорит, общий эмоциональный фон, наличие мотивации к восприятию, соматическое состояние воспринимающего, наличие у него утомления, физические признаки среды и пр.); б) от сложности воспринимаемых языковых единиц (бытовой или абстрактный словарь, контекстная или отвлечённая от ситуации речь, простая или распространенная фраза и пр.); в) от наличия факторов, усиливающих акустическое впечатление (зрительное подкрепление, возможность видеть лицо говорящего, проговаривание услышанного); г) от глубины речевого нарушения. В результате нарушения понимания у детей с сенсорной алалией отсутствует или грубо искажается собственная речь. Ребёнок не в состоянии адекватно подобрать слова, осуществить их лексико-грамматическое и артикуляторное оформление. Отсутствует контроль над производством и воспроизведением речевого высказывания.

При сенсорной алалии у детей отмечается вторичная задержка умственного развития, речь не выполняет регулирующих функций. Нарушения мышления связаны с длительным формированием предметной соотнесенности слова, трудностями актуализации слов в речи, дефектами памяти. При сенсорной алалии отмечается вторичная задержка умственного развития; речь не является регулятором и саморегулятором деятельности такого ребенка.

Развитие личности у детей с сенсорной алалией часто идет по невротическому типу: у них отмечаются замкнутость, негативизм, эмоциональная напряженность. Дети обидчивы, плаксивы, для них характерна повышенная ранимость, неуверенность в себе и в своих возможностях.

В исследовании Т.С. Овчинниковой сравнивались особенности мышления нормально развивающихся детей и детей с алалией. В возрасте четырех-пяти лет между детьми с алалией и детьми с нормальной речью не выявляется различий. Начиная с пяти с половиной лет, дети с алалией при выполнении некоторых сложных заданий чаще испытывают затруднения, чем их сверстники с нормальной речью. Это, например, исключение «лишней» фигуры, установление постепенно усложняющегося последовательного ряда фигур, образование понятий «транспорт», «люди»,



«предметы неживой природы» и задания на установление последовательности из четырех картинок. Эти различия объясняются тем, что у нормально говорящих детей к шести годам лучше, чем у детей с алалией, формируется способность к самоорганизации, благодаря чему они более продуктивно совершают мыслительные операции. Такие задания требуют тщательного анализа многих компонентов проблемной ситуации, длительного напряжения, устойчивого внимания.

Афазия (от греч.а — отрицат. частица ирphasis — высказывание) — системное нарушение речи, вызванное прижизненными локальными поражениями коры левого полушария (у правой); проявляется в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функций слуха и артикуляционного аппарата. Эти нарушения могут затрагивать фонематическую, морфологическую и синтаксическую структуры активной и пассивной речи.

Общее недоразвитие речи — сложные речевые расстройства, нарушение формирования всех компонентов речевой системы (фонетика, лексика, грамматика) при сохранном слухе и интеллекте. У детей с общим недоразвитием речи имеются типичные проявления, указывающие на системность нарушений речи. К ним относятся:

- более позднее начало речи: первые слова появляются только к 3—4, а иногда к 5 годам;
- речь аграмматичная и недостаточно фонетически оформлена;
- экспрессивная речь отстает от импрессивной: ребенок правильно понимает речь, но не может озвучить свои мысли;
- речь детей малопонятна.

Исследования слухового восприятия у детей с ОНР выявили трудности восприятия неречевых стимулов, заключающиеся в отсутствии слуховых предметных образов, нарушении слухового внимания, дифференцированного восприятия бытовых шумов, звуков речи, правильного анализа ритмических структур. Выполнение заданий на восприятие и воспроизведение ритма детьми с общим недоразвитием речи свидетельствуют о трудностях слухового анализа ритмических структур. Анализ результатов исследования А.П. Вороновой буквенного гнозиса показал различия между показателями группы детей с ОНР и группы детей с нормальным речевым развитием. В отличие от нормально развивающихся детей ни один ребенок с ОНР не смог правильно выполнить всю предложенную серию заданий: называние букв печатного шрифта, данных в беспорядке; нахождение букв, предъявляемых зрительно среди ряда других букв; показ букв по заданному звуку; узнавание букв в условиях зашумления; узнавание букв, изображенных пунктирно, в неправильном положении и т.д. Поэтому только отдельные дети с ОНР при поступлении в школу готовы к овладению письмом.

При описании сюжетных картинок дети с ОНР воспроизводили отдельные фрагменты ситуации, не устанавливая их взаимоотношений, в связи с этим в их рассказах отсутствовала смысловая целостность. Тексты либо в основном соответствовали изображенной ситуации, но имели место

искажения смысла, пропуск в большей части смысловоразличительных звеньев, не вскрывались временные и причинно-следственные отношения.

Системное недоразвитие речи – среди специалистов по изучению детской речи нет единства в понимании данного нарушения речи, и за этим понятием зачастую стоит разное содержание. В логопедии системными нарушениями речи традиционно называют алалию и афазию, то есть такие нарушения речи, при которых нарушено усвоение языка как знаковой системы или произошел распад навыков ее использования. При этих расстройствах в первую очередь страдает смысловая сторона речи, следовательно, и коммуникация в целом. Системное недоразвитие речи рассматривается как типичное у детей с интеллектуальной недостаточностью, так как в этом случае страдает речь как целостная система восприятия и порождения речевого высказывания.

Дизартрия (от греч. *dis* – приставка, означающая расстройство, *arthron* – сочленение) – нарушение звуковой системы языка (звукопроизношение, просодика, голос), обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Для дизартрии характерна ограниченная подвижность органов речи – мягкого нёба, языка, губ, вследствие чего артикулирование звуков оказывается затрудненным. Дизартрия нередко приводит к отклонениям в овладении звуковым составом слов и, как следствие, к нарушениям чтения и письма, а иногда и к общему недоразвитию речи (неполноценность словаря, грамматического оформления речи).

Устойчивость внимания у детей с дизартрией оценивается как средняя. Объем внимания оказывается сниженным по сравнению с возрастной нормой, тогда как временные параметры выполнения задания могут приближаться к ней. При дизартрии отмечается понижение кривой работоспособности к концу выполнения задания. Это свидетельствует о быстрой истощаемости процессов внимания. Однако на начальных этапах работы показатели продуктивности и вратываемости могут быть сопоставимы с возрастной нормой.

