

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное агентство по образованию
Южно-Уральский государственный университет

Ю9.я7
Р957

Рычкова Л.С.

Коррекция психического развития

Учебное пособие

Челябинск
Издательство ЮУрГУ
2006

ББК Ю984.92.я7+Ю948.я7

Рычкова Л.С. Коррекция психического развития: Учебное пособие. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2006. – 47 с.

Учебное пособие посвящено актуальному направлению специальной психологии – коррекции психического развития, определены задачи, принципы и основные формы коррекции, а также цели коррекционной работы. Представлены основные понятия и категории психологической коррекции личности с проблемами в развитии, отражена взаимосвязь различных сфер личности и подчеркивается их роль в структуре нарушения психики, особенности мотивационной и эмоциональной, волевой и интеллектуальной сфер.

В учебном пособии предлагаются конкретные коррекционные мероприятия для каждого вида аномалий развития.

Учебное пособие предназначено для бакалавров при изучении курсов «Психология аномального развития», «Коррекция психического развития», студентам очного и заочного отделения, изучающим специальную психологию, может быть использовано магистрами в курсе «Консультирование лиц с нарушением психического здоровья», а также будет полезно аспирантам, врачам-психиатрам, психотерапевтам, практическим психологам и дефектологам.

Список лит. – 77 назв.

Одобрено учебно-методической комиссией факультета психологии.

Рецензенты: Мороз И.Н., доктор мед. наук, зав. отделением пограничных нервно-психических расстройств ГУЗ ОКСПНБ № 1.

Малинина Е.В., доктор мед. наук, доцент каф. детской и подростковой психиатрии ГОУ ДПО УГМАДО.

ВВЕДЕНИЕ

Коррекция психического развития является одним из важных направлений специальной психологии, которая входит в состав комплексной научной дисциплины – специальной (коррекционной) педагогики, одновременно являясь разделом психологии.

Основные задачи специальной психологии заключаются в изучении закономерностей психического развития; формировании личности у разных категорий детей под воздействием специального воспитания и обучения; разработке психолого-педагогических рекомендаций, способствующих совершенствованию методов коррекционной и учебно-воспитательной работы в различных школьных и дошкольных образовательных учреждениях для детей с аномалиями развития.

В организации лечебно-оздоровительной работы специальная психология опирается на положения, разрабатываемые в медицине и прежде всего в психиатрии, неврологии и педиатрии. Это позволяет оказать помощь ребенку в оздоровлении его нервной системы, улучшить его физическое состояние, научно обосновать организацию коррекционного режима.

Вопросы теории и практики изучения, обучения и воспитания аномальных детей разрабатываются также с учетом достижений всего комплекса входящих в дефектологию наук: олигофренопедагогики, логопедии, сурдопедагогики, тифлопедагогики, а также общей и специальной психологии, медицинской генетики и клиники, нейрофизиологии, что позволяет находить более гибкие и эффективные методы коррекции нарушений психофизического развития ребенка [3, 16, 37, 50, 58, 64].

Современная специальная психология изучает особенности и закономерности развития аномальных детей, проявляющиеся под влиянием обучения, разрабатывает психолого-педагогические типологии, которые обеспечивают возможность индивидуального и дифференцированного подхода к различным типам детей с нарушением психофизического развития, принципы и методы их воспитания и обучения.

В работах, посвященных проблемам дефектологии, Л.С. Выготский указывал, что часто нельзя провести резкой грани между лечебными и воспитательными мероприятиями: воспитание должно идти с лечением и составлять область лечебной педагогики, где оздоровление детей дополняется воспитанием, а воспитание растворяется в лечении [11].

Коррекционная направленность специальной психологии, которой посвящается настоящее пособие, позволяет повысить эффективность адаптации и интеграции в социум контингента детей с нарушениями психофизического развития.

Глава 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СУЩНОСТЬ ПОНЯТИЙ КОРРЕКЦИИ, КОМПЕНСАЦИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ

1.1. Коррекция

Коррекционная работа является основной специфической задачей специальных (коррекционных) образовательных учреждений. Она нацелена на устранение, а если это невозможно, например, при различных состояниях умственной отсталости, то на смягчение дефектов в психофизическом развитии аномальных детей, и содействует возможно большему приближению их развития к уровню нормальных школьников.

Коррекция (от лат.: correctio – исправление) – система педагогических мер, направленных на исправление или ослабление недостатков психофизического развития детей).

Коррекционно-воспитательная работа – система комплексных мер педагогического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, так как дефект влияет не на отдельную функцию, а на социальную полноценность в целом.

Специальная коррекция опирается на сохранные функции, приспособление ребенка с дефектом происходит за счет интенсивного использования сохранившихся анализаторов. Как писал Л.С. Выготский: «Ребенок с дефектом – это не дефективный ребенок. Он представляет собой качественно отличный, своеобразный тип развития, также и личность аномального ребенка есть нечто качественно иное, чем просто сумма недоразвитых функций и свойств. Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть менее развитой, чем его нормальные сверстники, **но иначе развитой**» [11].

Коррекция зависит от правильной организации и постановки всего учебно-воспитательного процесса и от применения специфических приемов обучения. Коррекция дефектов развития осуществляется в процессе всей учебно-воспитательной работы школы. Может не существовать отдельной программы коррекционной работы, она проводится на том учебном материале, который является содержанием того или иного учебного предмета. В таком случае коррекционный процесс сливается с учебно-воспитательным, но для успеха педагогической работы по коррекции необходимо эти процессы различать.

Различие между ними существуют: а) в целях, б) педагогических приемах, в) результатах обучения.

Так, целью учебно-воспитательной работы является вооружение учащихся знаниями, умениями, навыками в соответствии с принятым содержанием обучения и воспитания. Целью же коррекционной работы является исправление аномалий развития.

Педагогические приемы коррекционной работы стимулируют компенсаторные процессы и позволяют формировать новые положительные качества личности.

Результаты учебно-воспитательной работы заключаются в овладении определенным объемом знаний, конкретных умений, навыков. В результате коррекционной работы формируются обобщенные учебные и трудовые умения, которые отражают уровень самостоятельности учащихся при решении новых учебных и учебно-трудовых заданий. Результаты отличаются также темпом их достижения: обучение учащихся знаниям, умениям, навыкам происходит гораздо быстрее, чем исправление недостатков их развития. Поиски наиболее эффективных путей коррекции происходили во все времена. Эта проблема остается не менее актуальной и сегодня, что является основой совершенствования процесса обучения в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях. Коррекционная работа результативна, если она целенаправленна, то есть, адресована к той или другой стороне развития аномального ребенка, если ею руководить и стимулировать. Для этого нужно хорошо знать сущность коррекционно-воспитательной работы, средства и условия ее проведения.

В связи с этим, **можно отметить ряд общих принципов коррекционно-воспитательной деятельности** в системе организации работы с детьми, имеющими нарушения психофизического здоровья [3, 6, 10, 17, 22, 61, 64, 65, 69].

1. Соблюдение охранительного режима, что предполагает заботу о сохранении и укреплении здоровья детей. Этот принцип реализуется через сокращение продолжительности уроков, построение уроков с включением физкультминуток, пауз, перерывов, наличие больших перемен между уроками, прогулок на свежем воздухе, соблюдение режима дня с полноценным сном и отдыхом.

2. Индивидуализация и дифференциация педагогических методов, приемов и средств работы с детьми, включая разноуровневые программы обучения с учетом индивидуально-психологических особенностей личности ребенка и структуры дефекта.

3. Использование особой формы подачи материала, включая структурную простоту и наглядность. При обучении необходимо учитывать взаимодействие всех факторов: а) состояние здоровья ребенка, которое оказывает влияние на его работоспособность; б) сложность задания; в) время проведения занятий; г) степень готовности ребенка к обучению; д) форма проведения и интенсивность работы. Игнорирование лишь одного из этих факторов может привести к отрицательному эффекту занятий.

4. Принцип новизны, позволяет опираться на непроизвольное внимание, которое усиливает интерес к работе. Необходимо развивать сознательность обучения, повышать уровень заинтересованности с формированием стойкого интереса. Интерес способствует глубине и прочности знаний, а также приводит к более успешному применению знаний на практике, следует помнить высказывание Л.С. Выготского: «Интерес помогает ребенку охватить различные явления окружающей жизни, активизирует не только восприятие, но и мысль» [11].