При дизартрии эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде нарушений эмоционально-волевой сферы, вызванных повышенной эмоциональной возбудимостью и истощаемостью нервной системы. Дети с дизартрией острее, чем их нормально развивающиеся сверстники, реагируют на сходные ситуации, тревога проявляется у них более ярко, характерны усиленные вегетативные реакции. Дизартрия чаще, чем дислалия, сочетается с неустойчивым настроением, плаксивостью.

Ринолалия – нарушение звукопроизношения и тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба. Такие нарушения звукопроизношения называли ранее гнусавостью. В отличие от дислалии при ринолалии грубо нарушается произношение всех звуков. Ринолалия делится на открытую и закрытую. При открытой форме ринолалии воздушная струя при звукообразовании проходит

не только через рот, но и через полость носа, а при закрытой ринолалии наблюдается нарушение прохождения воздушной струи через носовую полость при аденоидах, опухолях, хронических процессах в носоглотке.

При ринолалии с наличием органического поражения ЦНС внимание нарушается в большей степени, чем при функциональных нарушениях. При ринолалии в большей степени может страдать словесно-логическое мышление. Отмечается слабость обобщения, инертность мыслительных операций, трудности в установлении причинно-следственных связей: дети не могут самостоятельно разложить серию картинок в определенной последовательности, установить причинно-следственные связи между ними.

У детей с расщелинами губы и неба отмечается молчаливость, отсутствие речевой инициативы и снижение инициативы в общении и деятельности, снижение уровня принятия в коллективе сверстников. Дети с челюстно-лицевой патологией, сопровождающейся ринолалией, проходят в своем психическом развитии через множество психотравмирующих ситуаций, связанных не только с операционным лечением (страх, боль), но и с дефектом внешности. Избыточная психическая травматизация нарушает естественный ход развития ребенка. На фоне сложной социальной ситуации развития у детей с челюстно-лицевой патологией отмечены явления ретардации (задержка развития отдельных психических функций) и акселерации (ускоренное развитие отдельных психических функций), а к концу подросткового периода в эмоционально-личностной сфере формируются патологические образования.

Дисфония, афония – расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации, фонаторные нарушения, вокальные нарушения. При этом нарушении отсутствует звучный голос при сохранении шепотной речи. Ринофония – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи.

Брадилалия – патологическое замедление темпа речи. Брадилалия проявляется в замедленной реализации артикуляционной речевой программы и связана с преобладанием у человека тормозного процесса.

При брадилалии отмечается замедленность слухового восприятия, замедленность процессов внимания, трудности переключаемости, инертность, склонность к стереотипиям. Мнестическая деятельность при брадилалии характеризуется замедленностью мнестических процессов, типично также замедление процессов мышления. При брадилалии преобладание процессов торможения обуславливает выдвижение на первый план таких эмоциональных черт, как сочетающаяся с заторможенностью раздражительность и утомляемость. Характерна общая слабость, выступающая на фоне нарушения вегетативных функций. Аффективная неустойчивость детей при брадилалии сочетается со снижением у них настроения.

Тахилалия – патологическое ускорение темпа речи. Проявляется в ускоренной ритмизации артикуляционной речевой программы и связана с

преобладанием у человека процесса возбуждения. При тахилалии страдает речевое внимание, оно характеризуется неустойчивостью, повышенной переключаемостью, недостаточным объемом. У детей с нарушениями темпа речи отмечается ряд особенностей мышления: при тахилалии наблюдается ускорение мышления, течение мысли происходит быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления концентрироваться

У детей с тахилалией доминирование процессов возбуждения негативно сказывается не только на их речевом, но и на эмоциональном развитии. Можно отметить их вспыльчивость, капризность, повышенную возбудимость, раздражительность вплоть до аффективных вспышек, двигательное беспокойство. Нередко наблюдается поверхностность эмоций, приводящая к социальной и нравственной незрелости [6].

Дислексия, алексия. С клинико-психологических позиций дислексией называют специфические нарушения чтения, основное проявление которых – стойкая избирательная неспособность овладеть навыком чтения, несмотря на достаточный для этого уровень интеллектуального (и речевого) развития, отсутствие нарушений слухового и зрительного анализаторов и наличие оптимальных условий обучения. Основным нарушением при этом является стойкая неспособность овладеть слоговыми автоматизированным чтением целыми словами, что нередко сопровождается недостаточным пониманием прочитанного. В основе расстройства лежат нарушения специфических мозговых процессов, составляющих функциональный базис навыка чтения. В логопедии дислексия определяется как частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера (замены, перестановки, пропуски букв), обусловленное несформированностью или расстройством психологических функций, обеспечивающих процесс чтения.

По степени выраженности выделяется: алексия (полная невозможность овладения чтением или его полная утрата); дислексия (у детей – это трудности в овладении навыком чтения, дефект его формирования, у взрослых – это расстройство навыка чтения). К основным механизмам нарушения чтения относят несформированность зрительного анализа и синтеза, недостаточность пространственных представлений, нарушение фонематического восприятия, нарушение фонематического анализа и синтеза, недоразвитие лексико-грамматического строя речи.

Дисграфия, аграфия. Дисграфия – частичное расстройство процесса письма, проявляющееся в специфических и стойких ошибках, обусловленное несформированностью или нарушением психологических функций, обеспечивающих процесс письма. Дисграфия у детей – это в большинстве случаев частичное нарушение формирования и полноценного использования письма, то есть затруднения в овладении письмом. У взрослых дисграфией называется расстройство навыка письма. Принято выделять также аграфию как полную неспособность овладения письмом или его полную утрату. Степень выраженности дисграфии может быть различной: человек может

допускать разные виды ошибок при письме. Как правило, к дисграфии приводят нарушения врожденного характера.

Главным критерием диагностики дисграфии принято считать наличие на письме так называемых «специфических ошибок», к которым относятся:

- пропуски букв, слогов, слов, их перестановки;
- замены и смещения букв, близких по акустико-артикуляторным характеристикам соответствующих звуков;
- смещения букв, сходных по начертанию;
- нарушения грамматического согласования и управления слов в предложении: искажения, замены, смещения букв по оптическому, артикуляторному и акустическому признакам, искажение буквенно-слоговой структуры слов (пропуски, перестановки, добавления, разрывы), нарушения структуры предложений (пропуски, разрывы, перестановки слов);
- аграмматизмы на письме.

Заикание— нарушение темпо-ритмической организации, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Синоним — логоневроз. Заикание считается преимущественно наследственно обусловленным нарушением, но проявляется оно только при действии каких-либо стрессовых ситуаций, которые «запускают» эту обусловленность.

Под логоневрозом понимается психогенное заболевание с преимущественным нарушением речевой функции. Как отмечает М.И. Буянов, в клинической картине логоневроза сочетаются общевротические проявления (пониженное настроение, чувство неполноценности, тревожное ожидание чего-то неприятного, сон, не приносящий чувства отдыха, с обильными сновидениями, медленное засыпание, частое просыпание, сниженный аппетит, вегетативные расстройства в виде повышенной потливости, чувства жара во всем теле), и симптомы невротического нарушения речевой функции. На фоне общевротических нарушений выступают признаки невротического нарушения речи, среди которых часто встречается логофобия — навязчивый страх речи, напряженное ожидание невозможности произнести звук, слово, фразу, предложение. Тревожное ожидание своей несостоятельности приводит к выраженному страху речи, при котором у больного фактически парализуется механизм прознесения звуков. Проявления логофобии непостоянны: в психотравмирующей ситуации она более выражена, в знакомой и спокойной ситуации может быть выражена слабо или совсем отсутствовать.

Заикание вызывает особенно острое эмоциональное реагирование индивидуума на свое нарушение, и одной из причин этого является отсутствие для самого человека ясных конкретных причин его возникновения. Самостоятельные попытки преодолеть свои речевые трудности приводят не к облегчению, а к еще более видимым затруднениям и переживаниям. Неприятные переживания, связанные у заикающихся с нереализованной потребностью свободного речевого общения с окружающими, могут сопровождаться эмоциями и состояниями

неудовольствия, угнетенности, подавленности, апатии, тревожности, опасения, страха, напряженности, раздражительности.

Наблюдается три варианта эмоционального отношения лиц с заиканием к своему нарушению: безразличное, умеренно-сдержанное, безнадежно-отчаянное. Описаны также три варианта волевых усилий в борьбе с заиканием: 1) волевые усилия отсутствуют, 2) волевые усилия присутствуют, 3) волевые усилия присутствуют, но они могут перерасти в навязчивые действия и состояния. Первый вариант действия по преодолению появившихся речевых запинок у ребенка находится на уровне бессознательных движений охранительного или корректирующего характера. С осознанием своего дефекта связаны впоследствии попытки преодолеть силой возникшую трудность или помеху в речевом процессе, затем начинаются поиски средств и приемов как-то облегчить свою трудную речь либо как-то скрыть, замаскировать ее от окружающих. Все это может породить многообразные речевые эмболы («паразиты» в речи).

В исследовании В.А. Калягина удалось установить, что чаще всего у заикающихся наблюдаются эмотивность, циклотимичность и экзальтированность, свидетельствующие об их повышенной эмоциональной возбудимости, неустойчивости.

Как считает М.И. Буянов, особенности личности при заикании зависят от его клинической формы (невротическое или неврозоподобное заикание). До появления заикания по невротическому типу у многих детей отмечаются такие характерологические особенности, как повышенная впечатлительность, тревожность, робость, обидчивость, колебания настроения в сторону снижения, раздражительность, плаксивость, разнообразные фобии, отмечаются трудности адаптации к новой обстановке. При особо неблагоприятном течении заикания формируется дисгармоническое развитие личности, которое проявляется в чувстве социальной неполноценности, постоянно сниженном фоне настроения. Возникает ситуационная логофобия – страх речи, говорения, которая, сочетаясь с отказом от речевого общения, может принимать генерализованные формы. Сензитивным периодом формирования логофобии является подростковый возраст. При неврозоподобном заикании личностные особенности во многом зависят от сочетания заикания с церебрастеническим или гипердинамическим синдромом. При церебрастении возможны различные варианты черт личности: от заторможенности, апатичности до раздражительности, плаксивости, занудности. Пик характерологических нарушений приходится на подростковый возраст. В основе указанных нарушений лежит устойчивое патологическое состояние, обусловленное дезорганизацией речи.

Лица с заиканием остро нуждаются в специализированной помощи логопеда, а также в психологической помощи. Психологическая помощь направлена на повышение самооценки, преодоления неуверенности в себе, формирование коммуникативного поведения и навыков саморегуляции.

#### **4. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушением слуха**

Нарушения слуха относятся к сенсорным нарушениям. По данным ВОЗ в 2002 г. в мире насчитывалось 250 млн человек с нарушением слуха (учитывались лица с понижением слуха, превышающим 40 дБ на лучше слышащее ухо), что составляет 4,2% от всей популяции земного шара. Причем к 2020 г. по прогнозам ВОЗ ожидается рост количества лиц с нарушением слуха более чем на 30%.

Все причины и факторы нарушения слуха следует разделить на три группы:

- наследственная глухота или тугоухость;
- врожденное нарушение слуха (факторы, воздействующие на развивающийся плод во время беременности матери);
- приобретенное нарушение слуха (факторы, действующие на сохранный орган слуха ребенка в процессе его жизни).

По данным Р. Brookhousen D. Worthington (1991), число детей с односторонней формой тугоухости растет и составляет 13 случаев на 1 тыс. человек. У 42% людей этиология одностороннего понижения слуха не ясна; у 24% причиной являлся менингит; у 23% - корь; у 11% - эпидемический паротит. Авторы обратили внимание на то, что у части больных с односторонним снижением слуха через несколько лет постепенно развивается снижение слуха и на другое ухо.

Автором педагогической классификации детей с нарушением слуха является Р.М. Боскис. В основу своей классификации автор предложила критерии, учитывающие своеобразие развития детей:

- время возникновения нарушения слуха;
- степень поражения слуховой функции;
- уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции.

Учет этих критериев позволяет выделить такие группы детей с нарушением слуха:

- глухие (неслышащие) без речи (ранооглохшие);
- глухие (неслышащие), сохранившие речь (позднооглохшие);
- слабослышащие с развитой речью;
- слабослышащие с глубоким речевым недоразвитием.