5. Принцип динамичности цели. Коррекционно-воспитательная работа должна постоянно углубляться и расширяться, так как необоснованное дублирование содержания и задач занятий является одной из причин снижения интереса и внимания к занятиям.

6. Принцип завершенности цикла деятельности, позволяет разбить педагогическую задачу на систему последовательных алгоритмов, приводящих к намеченному результату. Незавершенность цикла препятствует переносу знаний, умений и навыков ребенка в новые условия на аналогичные или новые типы решения задач.

7. Организация специальных занятий по коррекции ведущего дефекта (памяти, внимания, моторики, речи и других психических процессов). Для реализации этого принципа необходимо целенаправленное проведение занятий отдельными специалистами, в роли которых могут выступать логопед, психолог, инструктор ЛФК и другие специалисты, в зависимости от ведущего дефекта, например, по расширению запаса знаний об окружающем мире используются уроки социально-бытовой ориентировки.

8. Лечебно-оздоровительные мероприятия, которые проводятся с учетом диагноза и состояния ребенка, главную роль при этом играет врач-психиатр и врачи других специальностей.

9. Коррекция социального поведения осуществляется путем бесед, убеждений, моделирования проблемных ситуаций, организации межличностного общения.

10. Принцип полезности, который заключается в получении практической пользы в виде формирования способов адаптации к реальным условиям жизни, деятельности, поведения, общения.

11. Принцип сотрудничества выражается в создании атмосферы доброжелательности, эмоциональной раскрепощенности, способствует появлению критичности и адекватности самооценки.

12. Комплексность подхода предполагает взаимодействие всех специалистов, участвующих в коррекционной работе.

Основными критериями эффективности осуществляемой коррекционной работы могут служить такие параметры как: повышение самостоятельности, интеллектуальной активности, повышение целенаправленности и работоспособности детей с нарушением психофизического развития, что в целом способствует их социальной адаптации и интеграции в социум. Как справедливо отмечал И.П. Павлов: «Ничто не остается неподвижным, неподатливым, а все всегда может быть достигнуто, можно изменить к лучшему. Лишь бы были созданы соответствующие условия» [44].

Таким образом, с помощью коррекционно-воспитательной работы вносятся коррективы в познавательные процессы и эмоционально-волевую сферу аномальных детей. Благодаря коррекции дети адаптируются к условиям необходимым для соответствующей деятельности, готовятся к трудовой самостоятельной жизни. Причем, еще раз следует подчеркнуть, что сущность коррекционной работы составляют не отдельные, обособленно взятые упражнения для совершенствования психической деятельности ребенка с проблемами развития, а система средств, осуществляющихся в процессе всей учебно-воспитательной деятельности.

1.2. Компенсация

В специальной психологии длительное время обсуждается вопрос о соотношении понятий коррекции и компенсации.

Компенсация (от лат.: compensation – возмещение, уравнивание) – замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма. Это сложный, многообразный процесс приспособляемости организма вследствие врожденных или приобретенных аномалий. Например, у слепого ребенка компенсаторно развивается сенсорная система кожного и кинестетического анализатора. Л.С. Выготский называл это законом превращения «минус дефекта в плюс компенсацию» [11]. Высшая форма компенсации означает всестороннее развитие личности ребенка. Вместе с тем, может произойти разрушение компенсаторных механизмов (декомпенсация) под влиянием неблагоприятных факторов и состояний под влиянием болезни, психической перегрузки, стрессов. Для реализации компенсаторных процессов должны быть созданы благоприятные условия в виде: а) правильно организованной системы обучения и воспитания; б) соединения обучения с трудом; в) нормализации межличностных отношений как по горизонтали, так и по вертикали; г) организации режима работы и отдыха; д) использования и чередования разнообразных методов обучения, повышающих активность и самостоятельность детей; е) использования системы технических средств обучения, специального оборудования, учебных пособий с целью наглядности. Известен психологический закон диалектического превращения органической неполноценности к психическому стремлению к компенсации и сверхкомпенсации через субъективное чувство неполноценности. А. Адлер писал: «Ощущение дефективности органов является для индивида постоянным стимулом к развитию психики. Например, если ребенок близорук, он будет хотеть все видеть; все слышать, если у него аномалия слуха; все будет хотеть говорить, если имеет затруднения речи или заикание ...» [1]. Как указывал В. Штерн: «То, что меня не губит, делает меня сильнее. Благодаря компенсации из слабости возникает сила, из недостатков – способности» [57, 58].

Известно, что функциональные системы обладают высокой пластичностью и способностью к перестраиванию. Именно эта способность лежит в основе механизмов компенсации перестроек. Традиционно выделяют **два типа перестроек нарушенных функций – внутрисистемную и межсистемную** [2].

Компенсаторные процессы протекают под постоянным контролем и при участии высшей нервной деятельности; они проходят несколько фаз (этапов).

Первая фаза – обнаружение того или иного нарушения в работе организма. Сигнал о нарушении может быть связан и с самим расстройством, и с его последствиями, с различными отклонениями в поведении и деятельности.

Вторая фаза – оценка параметров нарушения, его локализации и глубины (выраженности).

Третья фаза – формирование программы последовательности и состава компенсаторных процессов и мобилизации, нервно-психических ресурсов индивида.

Включение этой программы с необходимостью требует отслеживания процесса ее реализации. В этом состоит содержание **четвертой фазы**.

И, наконец, **пятая, завершающая фаза** связана с остановкой компенсаторного механизма и закреплением его результатов.

Временная длительность указанных этапов может быть различной, что зависит от характера нарушения, его выраженности и от индивидуальных особенностей организма. Остановка компенсаторного процесса связана с восстановлением нарушенной функции и возобновлением разных форм деятельности.

Компенсаторные процессы, разворачиваясь во времени, осуществляются на разных уровнях своей организации. Обычно выделяется четыре подобных уровня.

Первый – **биологический**, или телесный уровень: компенсаторные процессы протекают преимущественно автоматически и бессознательно.

Второй – **психологический** уровень существенно расширяет возможности компенсаторных механизмов, преодолевая ограничения первого. Можно сказать, что психологический уровень есть истинно человеческий способ восстановления нарушенных функций с привлечением работы сознания.

Не случайно одно и то же нарушение у животных и человека может привести к различным последствиям. Так, глухота у животного в условиях дикой природы не совместима с жизнью. Человек же при всех трудностях, возникающих в условиях глухоты, способен продолжать полноценную жизнедеятельность.

Психологический уровень компенсации, прежде всего, связан со способностью человека к адекватной оценке своих возможностей в условиях тех или иных нарушений, постановке реальных целей и задач, сохранении позитивного отношения к себе. В подобных ситуациях самосознание и личность человека, в особенности его волевые качества, выполняют важнейшую компенсаторную функцию, поэтому закономерным кажется то, что при одном и том же нарушении у разных людей мы можем наблюдать выраженные отличия в их социальной адаптации в зависимости от личностных особенностей.

Психологический уровень компенсации также связан с работой защитных механизмов и копинг-стратегий поведения. Психологическая защита, по определению Р.М. Грановской, – «это специальная система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта» [13]. Механизмы психологической защиты по большей мере относятся к бессознательной активности. Это вытеснение, подавление, идентификация, проекция, регрессия, сублимация, рационализация, катарсис и многие другие. Будучи плохо осознаваемы, они весьма избирательны в зависимости от характера проблемной ситуации и от личностных особенностей человека. Кроме того, механизмы защиты способны содействовать как адаптации, так и дезадаптации индивида. В последнем случае речь идет о фиксации одного и

того же защитного механизма, независимо от складывающейся внешней ситуации.

Копинг-стратегии представляют собой сознательные усилия личности, предпринимаемые для совладания со стрессовыми ситуациями, порождающими тревогу. В реальном повседневном поведении человека, пытающегося решить ту или иную проблемную ситуацию, как правило, различные защитные механизмы комбинируются с разными вариантами копинг-стратегий. Последние крайне многообразны, но легко укладываются в три основных типа – разрешение проблемы, поиск социальной поддержки и избегание – уход от необходимости самостоятельного решения. Выбор конкретного типа стратегии обусловлен объективными обстоятельствами проблемной ситуации. Но он также во многом зависит от личностных особенностей индивида, от направленности личности, характера ценностных ориентации, системы социальных установок и отношения к себе, окружающим и в особенности к своему нарушению [13].