Неслышащие и слабослышащие различаются по способам восприятия речи и условиям ее формирования: первые овладевают зрительным и слухозрительным (с помощью специальных технических средств) восприятием словесной речи только в процессе обучения. Вторые - могут самостоятельно овладевать восприятием речи разговорной громкости на слух.

Всех детей с нарушением слуха по степени поражения слуховой функции подразделяют на две основные группы.

Глухие (неслышащие) дети - это дети с тотальным (полным) выпадением слуха или остаточным слухом, который не может быть самостоятельно использован для накопления речевого запаса. Эти дети имеют глубокое стойкое двустороннее нарушение слуха, которое может быть наследственным, врожденным или приобретенным в раннем детстве. У большинства неслышащих детей имеется остаточный слух, и они могут воспринимать только очень громкие звуки (силой от 70-80 дБ).

Среди неслышащих детей различают: а) неслышащих без речи (ранооглохших); б) неслышащих, сохранивших в той или иной мере речь (позднооглохших).

Глухота вызывает более медленное и протекающее с большим своеобразием развитие речи. Нарушение слуха и речевое недоразвитие влекут за собой изменения в развитии всех познавательных процессов ребенка, в формировании его волевого поведения, эмоций, чувств, характера и других сторон личности. Недостаток слуховых впечатлений обедняет внутренний мир ребенка.

Средством общения со слышащими являются естественные жесты, между собой неслышащие люди общаются с помощью мимико-жестикуляторной речи.

К позднооглохшим относятся дети, потерявшие слух вследствие какой-либо болезни или травмы после того, как они овладели речью, т.е. в 2-3-летнем и более позднем возрасте.

Потеря слуха у позднооглохших детей может быть разной. У них может появиться тяжелая психическая реакция на то, что они не слышат многие звуки или слышат их искаженными, не понимают обращенную к ним речь. Иногда это ведет к полному отказу ребенка от общения и даже к психическому расстройству. Проблема состоит в том, чтобы научить ребенка воспринимать и понимать устную речь.

Потеря имеющейся речи, как правило, происходит постепенно и характеризуется рядом особенностей: появляются слова и фразы с фонетическими и грамматическими искажениями, возникает смазанность речи. При потере слуха в раннем дошкольном возрасте без своевременного оказания помощи ребенку и его родителям речь распадается очень быстро.

Среди основных особенностей неслышащих детей исследователи называют:

- задержку в развитии локомоторных функций (около 70% начинают позже держать голову, сидеть, стоять, ходить (разрыв по сравнению с нормой составляет 2-3 месяца));

- неспособность самостоятельного овладения речью и невозможность ее формирования без специального образования (дети становятся глухонемыми);

- наличие остаточного слуха у большинства неслышащих;

- недостаток слуховых впечатлений и как следствие обедненность внутреннего мира ребенка;



ограниченные возможности в овладении словесной речью как средством общения и познания окружающего мира негативно влияют на развитие познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы и др.;

использование естественных жестов в качестве средства общения со слышащими и мимико-жестикультурной речи как средства общения между собой; опережение понимания речи по сравнению с формированием возможности собственного высказывания в устной, тактильной или письменной форме.

Уровень и характер речевого развития при нарушении слуха обусловлены такими причинами как степень нарушения слуха, время возникновения слухового нарушения, педагогические условия развития ребенка после наступления нарушения слуха, индивидуальные особенности ребенка.

Специальное обучение позволяет неслышащим детям овладеть словесной речью, расширить возможности общения со слышащими и способствует развитию личности.

Развитие и становление личности неслышащего может происходить в условиях субкультуры жестового языка или в условиях сообщества слышащих. Однако необходим и встречный процесс то или иное сообщество, субкультура должны признать или не признать этого человека «своим». Поэтому в реальной жизни социальная интеграция неслышащих не всегда протекает без проблем: «говорящий глухой», не владеющий жестовым языком, не всегда бывает принят в качестве «своего» в субкультуре глухих, и он не всегда к ней стремится; в сообществе слышащих, несмотря на владение словесной речью, его также не рассматривают в качестве «своего».

Слабослышащие (тугоухие) дети - это дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса при помощи слухового анализатора. К слабослышащим относятся дети с очень большими различиями в области слухового восприятия. Слабослышащим считается ребенок, если он начинает слышать звуки громкостью от 20-50 дБ, и если он слышит звуки только громкостью 50-70 дБ.

Как отмечает Т.В. Розанова, возможности развития речи у слабослышащих детей очень велики и зависят от индивидуальных психофизических особенностей ребенка и от тех социально-педагогических условий, в которых он находится, воспитывается и обучается.

У слабослышащих детей недостатки слуха приводят к замедлению в овладении речью, к восприятию речи на слух в искаженном виде.

Основными особенностями слабослышащих детей являются:

нарушение многих функций и сторон психики, определяющих ход развития личности ребенка;

неполноценный слух обуславливает речевое недоразвитие, изменяющее ход общего развития, и осложнение социального взаимодействия ребенка;

развитие речи имеет замедленный поступательный характер и подчинено особым закономерностям (А.А. Комарова).

У слабослышащих детей наиболее частыми являются следующие нарушения речи:

- недостатки произношения;
- бедность лексического запаса;
- недостаточное усвоение звукового состава слова;
- неточное понимание и неправильное употребление слов;
- аграмматизмы;
- ограниченное понимание как устной речи, так и читаемого текста.

Следует помнить, что даже незначительная степень понижения Чуха может служить препятствием к усвоению чтения и письма и Зычных условиях обучения.

Если слабослышащий ребенок идет в массовую школу, он непременно испытывает затруднения, основные из которых: затрудненное усвоение первоначальной грамоты (чтения и письма); специфические ошибки в диктанте и самостоятельном письме; трудности понимания объяснений учителя; затруднения при пользовании учебником вследствие недостаточного понимания читаемого текста.

Таким образом, для социальной интеграции детей с нарушением слуха очень важным является как можно более раннее специальное образование, направленное на повышение уровня функционирования.

## **5. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушениями зрения**

К сенсорным расстройствам психического развития относятся разной степени выраженности нарушения зрения. Зрение занимает и жизни ребенка особое место, обеспечивая ему восприятие более 80% информации о внешнем мире и выполнение большинства видов человеческой деятельности. Количество детей с выраженными нарушениями зрения колеблется в пределах 1% от общей детской популяции.

Исследователи отмечают, что за два-три последних десятилетия значительно изменились причины и характер глазной патологии: с 1974 по 1989 г. почти в три раза увеличилось число незрячих детей с патологией сетчатки (Т.А. Басилова, И.Д. Лукашова и др.). Атрофия зрительных нервов как причина нарушений зрения встречается у 30,9% учащихся школ для слепых и 20,8% учащихся школ для слабовидящих.

По характеру протекания нарушения зрительного анализатора делятся: на прогрессирующие (постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса);

непрогрессирующие (врожденные пороки зрительного анализатора).

В зависимости от степени расстройства зрительной функции дети с нарушениями зрения делятся на слепых (незрячих) и слабо видящих. ^

Слепые (незрячие) - подкатегория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение.

Слепота, по определению Л.И. Плаксиной, - наиболее резко выраженная степень утраты зрения, когда невозможно или сильно ограничено зрительное восприятие окружающего мира вследствие глубокой потери остроты центрального зрения, или сужения поля зрения, или нарушения других зрительных функций.

Время наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития ребенка. В зависимости от времени наступления слепоты выделяют следующие категории незрячих: слепорожденные; рано ослепшие; лишившиеся зрения после трех лет жизни.

По степени нарушения зрения в категории незрячих детей исследователи выделяют следующие группы:

- тотально или абсолютно незрячие (отсутствуют зрительные ощущения на оба глаза);

- незрячие со светоощущением (отличают свет от тьмы);

- незрячие со светоощущением и цветоощущением (могут различать цвета);

- незрячие с тысячными долями от нормальной остроты зрения («движения руки перед лицом»);

- незрячие с форменным (предметным) остаточным зрением.

Выделение групп позволяет организовать дифференцированную коррекционную и реабилитационную помощь.

Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные нарушения, своеобразие психофизического развития. Отличие ослепших детей от слепорожденных зависит от времени потери зрения: чем позже ребенок потерял зрение, тем больше у него объем зрительных представлений, который можно воссоздать за счет словесных описаний. Если не развивать зрительную память, частично сохранившуюся после потери зрения, происходит постепенное стирание зрительных образов.

Слабовидящие - подкатегория лиц с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение). При слабовидении речь идет о значительном снижении остроты зрения.

Зрительное восприятие при слабовидении характеризуется неточностью, фрагментарностью, замедленностью.

Причинами слабовидения могут быть глазные болезни на фоне общего заболевания организма, чаще всего миопия (близорукость), гиперметропия (дальнозоркость), астигматизм и др.

Остаточное зрение слабовидящего имеет существенное значение для его развития, учебной, трудовой и социальной адаптации, поэтому оно

должно тщательно оберегаться: необходимы регулярная диагностика, периодическое консультирование у офтальмолога, тифлопедагога, психолога.

Помимо описанных категорий детей с нарушениями зрения в литературе можно встретить выделение еще одной группы детей - дети с пониженным зрением или дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой (В.З. Денискина).

Основными психологическими особенностями детей с нарушениями зрения, по мнению исследователей, являются:

- своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта;

- снижение скорости, точности, дифференцированное зрительного восприятия;

- трудности в овладении сенсорными эталонами (цвет, форма, величина, пространственное расположение и др.);

- трудности в игре, учении, в овладении профессиональной деятельностью;

- бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции;

- своеобразие характера и поведения сказывается на развитии отрицательных черт: в одних случаях - неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции; в других - повышенной возбудимости, раздражительности, переходящей в агрессивность;

- своеобразие мыслительной деятельности с преобладанием развития абстрактного мышления.

Л.С. Выготский указывал, что слепые владеют так называемым шестым чувством (тепловым), позволяющим им на расстоянии замечать предметы, при помощи осязания различать цвет.

Особое значение для слепых и слабовидящих имеют осязание, слуховое восприятие, речь:

- осязание является ведущим фактором компенсаторного развития незрячего, так как посредством осязания происходит познание слепым ребенком окружающего мира, получение информации о форме, структуре, поверхности, температурных признаках предметов и их пространственном положении;

- с помощью слухового восприятия ребенок с нарушением зрением получает разнообразные сведения о предметах, их свойствах, их движении в пространстве (с помощью звуков слепые и слабовидящие могут свободно определять предметные и пространственные свойства окружающей среды, они могут по звуку определить его источник и местонахождение с большей точностью, чем это сделали бы зрячие люди);

- слово взрослого фиксирует приобретенный ребенком сенсорный опыт, обобщает его; словесные обозначения признаков и свойств предметов способствуют осмысленному их восприятию и различению.

Опираясь в обучении только на сохранный зрение крайне опасно, потому что ребенок может ослепнуть и не научиться использовать сохранные

анализаторы. Обучение и воспитание детей с нарушениями зрения является механизмом их включения в социальную жизнь общества.

## **6. Психолого-педагогическая характеристика лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата**

Врожденные и приобретенные заболевания и повреждения функций опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5-7% детей. Принято выделять следующие виды патологии функций опорно-двигательного аппарата (О.Г. Приходько).

Заболевания перепон системы: детский церебральный паралич, полиомиелит.

Врожденная патология функций опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей; аномалии развития пальцев и кисти; артрогрипоз (врожденное уродство).

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

Основную массу среди детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральным параличом (89%). У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции.

Другие категории детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. Но все дети нуждаются в особых условиях жизни, обучения, последующей трудовой деятельности, интеграции в социум. В их социальной адаптации определяются два направления. Первое имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения (коляски, костыли, трости, велосипеды), предметы обихода (тарелки, ложки, особые выключатели электроприборов), пандусы, съезды на тротуарах. Второе направление адаптации ребенка с двигательным дефектом - приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

У детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата ведущим дефектом является двигательный (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Л.И. Аксенова предлагает выделять три степени тяжести двигательного дефекта при нарушениях функций опорно-двигательного аппарата:

легкая - физическое нарушение дает возможность свободно передвигаться, не вызывает трудностей в социальной адаптации, позволяет интегрироваться в общество с наименьшими ограничениями;

средняя - потребность в частичной помощи со стороны ближайшего окружения в передвижении и самообслуживании;

тяжелая - полная зависимость от помощи окружающих. Более подробно остановимся на характеристике детей с детским церебральным параличом как наиболее часто встречающимся нарушением функций опорно-двигательного аппарата.