Психологический уровень протекания компенсаторных процессов, являясь центральным для человека, тем не менее, не может сам по себе обеспечить реализацию всей компенсаторной программы. Для этого требуется более сложная форма его организации, реализуемая на социально-психологическом уровне. Здесь происходит как бы выход за границы телесного бытия индивида, но при этом компенсаторные процессы остаются в рамках личности как социального способа существования. На данном уровне помимо интрапсихических начинают отчетливо действовать интерпсихические, экстрацеребральные механизмы.

По сути дела, выход за пределы физического бытия человека уже имел место на предыдущей психологической ступени. Ибо личность, прежде всего, продукт социальной среды. Но здесь характер компенсаторного процесса представлен в своей открытой форме. Эффективность компенсации во многом определяется характером межличностных отношений инвалида с ближайшим окружением.

Участие, взаимопомощь, эмоциональная поддержка, понимание, терпимость и т.д. являются мощным психологическим средством раскрытия потенциальных возможностей человека, укрепляющих веру в свои силы, восстанавливающих позитивное отношение к себе. Ощущение духовного и социального благополучия базируется на осознании своей нужности кому-то или чему-то, а также на ясном понимании своей собственной независимости и автономности. Это порождает в человеке чувство осмысленности существования и защищенности. Последнее связано с представлением о минимальной степени гарантированной безопасности и верой в собственные силы. Чувство осмысленности включает наличие ясных и достижимых целей, ощущение контролируемости происходящих событий.

Ощущение благополучия многими исследователями связывается с тремя основными жизненными «опорами», к числу которых относятся семья, профессия и ближайшее окружение вне семьи. В каждом из этих институтов индивид в разных пропорциях реализует осознание своей причастности и независимости. Конечно, связи человека с миром неизмеримо богаче, но указанные три принципиально важны в процессе компенсации тех или иных нарушений. Способность человека совладать с тяжелыми испытаниями и трудностями во

многим зависит от прочности указанных «опор». Нетрудно заметить, что серьезные заболевания и травмы, приводящие к инвалидности, так или иначе испытывают на прочность именно эти несущие конструкции жизненного пространства человека. Не случайно в современной коррекционной педагогике и специальной психологии особое внимание уделяется семейному воспитанию и профессиональному самоопределению лиц с врожденными или рано приобретенными отклонениями от нормального хода развития [64].

С понятием компенсации тесно связан другой термин – **декомпенсация**, под которым понимается утрата достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных воздействий. По степени легкости возникновения и устойчивости декомпенсаторные состояния весьма переменчивы и во многом зависят от силы и прочности восстановительного эффекта.

Целесообразно обратить внимание на соотношение понятий коррекции и компенсации. Суммируя известные точки зрения, можно сформулировать несколько положений.

Прежде всего, коррекция – это всегда определенное воздействие на человека с целью исправления чего-либо, это внешний процесс по отношению к индивиду, в отличие от компенсации. Безусловно, внешнее коррекционное воздействие должно на что-то опираться, как, например, реабилитация опирается на компенсаторные процессы. Для коррекционных мероприятий в качестве базы выступают механизмы сенсбилизации – закономерной способности функций к повышению своей эффективности под влиянием тренировки.

Коррекция, в отличие от компенсации, показана в случае нарушения функции, но не ее выпадении. Корректировать, например, зрение, когда оно отсутствует, бессмысленно. В этом случае речь идет как раз о восполнении (компенсации) утраченной функции.

Следует обратить внимание, что словосочетание «нарушенная функция» фигурирует в определении и компенсации, и коррекции. Это означает, что вопрос о том, необходимо ли нарушенную функцию корректировать или компенсировать, решается в зависимости от того, насколько выражены сами нарушения. Расстройства функции, при которых она еще существует, но уже не способна достичь уровня целесообразной результативности, свидетельствуют о необходимости включения компенсаторных механизмов. Так, например, снижение остроты зрения до таких показателей, при которых никакое приближение предмета к глазам, равно как и его увеличение не приводит к формированию образа восприятия, но остаются сохранными лишь элементарные ощущения, можно назвать выраженной неспособностью к целесообразной результативности зрительной функции. В подобной ситуации говорить об эффективной коррекции не имеет смысла.

Таким образом, в специальной психологии есть попытки разграничить обсуждаемые понятия. Компенсация чаще всего понимается как внутренний процесс; реабилитация – как внешний. Тем не менее, указанные различия имеют не абсолютный, а относительный характер. Ибо коррекция и компенсация могут взаимно дополнять друг друга. Даже при незначительном снижении остроты

зрения на один глаз, функцию ведущего автоматически берет на себя сохранный, восполняя недостатки больного. По сути своей это компенсаторный акт. С другой стороны, в ситуации выраженного нарушения функций возможно и даже необходимо проведение определенных коррекционных мероприятий. Хорошо известно значение развития остаточного зрения и слуха у слепых и глухих детей для повышения их адаптированности.

Вместе с тем, в современной специальной психологии термин «Компенсация» является не столь широко употребляемым, значительно чаще используется понятие «Реабилитация».

1.3. Реабилитация

Реабилитация (от лат.: *reabilitas* – восстановление пригодности, способности), проявляется включением аномального ребенка в социальную среду, приобщением его к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Реабилитация является одной из главных задач специальной коррекционной педагогики и психологии.

Реабилитация определяется как «система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду. Реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу» [24].

Ключевым в этом определении является то, что реабилитация представляет собой систему мероприятий. Это следует подчеркнуть особо, чтобы отделить данное понятие от термина «компенсация».

Отдельно взятое воздействие не может рассматриваться как реабилитационное.

Процесс реабилитации направлен не на само нарушение, а на личность человека с тем или иным нарушением, на восстановление полноценного существования этой личности в обществе, на преодоление социальных последствий заболевания или травмы. Говоря совсем упрощенно, цель реабилитации – не допустить превращение личности инвалида в инвалидную личность. С психологической точки зрения драма инвалидности состоит в конфликте полноценных человеческих потребностей с ограниченными возможностями их реализации. Реабилитация направлена на максимальное преодоление и разрешение этого конфликтного состояния, ибо в противном случае возможна постепенная деформация личности пострадавшего.

Следует также заметить, что реабилитационные мероприятия направлены на восстановление того, что выше нами называлось основными жизненными опорами – семья, профессия и социальное окружение. Это прямо указано в приведенном определении. Существуют специальные виды реабилитации:

семейная, социально-психологическая и профессиональная. Эти направления помощи показаны в том случае, если в результате инвалидизации у человека возникают проблемы в сфере семейных отношений (в том числе и по вине самого инвалида), трудоустройства и межличностных контактов с окружающими людьми [15, 23, 24].

Будучи внешними по отношению к индивиду, реабилитационные мероприятия опираются на внутренние компенсаторные процессы. Можно сказать, что реабилитация есть не что иное, как попытка воздействовать на компенсаторные способности человека. При этом разные виды реабилитации опираются и направлены на разные уровни компенсаторных процессов. Так, медицинская реабилитация обращена к биологическому уровню организации компенсаторных механизмов. Ведущая роль здесь принадлежит биологической терапии, включая использование лекарственных средств, лечебной физкультуры и т.д.

Психологическая реабилитация в свою очередь направлена на оптимизацию протекания компенсаторных процессов на уровне сознания. Она предполагает использование разнообразных психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий. Их целью является максимальное по возможности смягчение кризисных переживаний личности, формирование адекватной самооценки и позитивного самовосприятия, расширение представлений о жизненной перспективе, формирование трудовых установок личности инвалида.

Когда мы говорим о социально-психическом и социальном уровне компенсаторных механизмов, то должны указать, что к ним обращены такие формы реабилитации, как семейная, педагогическая (переобучение), трудовая (приобщение к доступным видам трудовой деятельности), досуговая, креативная и социальная в широком смысле слова. Последняя подразумевает весьма обширный спектр социальных, социально-экономических и государственных мероприятий, представленных не в виде отдельных акций, а как долгосрочная, целенаправленная политика в отношении разных групп инвалидов с предоставлением определенных льгот и обязательств со стороны государства.