Детский церебральный паралич (ДЦП) за последние годы стал одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 6 случаев рождения ребенка с ДЦП на 1 000 новорожденных.

Наибольшее значение в возникновении ДЦП придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов. Так, из каждых 100 случаев церебрального паралича 30 возникает внутриутробно, 60 - в момент родов, 10 - после рождения (Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, Н.М. Всеволожская).

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе и проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Таким образом, при ДЦП страдают самые важные для человека функции: движение, психика и речь.

Двигательные, психические и речевые расстройства варьируют в широком диапазоне, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний (при грубых двигательных нарушениях психические и речевые расстройства могут отсутствовать или быть минимальными и, наоборот, при легких двигательных нарушениях наблюдаются грубые психические и речевые расстройства).

## **7. Психологические особенности лиц с ограниченными возможностями**

Важное воздействие на человека с ОВЗ оказывает успешность его отношений с окружающими его людьми. Человек должен чувствовать себя комфортно. Важно учитывать состояние студента в конкретный момент времени. Не следует акцентировать внимание на его физическом недостатке или на стереотипных (навязчивых) движениях, а при их наличии переключите внимание ученика на другую деятельность. Толерантность (терпимость) по отношению к студентам с «особыми нуждами» является неременным качеством в работе преподавателя. Использование технических средств, посредством которых реализуются компенсаторные функции обучения, позволяющие либо усиливать чувствительность анализаторов, либо замещать их другими, сохранными анализаторами, расширив тем самым способы доступа к учебной информации. В некоторых случаях, может быть полезным в получении высшего образования дистанционное обучение. Человеку с ограничением здоровья нельзя давать понять, что он зависит от вас. Общение с ним важно осуществлять на равных, но вместе с тем оказание

ему необходимой практической помощи приведет к образованию системы связей речевой и практической деятельности. Проявления лишнего любопытства по поводу его особенностей, а также сентиментального сочувствия может снизить интерес общения с вами. Важно помнить, что первая наша задача - создать базис, на основе которого студент сможет изменяться, почувствует себя лучше и будет готов проявлять самостоятельную активность.

#### Психологические особенности людей с нарушениями слуха

Выделяются следующие виды нарушений слуха: 1. Неслышащие – люди с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса. Эта группа разделяется на подгруппы: неслышащие без речи (дети, родившиеся глухими или потерявшие слух в возрасте до 2–3 лет, до формирования речи) и неслышащие, потерявшие слух, когда речь практически была сформирована. 2. Слабослышащие – люди с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие. Различают кондуктивные и сенсоневральные нарушения слуха. Кондуктивные нарушения слуха могут возникнуть у любого человека при воспалении среднего уха (отит), образовании серных пробок и пр. Также эти нарушения возникают при деформации строения ушных раковин, заращении слуховых проходов и др. Чаще всего они носят временный характер и могут быть вылечены. Сенсоневральные нарушения слуха связаны с поражением слухового нерва и являются стойкими и необратимыми. Слабослышащие имеют разные степени нарушения слуха: 1-я степень - доступно восприятие речи разговорной громкости на расстоянии 6 м и более, и даже шепот. Однако в шумной обстановке он испытывает серьезные затруднения при восприятии и понимании речи. Люди общаются при помощи устной речи. 2-я степень – человек воспринимает разговорную речь на расстоянии менее 6 м, некоторые воспринимают - также шепотную – до 0,5 метра. Могут испытывать затруднения при восприятии и понимании речи в тихой обстановке. На занятиях необходимо обязательное использование слуховых аппаратов. Люди общаются при помощи устной речи, при этом она имеет специфические особенности. 3-я степень – воспринимают речь разговорной громкости неразборчиво на расстоянии менее 2 м, шепот - не слышат. Обычно понимают речь, когда видят лицо говорящего. Необходимо обязательное постоянное использование слуховых аппаратов для общения с окружающими и обучения. 4-я степень – восприятие речи разговорной громкости неразборчиво даже у самого уха, шепот не слышат. Понимают речь при наличии слуховых аппаратов, когда видят лицо говорящего и тема общения понятна. Студент должен носить слуховые аппараты постоянно, чтобы иметь возможность все время слышать звуки и речь. Это обязательное условие для успешного обучения и общения. Если аппараты подобраны и настроены правильно, то их постоянное использование не вызывает у него дискомфорт и ухудшение слуха.

#### Психологические особенности при нарушении слуха

Своеобразие развития внимания, восприятия, людей имеющих нарушения слуха, заметно влияет на деятельность памяти. У них доминирует зрительное восприятие, поэтому весь процесс запоминания в основном строится на зрительных образах, в то время как у людей слышащих этот процесс слухо-зрительный и опирается на активную звуковую речь. В связи с нарушением слуха особую роль приобретает зрение, на базе которого развивается речь глухого ребенка. Очень важными в процессе познания окружающего мира становятся двигательные, осязательные, тактильно-вибрационные ощущения. Память неслышащих и слабослышащих отличается рядом особенностей. Значительно интенсивнее, чем у нормально слышащих, меняются представления 5 (происходит потеря отчетливости, яркости воспроизведения объекта, уменьшение размеров, перемещение в пространстве отдельных деталей объекта, уподобление предмета другому, хорошо известному). Запоминание находится в тесной зависимости от способа предъявления материала, поэтому затруднено запоминание, сохранение и воспроизведение речевого материала – слов, предложений и текстов. На почве нарушений устной речи возникает расстройство письменной речи, которое проявляется в форме различных дисграфий и аграмматизмов. При полной потере слуха речь формируется только в условиях специального обучения и с помощью вспомогательных форм – мимикожестовой речи, дактильной, чтения с губ. Слышащие значительную часть социального опыта усваивают спонтанно, люди с нарушениями слуха в этом плане ограничены в своих возможностях. Поэтому иногда наблюдаются трудности общения и своеобразие взаимоотношений, замкнутость. Слышащие люди часто считают, что индивидуальный слуховой аппарат - это «очки» для слуха, с ним человек сразу становится слышащим и говорящим. Это верно лишь при незначительном понижении слуха (слабослышащие I и II степени); при тяжелом снижении слуха (слабослышащие III и IV степени, глухие) аппарат лишь улучшает разборчивость восприятия речи, может компенсировать ее нарушение. Слуховой способ восприятия речи, при котором ребенок слушает, не глядя на собеседника, доступен только людям с незначительной степенью снижения слуха (слабослышащие I степени). Зрительный способ восприятия речи чаще используют глухие люди, которые по артикуляции собеседника частично воспринимают и понимают речь. Однако зрительное восприятие глухими студентами речи собеседника затруднено, т.к. не все звуки можно «прочитать» по губам. Например, звуки М, П, Б студент «видит» одинаково и различить их может только при «подключении слуха»; звуки К, Г, Х не «видны» совсем - слова КОТ, ГОД, ХОД он «видит» одинаково. Особенности на занятиях по физкультуре. Нарушения функций слухового и вестибулярного анализаторов приводят к снижению чувства пространственной ориентировки, что проявляется в ходьбе, беге, упражнениях с предметами. Рекомендации для преподавателей. После объяснения какого-либо вопроса, старайтесь делать небольшие паузы. Используйте как можно шире иллюстративный материал. Всегда смотрите в лицо студенту с нарушенным слухом и при разговоре с ним. Будьте к