И, наконец, к сфере социальной реабилитации следует добавить формирование сообществ различных групп инвалидов (например, Всероссийское общество слепых (ВОС), Всероссийское общество глухих (ВОГ) и др.), задачей которых является взаимная помощь, создание условий для социальной адаптации и отстаивание интересов самих инвалидов на региональном и государственном уровне.

К вышесказанному следует добавить следующее: как нет четких границ между уровнями протекания компенсаторных процессов, так не существует и жесткого разделения разных форм реабилитационных мероприятий, что подчеркивает их единство и комплексность.

В литературе указывается, что успешность реализации реабилитационных мероприятий возможна при соблюдении определенных принципов [15, 23, 24, 56, 64, 74, 76]. К их числу относятся следующие:

- 1) единство биологических и психосоциальных воздействий;

2) разноплановость усилий для организации реабилитационных мероприятий (психологическая, семейная, профессиональная реабилитация);

3) апелляция к личности инвалида с использованием партнерских отношений сотрудничества в процессе реабилитации;

4) ступенчатость или последовательность мероприятий, где предыдущие подготавливают почву для последующих воздействий.

Перечисленные принципы сформулированы одним из авторитетных специалистов по вопросам реабилитации М.М. Кабановым [23, 24]. Им же разработаны и этапы реабилитационного процесса. Первый этап – восстановительное лечение. Второй этап – реадaptация – заключается в развитии возможностей инвалида к условиям внешней среды. Ведущая роль здесь принадлежит психосоциальным воздействиям, направленным на стимуляцию социальной активности личности пострадавшего. Третий этап – собственно реабилитационный, задача которого состоит в восстановлении прежних отношений инвалида с окружающей действительностью.

Установление различных состояний инвалидности осуществляется в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) муниципального, регионального, республиканского уровня. Важно очертить круг целей и задач для психолога бюро МСЭ при вынесении им экспертного решения и организации **индивидуальной программы реабилитации (ИПР)** для свидетельствуемого. В своей деятельности психолог проводит:

1. Оценку состояния психических процессов (стойкость нарушений, степень выраженности, особенности).

2. Анализ личности свидетельствуемого для уточнения уровня реагирования на ситуацию «болезнь». Это может быть психологический (т.е. «норма»), патопсихологический или психопатологический уровень. При наличии патопсихологического (или психопатологического) уровня реагирования психолог совместно с врачами-экспертами трансформирует данные в синдром, с последующим введением его в клинико-экспертный диагноз.

3. Анализ внутренней модели болезни (ВМБ) и внутренней модели социальной проблемы (ВМСП) с определением:

а) ее ситуативной адекватности, при необходимости причины неадекватности;

б) возможности трансформации ВМБ на патопсихологический уровень;

в) верификации полученных данных в клинико-патопсихологический синдром, с последующим введением его в развернутый клинико-экспертный диагноз.

Особо следует остановиться на роли психолога в формировании индивидуальной программы реабилитации (ИПР), включая: оценку реабилитационного потенциала личности (эмоционально-волевого, интеллектуального, мотивационного, по состоянию психических процессов); участие в психокоррекционных мероприятиях при формировании ИПР (формирование оптимального контакта, профориентация, коррекция внутренней модели болезни, мотивации и т.д.).

После вынесения экспертного решения, важнейшей задачей бюро МСЭ является формирование и контроль за реализацией индивидуальной программы

реабилитации. Еще раз следует отметить, что любую ИПР реализует сам больной, являясь основным действующим началом реабилитационного процесса.

Психологическая составляющая индивидуальной программы реабилитации и определяет реабилитационные задачи психолога бюро МСЭ, причем, основой является оценка реабилитационного потенциала личности (РПЛ) применительно к конкретным реабилитационным целям, а также планирование комплекса психокоррекционных мероприятий в рамках ИПР.

Оценка реабилитационного потенциала личности (РПЛ) базируется на том, что болезнь и ее последствия рассматриваются в ней как многоуровневая система, где нарушения преломляются в личностно-поведенческой деятельности человека в конкретных социальных ситуациях. Поэтому при оценке РПЛ используются данные анализа личности, внутренней модели болезни, внутренней модели социальной проблемы. В результате такого анализа оценивается эмоционально-волевой, интеллектуальный и мотивационный реабилитационный потенциал личности.

Реабилитационные цели вытекают из конкретных нарушений здоровья, отраженных в развернутом клинико-функциональном диагнозе, и обусловленных им ограничений жизнедеятельности. Согласие человека является необходимым условием составления индивидуальной программы реабилитации. Следовательно, от того, насколько сохранна личность инвалида, и какими аутопсихологическими возможностями он обладает, во многом зависит успех ИПР в целом. При сравнении реабилитационной программы личности с намеченными реабилитационными целями его степень может быть оценена как высокая, удовлетворительная или низкая, что и определяет реабилитационный прогноз.

Поскольку формирование индивидуальной программы реабилитации есть процесс коллегиальный, психолог бюро МСЭ должен не только дать оценку реабилитационного потенциала личности, но и обосновать свое заключение. В процессе обсуждения с другими членами бюро, ему следует также ознакомиться и с остальными составляющими реабилитационного потенциала свидетелемого, что важно для определения путей коррекции и использования РПЛ при реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Психологический аспект ИПР реализуется через конкретную психокоррекционную работу, то есть деятельность по трансформации мотивационной сферы, его внутренней модели болезни и внутренней модели социальной проблемы для решения конкретных реабилитационных задач.

Целью здесь является оптимизация реабилитационного потенциала личности – то есть создание максимальных предпосылок принятия им оптимальных решений и действий по достижению реабилитационных целей. Задача психокоррекции – снижение аутопсихологического дискомфорта, коррекция мотивации, установок. Но ей должно предшествовать врачебное обследование и координация действий специалистов.

При этапном контроле, для оценки эффективности индивидуальной программы реабилитации, психолог выявляет недочеты, допущенные

специалистами, анализирует их причины, обсуждает результаты анализа с другими членами бюро. При необходимости дает очередные рекомендации, иногда сам проводит психокоррекционные мероприятия.

В целом, оценивая реабилитационный потенциал человека, мы должны учитывать не только характер и глубину нарушения, но и социально-психологические последствия этого нарушения. Так, при одной и той же патологии они могут быть различными, в зависимости от того, каким образом нарушенная функция была связана с прежней профессией и какое место профессия занимала в иерархии ценностей личности.

Несколько иную ситуацию воспроизводит другой термин, не менее употребимый в современной специальной психологии, – **абилитация** (от лат.: *abilitas* – предоставление прав). При реабилитации речь идет о восстановлении, возмещении потерянных свойств, условий, того качества жизни, которое было утрачено индивидом.

Абилитационная ситуация характеризуется иначе. Это те случаи, когда индивид уже рождается с тем или иным пороком, отклонением в физическом или психическом развитии. Работа с человеком, имеющим врожденные нарушения, строится на иной основе. В подобных случаях возможны исходная неадаптированность, отсутствие периода нормального развития и какой бы то ни было утраты. Поэтому абилитационные мероприятия нужно понимать как систему раннего вмешательства в процесс развития ребенка с целью достижения его максимальной приспособленности к внешним условиям существования с учетом индивидуальных особенностей имеющихся нарушений.

Социальная адаптация (от лат.: *adapto* – приспособляю) – приведение индивидуального и группового поведения аномальных детей в соответствие с системой общественных норм и ценностей.

Для достижения более полной социально-трудовой адаптации аномального ребенка необходимо использовать наиболее эффективные формы организации и проведения лечебно-педагогической коррекции, что достигается через профориентацию в учебном процессе; индивидуализацию трудовой подготовки; анализ катамнеза (наблюдение за процессом адаптации в течение 3–5-ти лет), использование системы социальных тренировок.

Таким образом, в специальной психологии имеет смысл рассматривать в сравнительном плане такие категории, как компенсация, адаптация, реабилитация, абилитация и коррекция. Раскрытие их значений позволяет лучше понять сам феномен отклоняющегося развития. Безусловно, главным критерием эффективности коррекции, реабилитации и абилитации является полученный результат, но не менее важна и устойчивость достигнутого эффекта.

Глава 2. ОСНОВЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С УМСТВЕННО-ОТСТАЛЫМИ ДЕТЬМИ

Основная цель службы специальной психологической помощи в системе специального (коррекционного) образования – выявление, устранение и

предотвращение дисбаланса между процессами обучения и развития детей с особыми образовательными потребностями и их индивидуальными возможностями, создание условий для социально – психологической адаптации, включая дальнейшее профессиональное самоопределение обучающихся и воспитанников.

Для того чтобы результат работы с умственно отсталым подростком был устойчивым, необходимо, чтобы коррекция носила не эпизодический, а системный, комплексный характер, предусматривающий проработку каждой характерологической особенности данного ребенка. В противном случае эффект коррекционной работы будет нестойким.

Содержание коррекционной работы с детьми и подростками, отстающими в развитии, охватывает широкий спектр всего того, что необходимо для социальной адаптации. При этом приходится учитывать возможности умственно отсталого индивида и соответствие им предлагаемых нагрузок. Очень важно как можно раньше начать коррекционное воспитание и обучение умственно отсталого ребенка, определить продолжительность этой работы, время ее завершения и выхода индивида с нарушениями развития в самостоятельную жизнь.

Анализируя клинико-психопатологические и характерологические особенности этих детей, Д.Н. Исаевым (2003) было выделено 8 ключевых направлений, в рамках которых необходимо строить коррекционную работу [22].

Рассмотрим подробнее основные направления работы.

1. Дифференциальная психологическая диагностика, направленная на выявление психологической структуры нарушения, определения сохранных зон развития является неотъемлемой частью лечебно-восстановительной работы с умственно отсталыми детьми и подростками.

2. Оценка учебной и социальной среды для организации оптимальных условий обучения и развития. Строгий режим, чередование учебы, труда и отдыха должны быть главным условием лечебно-педагогических мер.

3. Разработка индивидуальной психологической коррекционной программы, согласованной с учебным процессом, психологической структурой развития.

4. Формирование и реализация индивидуальной коррекционной программы, встроенной в целостный процесс психолого-педагогической коррекции развития ребенка с особыми образовательными потребностями; совместная с педагогом работа по развитию когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы, коррекция поведенческих проблем.

5. Оказание помощи педагогам в организации адекватных условий обучения и воспитания для ребенка с особыми образовательными потребностями, рекомендации в отношении учебной нагрузки с учетом индивидуальных особенностей.

6. Консультирование и оказание помощи педагогу в организации и развитии взаимодействия между учениками в учебном процессе и за его пределами. Одно из первых мест в коррекции развития занимает именно выработка навыков общения, установления взаимоотношений в группах сверстников и с взрослыми людьми.

7. Обеспечение психологической поддержки семье, направленное на формирование адекватного воспитательного подхода к ребенку с проблемами в обучении, улучшение эмоционального контакта с ним. Невозможно достигнуть значительного успеха в лечебном и коррекционном процессе и достичь максимума возможного развития без правильного и понимающего отношения к нему семьи.

8. Обеспечение социально-психологических предпосылок эффективной интеграции детей и подростков в образовательную социокультурную среду. Воспитание детей с нарушениями развития направлено на компенсацию. Как писал Л.С. Выготский: «Социальная полноценность есть конечная целевая точка воспитания, так как все процессы сверхкомпенсации направлены на завоевание социальной позиции» [11].

Хочется еще раз отметить, что работа с умственно отсталыми лицами должна носить комплексный системный характер, использовать компенсаторные возможности каждого индивида с отставанием в развитии. Основными задачами являются максимальное преодоление недостатков познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы умственно отсталых лиц, подготовка их к участию в производительном труде, социальная адаптация в условиях современного общества.

Глава 3. КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Задержка психического развития проявляется как в замедленном темпе созревания эмоционально-волевой сферы, так и в интеллектуальной недостаточности. Последнее проявляется в том, что интеллектуальные способности ребенка с задержкой психического развития (ЗПР) не соответствуют возрасту. Значительное отставание и своеобразие обнаруживается в мыслительной деятельности, хотя у них имеются элементы абстрактно-логического мышления в отличие от детей с умственной отсталостью, которым свойственен только конкретно-образный уровень мыслительных процессов У всех детей с ЗПР наблюдаются недостатки памяти, причем это касается всех видов запоминания: произвольного и непроизвольного, кратковременного и долговременного. Отставание в мыслительной деятельности и особенности памяти наиболее ярко проявляются в процессе решения задач, связанных такими компонентами мышления, как анализ, синтез, обобщение и абстрагирование. Особенно выраженные нарушения отмечаются в эмоционально-волевой сфере. Что проявляется в преобладании игровых интересов, инфантильности, отсутствие мотивов к обучению. Все вышесказанное свидетельствует о том, что, этим детям необходим особый подход.

Специфика коррекционной работы с детьми с задержкой психического развития. Организация учебно-воспитательного процесса в системе коррекционно-развивающего обучения должна осуществляться на основе принципов коррекционной педагогики, она предполагает со стороны

специалистов глубокое понимание основных причин и особенностей отклонений в психической деятельности ребенка, умение определять условия для его интеллектуального развития и обеспечивать создание личностно-развивающей среды, позволяющей реализовать познавательные резервы обучающихся [2, 4, 61, 67, 73].

В целях достижения положительных результатов учителю необходимо строить индивидуально-коррекционную работу с детьми, с учетом того, что весь процесс обучения должен иметь общую коррекционную направленность, обеспечивая при этом, соответствующий учебный план, одновременно включая увеличенное число часов на трудные разделы программы и индивидуальные коррекционные занятия по восполнению пробелов в знаниях. Вместе с тем, в учебном процессе:

- целесообразно использование опор, позволяющих приучать к аналитической обработке информации, к логической последовательности, к рациональным способам деятельности;

- осуществлять создание микропроблемной ситуации, вместе с учащимися вести поиск нового задания, помогающего решить эту ситуацию; такая работа стимулирует познавательную активность и самостоятельность мышления, помогает активизировать инертные мыслительные процессы;

- проводить оречевление умственных действий (цели, плана, способа, результат деятельности или комментирование);

Для детей с ослабленным вниманием, памятью можно предложить следующие методические рекомендации учителю:

- микроалгометрическая организация деятельности учащихся на уроке, что может проявляться в необходимости выслушать устное задание еще раз;

- при признаках истощения внимания необходима смена деятельности на более легкую;

- использование разнообразных видов занятий, игровых моментов;

- применение красочного наглядного дидактического материала, вместо инструкций, требующих переключения внимания на последовательную постановку одноцелевых заданий;

- организация самопланирования и самопроверки;

Учитывая, что речь детей с ЗПР в целом развивается с отставанием от возрастной нормы и обладает рядом особенностей, необходимо построить работу по восполнению пробелов в речевом развитии по трем основным направлениям:

- коррекция фонетико-фонематического недоразвития речи;

- уточнение, обогащение и активизация словаря;

- коррекция грамматического строя речи.

В рекомендациях учителю по коррекционной работе устной речи можно отметить следующее:

- постоянно следить за качеством произношений звуков детьми, требовать от них утрированного, четкого произношения корригирующих звуков;

- фиксировать внимание на артикуляционных ощущениях при произношении;

- формировать навыки звукового анализа;

– фиксировать внимание детей на уточнении смысла слов, предупреждать неточное или ошибочное употребление какого-либо слова, упражнять в многократном использовании новой лексики в разнообразных контекстах;

– использовать алгоритмы составления связного высказывания;

– к ответам детей следует относиться бережно, каждого выслушивать до конца.

У детей с ЗПР также наблюдаются отклонения в развитии двигательной сферы в виде: нарушения произвольной регуляции движений, недостаточной координированности и четкости произвольных движений, трудностей переключения и автоматизации; страдает у детей моторика кистей и пальцев рук. В связи с этим, учителю необходимо проводить специальный курс «Моторика», во время урока, а также на занятиях группы продленного дня следует рекомендовать:

– упражнения на развитие и совершенствование статической координации движений;

– упражнения на развитие динамической координации движений;

– упражнения на развитие ритмической организации движений, переключаемость;

– упражнения с предметами;

– графическая работа.