собеседнику доброжелательным, не показывайте своего недовольства или раздражения, вызванного непониманием вашей речи. Овладевайте способами оперативной помощи ему во время 6 беседы или урока: - повторить фразу в более медленном темпе с тем же порядком слов. Записывание лекций на видео, использование надписей на экране (титров), демонстрация диапозитивов и диафильмов с помощью компьютерных обучающих программ. Следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий. Также для них может осуществляться сопровождение событий, происходящих на экране компьютера, текстовыми сообщениями и световыми сигналами. Кроме того, студенты с нарушениями слуха могут использовать наушники для усиления звука.

Психологические особенности людей с нарушениями зрения

Зрение — самый мощный источник информации о внешнем мире. 85-90% информации поступает в мозг через зрительный анализатор, и частичное или глубокое нарушение его функций вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии человека. Зрительный анализатор обеспечивает выполнение сложнейших зрительных функций. Принято различать пять основных зрительных функций: 1) центрального зрения; 2) периферического зрения; 3) бинокулярного зрения; 4) светоощущения; 5) цветоощущения. Выделяются следующие нарушения зрения — незрячие и слабовидящие. Незрячих делят на тотально слепых ( $Vis = 0$ ) и с остаточным зрением ( $Vis$  от 0 до 0,04 с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). Слабовидящими считают людей, имеющих остроту зрения от 0,2 до 0,6 (с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). К данной категории относятся люди со следующими заболеваниями: близорукость, дальнозоркость, косоглазие, астигматизм, альбинизм, амблиопия, нистагм, микрофтальм, люди с монокулярным зрением, а также с нарушениями центрального и периферического зрения и др. Особенности внимания. Из-за недостатка зрения нарушено произвольное внимание. Снижение произвольного внимания обусловлено нарушением эмоционально-волевой сферы и ведет к расторможенности — низкому объему внимания, хаотичности, т. е. нецеленаправленности, переходу от одного вида деятельности к другому, или, наоборот, к заторможенности детей, инертности, низкому уровню переключаемости внимания. Особенности памяти. 7 Дефекты зрительного анализатора, нарушая соотношение основных процессов возбуждения и торможения, отрицательно влияют на скорость запоминания. Быстрое забывание усвоенного материала объясняется не только недостаточным количеством или отсутствием повторений, но и недостаточной значимостью объектов и обозначающих их понятий, о которых люди с нарушением зрения могут получить только вербальное знание. Ограниченный объем, сниженная скорость и другие недостатки запоминания студентов с нарушением зрения имеют вторичный характер, т.е. обусловлены не самим дефектом зрения, а вызываемыми им отклонениями в психическом развитии. У людей с нарушением зрения увеличивается роль словесно-логической памяти. Выявлена слабая

сохранность зрительных образов и снижение объема долговременной памяти. Объем кратковременной слуховой памяти у всех категорий людей с нарушением зрения высокий. Особенности восприятия. В зависимости от степени поражения зрительных функций нарушена целостность восприятия. У слабовидящих доминирует зрительно-двигательно-слуховое восприятие. Они способны одновременно воспринимать одно-два движения или отдельные элементы движений. Процесс узнавания у слабовидящих цветных, контурных и силуэтных изображений не однозначен. Из всех видов изображений лучше всего узнают цветные картинки, так как цвет дает им дополнительную к форме изображений информацию. Чем сложнее форма предмета и менее приближена к геометрическим формам, тем труднее они опознают объект. При восприятии контурных изображений успешность опознания зависит от четкости, контрастности и толщины линии. Так, линии толщиной в 1,5 мм и выполненные черным цветом на белом фоне дети воспринимают быстрее всего. Рекомендации для преподавателей Рабочее место студента с нарушением зрения необходимо располагать на первой второй парте. Лучше, если оно будет оснащено дополнительным освещением. Преподавателю, работающему с таким студентом, рекомендуется не стоять в помещении против света, на фоне окна. В связи с тем, что темп работы людей со зрительными нарушениями замедлен, следует давать больше времени для выполнения заданий (особенно письменных). Иллюстративный материал должен быть крупный, хорошо видимый по цвету, контуру, силуэту, должен соответствовать естественным размерам, т.е. машина должна быть меньше дома, помидор - меньше кочана капусты и т. п. Размещать объекты на доске (в презентации) нужно так, чтобы они не сливались в единую линию, пятно, а хорошо выделялись по отдельности. Следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий.

Психологические особенности людей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата (ОДА)

При всем разнообразии врожденных и приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата у большинства людей наблюдаются сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект, а именно задержка формирования, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций, которые имеют различную степень выраженности: - при тяжелой степени люди не овладевают навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Навыки самообслуживания у них не сформированы; - при средней степени двигательных нарушений люди овладевают ходьбой, но передвигаются неуверенно, часто с помощью специальных ортопедических приспособлений (костылей, канадских палочек и т.д.). Навыки самообслуживания у них развиты не полностью из-за нарушений манипулятивной функции (наиболее многочисленная группа); - при легкой степени двигательных нарушений люди ходят самостоятельно, уверенно себя чувствуют и в помещении, и на улице; навыки самообслуживания сформированы, у них достаточно развита манипулятивная деятельность, но вместе с тем могут наблюдаться патологические позы,

нарушения походки, насильственные движения и др. В связи с тем, что среди нарушений опорно-двигательного аппарата основное место занимает детский церебральный паралич (ДЦП), 89% детей с нарушениями опорнодвигательного аппарата - это дети с ДЦП. За последние годы данное заболевание стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей (частота его проявлений в РФ достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных. Современная статистика только по Москве насчитывает около 9000 инвалидов детства с ДЦП). Поэтому целесообразно остановиться на психолого-педагогической характеристике людей, страдающих церебральным параличом. Общие нарушения, которые составляют структуру двигательного дефекта при ДЦП: - нарушение мышечного тонуса по типу повышения (спастичность, мышечная гипертония) или понижения (гипотония), а также меняющийся тонус или смешанная форма с различными сочетаниями нарушений (дистония). 9 - наличие параличей и парезов (полное отсутствие или ограничение объема произвольных движений). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. А это в своё время затрудняет формирование ходьбы, навыков самообслуживания, учебной и других видов деятельности. В зависимости от локализации нарушения выделяют 4 вида церебрального паралича: тетраплегия (поражение всех четырех конечностей); диплегия (поражение либо верхних, либо нижних конечностей); гемиплегия (поражение либо правой, либо левой половины тела); моноплегия (поражение одной конечности). Нарушения равновесия и координации движений (атаксия). Наблюдается неустойчивость при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях человек не может сидеть или стоять без поддержки. Нарушения равновесия тела и координации движений проявляются в патологической походке, которая наблюдается при различных формах ДЦП. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате человек испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме. Такие люди затрудняются бросить мяч в цель, поймать его. Наблюдается несоразмерность движений (прежде всего рук). Человек не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место. Нарушение ощущения движений (кинестезии). При всех формах ДЦП нарушается кинестетическая чувствительность, и человеку сложно определить положение собственного тела в пространстве, нарушается координация движений и пр. У многих людей искажено восприятие направления движения. Например, движение ноги вперед ощущается как движение в сторону. Для людей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью поражения ЦНС. Дефицитарность моторной сферы приводит к двигательной, сенсорной, когнитивной, социальной депривации и нарушениям эмоционально-волевой сферы. Считается, что примерно 20-25 % детей с ДЦП имеют потенциально сохранный интеллект, однако развитие их идет в дефицитарных условиях, что сказывается на психическом развитии.

Важно отметить, что все психические процессы при данном заболевании имеют ряд общих особенностей - таких, как: - нарушение активного произвольного внимания, которое отрицательно сказывается на функционировании всей познавательной системы человека с ДЦП; 10 - выраженность астенических проявлений - повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов; - повышенная инертность и замедленность всех психических процессов. Выделим специфические особенности развития познавательной сферы людей с церебральным параличом: нарушение формирования избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания. Человек застревает на отдельных элементах. Отмечаются трудности формирования произвольного внимания. Нарушения пространственного восприятия, у людей с ДЦП есть трудности в пространственно-временной ориентировке. Нарушения в формировании образной памяти (включающей в себя зрительную, слуховую, осязательную память) большей частью являются следствием нарушений восприятия. Словесно-логическая память предполагает достаточный уровень развития речи и мышления, а поскольку эти функции у детей с ДЦП, как правило, формируются с опозданием, то и данный вид памяти задерживается в своем становлении. Более полно люди с церебральным параличом запоминают яркие предметы и те, по которым можно создать больше ассоциативных связей. У студентов с ДЦП имеется ряд особенностей формирования мышления. Наглядно-действенное мышление формируется с большим опозданием; так как человек с ДЦП лишен возможности двигаться либо такая возможность ограничена, он познает мир, основываясь лишь на наблюдениях и рассказах окружающих. Поэтому очень часто у детей с ДЦП имеет место вербализация. По эмоционально-волевым проявлениям людей с ДЦП условно можно разделить на 2 группы. В одном случае с пониженной возбудимостью, чрезмерной чувствительностью ко всем внешним раздражителям. Обычно они беспокойны, суежливы, расторможены, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Они эмоционально лабильны: то они чрезмерно веселы, шумны, то вдруг становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, человек не может остановиться. Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим, усиливаясь в новой для человека обстановке и при утомлении. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех людей с церебральным параличом. У более многочисленной группы людей процесс торможения превалирует над процессом возбуждения. Такие люди отличаются вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Они с трудом привыкают к новой обстановке, не могут адаптироваться в изменяющихся условиях, с большим трудом налаживают контакты с новыми людьми. У данной категории отмечаются такие 11 нарушения личностного развития, как пониженная

мотивация к деятельности, страхи, связанные с передвижением, падением, сном и общением. В момент страха у них наблюдаются физиологические изменения (учащение пульса и дыхания, повышается мышечный тонус, появляется пот, усиливаются слюноотечение и гиперкинезы). Они стремятся к ограничению социальных контактов. Причиной этих нарушений чаще всего является гиперопекающее воспитание и реакция на физический дефект. Рекомендации для преподавателей Начать необходимо с оптимального индивидуального плана обучения студента; следует обсудить все варианты с родителями и вместе с ними решить, какая именно форма образования наилучшим образом соответствует потребностям студента. У людей с ДЦП отмечается сенсорная сверхчувствительность. Малейшее сенсорное возбуждение, если оно внезапно, может вызвать резкое усиление спазма, поэтому: следует избегать резких внешних воздействий; преподаватель должен приближаться к студенту со стороны лица, а если это невозможно, нужно словесно обозначить свои действия; нельзя сажать людей с ДЦП спиной к двери и лицом к окну. Дверь и окно должны быть сбоку. Следует увеличить время, отведённое на выполнение заданий, и категорически исключить задания на время. При нарушении моторики рук, необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий студенту не давать развернутый речевой ответ.