Дети с пониженной обучаемостью характеризуются слабой осознанностью своего мыслительного процесса, умственной пассивностью, неустойчивостью ума. Осознание для них выступает особой задачей и в этом случае требуется помощь в освоении программного материала: более развернутое объяснение с опорой на наглядность, выполнение большего количества упражнений с очень медленно, постепенно повышающейся трудностью, многократный возврат к уже изученному. В практике эффективным является применение тетради с печатной основой по математике, русскому языку, «Игровой словарик», где идет отработка, тренинг материала; используются приемы, которые содействуют формированию учебной деятельности и коррекции ее недостатков.

Совершенствование технологии обучения предполагает насыщение учебного процесса и учебной среды эмоциональными стимуляторами – игрой, соревнованием, иллюстрациями, образностью изложения, положительными эмоциями уверенности, успеха. Целесообразно преподнесение учебного материала небольшими дозами, использование дополнительных способов облегчения трудных заданий, оценивание всех этапов в усвоении изучаемых тем.

Учитывая ослабленность мотивационной сферы учителю необходимо проводить работу по формированию: активной позиции школьника, его положительного отношения, познавательного интереса. В этих целях рекомендуется:

– заботиться о создании общей доброжелательной атмосферы на уроке, снижением тревожности детей;

– создавать ситуацию успеха в учебной деятельности;

– шире опираться на игру как ведущую деятельность ребенка с ЗПР, включая интеллектуальные игры с правилами;

– целенаправленно эмоционально стимулировать детей на уроке, возбуждать интеллектуальные эмоции – удивления, новизны, сомнения, достижения, формировать внутренний оптимистический настрой у детей.

Успех коррекционного обучения во многом определяется также и тем, насколько четко организована преемственность в работе учителя и родителей. Необходимо отметить роль родителей в комплексе психолого-педагогических мероприятий, что предполагает соблюдение следующих принципов:

- а) единство требований к ребенку;
- б) контроль за выполнением заданий;
- в) помощь в оформлении тетрадей ребенка, игр, дидактического материала;
- г) активное участие во всех мероприятиях, проводимых для родителей в школе, в классе.

В целом, коррекция недостатков развития детей предполагает объединение усилий школы и семьи, где консультации являются одной из форм этой совместной работы. В организации и проведении консультаций учитель ставит своими задачами педагогическое просвещение родителей, повышение их педагогической культуры, а главное – он целенаправленно стремится вызвать у родителей интерес к собственному ребенку, помочь в формировании адекватного подхода к нему, способствовать с позиции интересов ребенка нормализации его учебной деятельности.

В условиях специально организованного обучения дети с задержками в психическом развитии способны дать значительную динамику в развитии и усвоить многие знания, умения и навыки, которые нормально развивающиеся сверстники набирают самостоятельно.

Глава 4. КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С АУТИЧНЫМ РЕБЕНКОМ

Ранний детский аутизм является медицинским диагнозом, коррекционная работа с ребенком должна проводиться комплексно группой специалистов: врачом, психологом, педагогами при тесном взаимодействии с родителями. Причем, главная задача коррекции – помочь ребенку адаптироваться в обществе.

Чтобы более успешно проводить психолого-педагогическую работу необходима ранняя диагностика и выявление данного синдрома до поступления ребенка в школу, так как «центр тяжести» всех проявлений аутизма (РДА) падает на дошкольный период. Медикаментозная терапия способствует снятию тревоги, страхов, психомоторного возбуждения, подъему общего и психического тонуса, делает такого ребенка более доступным для обучения и воспитания. Специальная подготовка к школе для него еще более необходима, чем для здорового. Даже при желании этого ребенка идти в школу само приспособление его к реальным условиям школы (независимо от ее типа), выработка новых форм поведения проходят очень тяжело [12, 29]. Аутичные дети устают от долгого сосредоточения на уроках, не знают, куда себя деть на переменах, страдают от преследования одноклассников. В связи с этим, аутичный ребенок должен идти в школу подготовленным, а школа должна создать условия и для таких детей [18, 19, 35].

4.1. Начальный этап коррекционной работы с аутичным ребенком: знакомство, установление контакта

Синдром РДА ставит аутичных детей совершенно в особый ряд. Специалисты, начинающие работать с аутичным ребенком, сталкиваются с множеством трудностей: во-первых, с таким ребенком нелегко найти контакт; во-вторых, в случаях раннего детского аутизма признанные эффективными приемы обучения часто оказываются неподходящими. Можно утверждать, что работа с аутичным ребенком требует совершенно особого подхода: построение коррекционных занятий с ним, особенно в самом начале работы, отличается от занятий с детьми, имеющими другие нарушения развития.

Перед тем как начинать работу с ребенком, следует запомнить ряд важных положений:

- на этапе налаживания контакта с ребенком не рекомендуется настаивать на проведении конкретных игр, выполнении определенных заданий. Будьте более чутки к реакциям ребенка, действуйте в зависимости от ситуации, его желаний и настроения. Часто он сам предлагает ту форму возможного взаимодействия, которая в данный момент для него наиболее комфортна. Иногда, особенно на начальных этапах работы, стоит принять такое предложение ребенка (не забывая, конечно, о целях работы).

- все, что происходит на занятии, должно сопровождаться эмоциональным комментарием, в ходе которого взрослый проговаривает все действия и ситуации.

- не забывайте, что поведение ребенка во время занятия может быть самым разным. Если он вышел из состояния равновесия, следует сохранять спокойствие, не ругать, а понять, чего ребенок хочет в данный конкретный момент и постараться помочь ему выйти из состояния дискомфорта.

Нужно быть готовым к тому, что реакция на одну и ту же игру, ситуацию у разных детей с диагнозом аутизм может быть различной: на что один отреагировал вполне дружелюбно, у другого может вызвать резко отрицательную реакцию. Мало того, один и тот же ребенок может вести себя совершенно по-разному в сходных положениях. Здесь можно посоветовать не бояться пробовать. В случае, если ребенок принял предложенное, постараться развить ситуацию, если же возникла реакция отторжения, следует остановить игру. Безусловно, это потребует от педагога или психолога гибкости, позволяющей действовать в зависимости от развития событий.

4.2. Стереотипная игра аутичного ребенка как повод для знакомства

Трудности в работе с аутичным ребенком возникают у специалиста уже при первом знакомстве. Обычным оказывается положение, когда ребенок либо не

обращает внимания на присутствие нового взрослого, либо становится напряженным и агрессивным. К такой реакции необходимо быть готовым заранее. При этом следует четко представлять психологические причины подобного поведения. А причина в том, что появление нового незнакомого человека приносит в жизнь аутичного ребенка элемент неизвестности, который вызывает у него чувство дискомфорта и страха. Ему потребуется время, чтобы освоиться в новых условиях, привыкнуть к педагогу или психологу.

У аутичного ребенка есть любимые игры, одна или несколько. В таких играх он может часами манипулировать предметами, совершая странные действия.

Наличие стереотипной игры ставит аутичного ребенка в особый ряд, сразу же выделяет его среди других детей. Его странные действия вызывают любопытство окружающих, что часто ранит близких ребенка. Тем не менее, стереотипная игра аутичного ребенка в начале коррекционной работы станет основой построения взаимодействия с ним, так как для самого ребенка это комфортная ситуация, внутри которой он спокоен.

Во время знакомства с ребенком педагог или психолог поначалу лишь наблюдает за его стереотипной игрой. Цель такого наблюдения – постараться вникнуть в структуру стереотипной игры: выделить цикл повторяющихся действий; выделить конкретные звукосочетания, слова и словосочетания в бормотании ребенка во время игры. Ваши наблюдения и выводы помогут в дальнейшем, подскажут, каким образом вы можете принять участие в игре ребенка.

Не торопите взаимодействие. Ваша цель – дать ребенку понять, что вы не мешаете ему играть (как обычно бывает), кроме того, от вас может быть польза. На этом этапе все ваши усилия должны быть направлены на то, чтобы завоевать доверие ребенка. Это потребует времени и терпения. Ситуация, когда педагог приходит, а ребенок в это время занят своей стереотипной игрой и не обращает на его приход никакого внимания, является обычной в начале занятий с аутичным ребенком. Но если действовать терпеливо и настойчиво, обязательно наступит момент, когда ребенок доверится вам, вы станете для него тем человеком, от которого он будет ждать понимания и помощи. И однажды примет ваше предложение поиграть немножко по-другому.

4.3. Сенсорная игра как возможность установления контакта с аутичным ребенком

Чтобы наладить с аутичным ребенком контакт, без которого невозможно проведение коррекционных мероприятий, можно предложить проводить с ним сенсорные игры. Сенсорными условно называются игры, основная цель которых – дать ребенку новые чувственные ощущения. Ощущения могут быть самые разные: зрительные, слуховые, тактильные и двигательные, обонятельные и вкусовые.

Целесообразность проведения с аутичным ребенком таких игр основывается на положении о том, что сенсорный компонент мира приобретает для такого ребенка особую значимость. Поэтому проведение сенсорных игр является своеобразным «соблазнением» ребенка. А если удастся связать приятное переживание, которое возникает у аутичного ребенка при получении нового сенсорного ощущения, с образом конкретного человека, ребенок проникается доверием к взрослому, который играет с ним, начинает видеть в нем союзника. В этом случае можно говорить об установлении эмоционального контакта.

Виды сенсорных игр:

1. Игры с красками. «Цветная вода»: для проведения игры потребуются: акварельные краски, кисточки, 5 прозрачных пластиковых стаканов (в дальнейшем количество стаканов может быть любым). Стаканы расставляются в ряд на столе и наполняются водой, затем в них поочередно разводятся краски разных цветов. Обычно ребенок следит за тем, как облачко краски постепенно растворяется в воде. В этой игре ребенок довольно скоро может проявить желание более активно участвовать в происходящем: начинает «заказывать» следующую краску или выхватывает кисточку и принимается действовать самостоятельно. Когда увлеченность чистым сенсорным эффектом станет ослабевать, можно приступать к расширению игры.

2. Игры с водой. 1) Чтобы ребенку было удобнее достать до крана, пододвиньте к раковине стул. Достаньте приготовленные заранее небольшие пластиковые бутылки и пузырьки, наполняйте их водой из-под крана. Можно переливать воду из одной посуды в другую, сделать «фонтан», подставив под струю воды ложку или пузырек с узким горлышком; обычно такой эффект приводит детей в восторг. 2) Наполнив водой таз, организуйте игру в «бассейн», в котором учатся плавать игрушки. 3) Наполненный водой таз теперь станет «озером», в котором плавают рыбки или уточки. 4) На следующем занятии этот же таз с водой может превратиться в «море», по которому плывут кораблики. 5) «Купание кукол».

3. Мыльные пузыри.

4. Игры со свечами. 1) Оставьте маме «Задание на дом», когда стемнеет, не включать в квартире электрический свет, а зажечь свечу и походить с ней по дому, освещая путь, – так ребенок познакомится с назначением свечи. 2) Держа в руке потушенную свечу, порисуйте в воздухе дымом. 3) Наполнив таз водой, опустите на поверхность воды одну или несколько плавающих свечей; в темной комнате получится эффектное, с переливающимися в воде световыми бликами, зрелище. 4) Наполните столовую ложку водой и подержите над пламенем свечи, обратите внимание ребенка на то, что холодная вода стала теплой. Подобным образом можно растопить кусочек льда или сливочного масла. 5) Приготовьте зефир в шоколаде или пастилу и воткните одну или несколько праздничных свечек: сегодня «День рождения Мишки». Вместе с ребенком накройте на стол,

пригласите гостей, спойте песенку. Затем торжественно внесите «праздничный торт» и задуйте свечи.

5. Игры со светом и тенями. 1) «Солнечный зайчик». 2) «Тени на стене». При помощи кистей рук, различных предметов и игрушек вы получите на стене тень лающей собаки, летящей птицы и т.д. 3) «Театр теней». А можно придумать несложный сюжет и организовать целый «театр теней», для чего использовать также приготовленные заранее бумажные фигурки-силуэты. 4) «Фонарик». Приготовьте электрический фонарик и, когда стемнеет, походите с фонариком по квартире. 5) «Темно – светло». При помощи фонарика устройте освещение в кукольном домике или в домике для игр, который можно соорудить из большой коробки. 6) «Китайский фонарик», который осветит все вокруг загадочным мерцанием разноцветных бликов.

6. Игры со льдом.

7. Игры с крупами.

8. Игры с пластичными материалами.

9. Игры со звуками.

10. Игры с движениями и тактильными ощущениями. Поскольку прикосновения могут оказаться для аутичного ребенка болезненными, поначалу старайтесь не дотрагиваться до него. Будьте терпеливы и тактичны и дождитесь момента, когда ребенок первый проявит инициативу. Это может произойти по-разному: вот ребенок впервые забрался к вам на колени или вдруг во время занятия в первый раз надолго остановил взгляд на вашем лице, а затем протянул руку и стал ощупывать ваши нос, щеки, лоб (надо обязательно предоставить ему эту возможность). Или же ребенок снял кофточку и словами «Больно, болит!» выразил просьбу погладить ему спинку. Будьте внимательны и не пропустите этот важный шаг ребенка в вашу сторону. Если это произошло, то в занятиях становится возможным проведение таких игр: 1) Торможение, возня 2) «Догоню-догоню». 3) «Самолетики».

Рекомендации по проведению сенсорных игр. Если ребенок не включается в игру, не обращает внимания на ваши действия либо каким-то образом выражает протест против ваших действий, не настаивайте. Но обязательно попробуйте в следующий раз. Если же вы видите, что ребенку понравилась игра, но он остается пассивным, не останавливайтесь, продолжайте осуществлять игровые действия, комментируйте их так, словно вы уже действуете вместе с ребенком. Поначалу не стоит ждать от ребенка активности, следует радоваться любому, даже самому минимальному участию в игре.

Помните о том, что ребенка могут испугать те новые яркие впечатления, которые вы ему предлагаете. Поскольку предположить заранее, какое именно впечатление произведет на него данный сенсорный эффект невозможно, будьте осторожны: предлагайте новое постепенно и маленькими порциями. Внимательно

следите за тем, как реагирует ребенок, и при первых признаках тревоги или страха немедленно прекратите игру.

Следует учитывать тот факт, что произвольное внимание ребенка кратковременно и неустойчиво, поэтому, если в игре появилась сюжетная линия, не затягивайте сюжет. Главная задача на данном этапе – при помощи эмоционального комментария сохранить логическую структуру игры, завершить игровое действие и подвести итог.

Во время игры ребенок может начать говорить, заглядывая при этом вам в лицо в ожидании реакции. Это могут быть фразы-штампы из рекламных роликов или придуманные им самим слова. Улыбнитесь в ответ и повторите то, что сказал ребенок, с соблюдением интонации. Такая форма общения, своеобразная «перекличка», даст ребенку подтверждение того, что вы его понимаете, вызовет большее доверие к вам.

Всегда существует опасность того, что предложенные действия ребенок начнет воспроизводить в многократно усиленной, а порой неадекватной форме. Так, он стучит по стеклу со всей силой, над огоньком свечи начинает поджигать палочки и т.п. При этом отвлечь его от подобных экспериментов очень трудно. Позвольте ребенку получить новое впечатление под вашим контролем и страховкой, а затем постарайтесь переключить на его любимую спокойную игру [6].

4.4. Работа с родителями и ребенком

Необходимость психотерапевтической и медико-педагогической работы с родителями становится очевидной уже при первой встрече с ними. У родителей, в первую очередь и чаще – у матерей, развиваются сложные и нередко тяжёлые реакции на наличие в семье аутичного ребёнка (как правило, первого, а часто – и единственного). Эти реакции проявляются в подавленности, растерянности перед лицом неконтактности ребёнка, своеобразном комплексе родительской неполноценности, недоверия к себе как воспитателю, отказе от себя во имя ребёнка, попытках постоянных занятий с ним, тревожных опасениях в связи с предполагаемой ролью «плохой наследственности» и т.д. К этому присоединяется невозможность общения с другими семьями на уровне общения детей, постоянное и невыгодное сравнение своего ребенка с другими – «нормальными» детьми. Благодаря этому при первых встречах с родителями может создаваться впечатление странности, «психопатичности», «аутичности» их. К подобным первым впечатлениям следует относиться очень осторожно. В случаях успешного лечения можно убедиться в преходящем характере такого типа реакций и особенностей в большинстве наблюдений.

При обращении за помощью эти реакции определяют позиции родителей. Одни из них выступают в роли «антрепренёров» или «адвокатов» своих детей, преувеличивая и демонстрируя их достижения и затушёвывая недостаточность. Такую позицию можно рассматривать прежде всего как попытку аутотерапии, связанной с болезнью ребёнка, подавленностью, она в ряде случаев усиливается

опасениями госпитализации, использования массивной химиотерапии и т.д. У других родителей эти реакции проявляются утратой надежд и перспектив, недооценкой реальных достижений и возможностей ребёнка. Такие родители даже в относительно мягких случаях невыгодно отличают своего ребёнка от сверстников, у части из них дети начинают вызывать раздражение, которое становится источником новых переживаний. Они нередко пытаются «перевоспитывать» аутичного ребёнка, ставя его в рамки жесткой регламентации поведения. Нередко приходится сталкиваться с двойственным отношением к врачу, с недоверием. Как правило, это отмечается у родителей, прошедших «психиатрическое самообразование» либо столкнувшихся ранее с безапелляционной диагностикой у их ребёнка шизофрении [12, 58, 68].

Первым этапом работы с родителями является сбор анамнестических сведений. Его целесообразно проводить в виде письменного анкетирования, исключая лишь вопросы о наследственности, предлагаемые в непосредственной беседе. Такое анкетирование позволяет не только получить более полные сведения, но и в последующем совместном обсуждении с родителями обратить внимание на отмеченные ими самими положительные моменты в состоянии и динамике развития ребенка. При этом следует избегать избыточного оптимизма, настораживающего родителей и нередко вызывающего недоверие к врачу. Необходимо иметь в виду, что поведение аутичного ребенка в восприятии родителей часто представляет собой хаотический набор тяжёлых симптомов, каждый из которых трагически отличает ребёнка от здоровых сверстников. Поэтому в ходе совместного обсуждения полезно упорядочить эту сторону отношения к ребёнку. Отправной точкой для этого могут служить сохраненные и адекватные стороны поведения, воспринимаемые так и с позиций житейского здравого смысла: определенные игры, реакции на происходящее и т.д. Далее на конкретных примерах показывается в чем состоят основные затруднения ребёнка, что препятствует построению адекватного ситуации поведения. В числе таких затруднений и препятствий могут быть рассмотрены неравномерность развития, избирательность восприятия, проявления ригидности и связанные с ними затруднения в восприятии и понимании окружающего, страх перед неизвестным и непонятым, ограничение общения. Общая задача этого раздела работы состоит в том, чтобы привести родителей к возможно более целостному восприятию поведения ребёнка.

В дальнейших беседах целесообразно «войти в положение родителей», обсудить их собственные затруднения в связи с аутичным ребёнком. Этот момент работы одинаково необходим для родителей и врача. Критика родителей и их манеры обращения с ребенком нежелательна - и без того подавленные родители, как правило, значительно более осведомлены о том, как «не надо», чем о том, как надо и правильно строить своё поведение с ребёнком. На этом этапе чрезвычайно важно помочь родителям понять и принять мысль о нецелесообразности «отказа от себя во имя ребёнка». Это не только нежелательного для любого из родителей

как человека и личности, но обычно и не способствует успеху в работе с ребёнком, который при этом оказывается в условиях сложной гиперопеки.

В ряде случаев при наличии желания и соответствующей установки у родителей показано прямое психотерапевтическое и/или медикаментозное вмешательство в их состояние с целью смягчения или снятия невротических и психосоматических проявлений, препятствующих оптимальному поведению с ребёнком.

Следующий этап работы с родителями заключается в совместном наблюдении поведения ребёнка и обсуждении особенностей его. Начинаясь по существу с первых встреч этот этап работы считается выполненным, когда родители обретают возможность самостоятельно анализировать поведение ребёнка в разных ситуациях. Об этом свидетельствуют самостоятельные попытки родителей регулировать поведение ребёнка, исходя из такого понимания.

Дальнейшая работа может строиться индивидуально или на основе групповых бесед, сочетающих в себе элементы психотерапии и обучения. На этом этапе подготавливается и происходит создание в семье терапевтической ситуации. Весьма полезной и информативной для родителей ребенка-аутиста можно считать исповедь матери ребенка-аутиста [19]. В связи с этим, считаем целесообразным привести примерный краткий конспект бесед с родителями детей дошкольного возраста, выявляющих симптоматику раннего детского аутизма.

«Ваша помощь ребёнку максимальна, если Ваше отношение к нему гибко. Это значит, что Вы помогаете ему тогда, когда он нуждается в Вашей помощи, и что Ваша помощь не больше и не меньше того, что требуется в данный момент ребёнку. Ваша помощь не должна подменять активности ребенка. Будет очень хорошо, если Вы сумеете требовать от него то, что он знает и в достаточной мере умеет делать. Ваше знание ребёнка даёт Вам возможность определить, что ребёнок делает хорошо, что он только начинает осваивать, а что не умеет совсем. В первом случае в зависимости от ситуации Вы можете похвалить или потребовать, во втором – помочь, в третьем – избежать непосильных для ребёнка, а потому – травмирующих его, требований.

Хорошо, если Вы принимаете во внимание не только то, чего Вы хотите достичь у ребёнка, но и существующие сейчас его трудности. Мерой успешности Вашей работы будет в первую очередь не приближение к идеалу, а преодоление существующих затруднений. Это обеспечит наилучшую поддержку ребёнку с Вашей стороны. Он нуждается в поощрении образцов правильного поведения. Ваше осуждение повергает ребенка в растерянность, тогда как тёплая и ласковая поддержка – помогает ему. Проявляемое Вами отрицательное отношение к поведению ребёнка уместно лишь тогда, когда он не пользуется навыками, которыми определённо обладает.

Общаясь с ребёнком необходимо убедиться в том, что Вы оказались в сфере его внимания, что он в той или иной мере готов к контакту с Вами. Вы можете обратиться к ребёнку несколько раз, прежде чем он обратит на Вас внимание.

Лучше, если Вы в таких случаях не раздражаетесь. Ваше общение с ребёнком не должно быть назойливым, не следует отдавать всё время занятиям с ребёнком – это утомляет и Вас, и его. Важно, чтобы ребёнок имел возможность чувствовать Ваше доброжелательное и спокойное присутствие, Вашу готовность помочь. Часто для этого достаточно просто быть рядом с ребёнком и обращаться к нему время от времени. Если ребенок недостаточно контактен с Вами – это даст Вам возможность постепенно расширять и углублять контакт. Если же он не может обходиться без Вас, не отпускает Вас от себя – это даст возможность постепенно приучать его к самостоятельному поведению в Вашем присутствии, а затем – без Вас.

Многие особенности поведения ребёнка пугают или смущают Вас. Может возникнуть стремление «бороться» с ними. Однако, лучше, если Вы сумеете дать почувствовать ему, что эти особенности не раздражают Вас. Например, он часто вертит что-нибудь перед глазами или раскачивается. Следует ли всякий раз прерывать эти его занятия и как это лучше сделать? Окрики и запреты рискуют превратиться в постоянную и изнурительную для Вас и ребёнка войну. Иногда он может «вертеть и раскачиваться» при Вас, но не слишком долго. Эти занятия приятны для него, и хорошо, если он почувствует, что приятное для него не является неприятным для Вас, – это будет способствовать Вашему с ним контакту. Затем можно отвлечь ребёнка тем способом, который – Вы уверены – привлечёт его внимание и заинтересует его. Можно предложить ему игры и занятия, включающие те же действия, но в ограниченном количестве и приемлемой форме. Например, можно покачать его на качелях, дать ему крутить ручку стиральной или швейной машины, попросить его дать Вам что-либо и т.д. Не следует постоянно прибегать к одним и тем же способам отвлечения, чтобы они сами не закрепились как монотонные и стереотипные. Иногда советуют просто дать ребёнку какой-либо Ваш предмет (знакомый ему как Ваш: очки, платок, ручку), просто сказать ему что-нибудь или дотронуться до него. Если он любит играть с водой, а это бывает часто, Вы можете в таких играх помогать ему осваивать навыки умывания, купания, чистки зубов, стирки, мытья посуды, поливания цветов и т.д.

Не следует прощать всякое нежелательное поведение, например, агрессию к другим детям, отнимание игрушек и вещей. Ваш протест помогает ребёнку освоить понятия «моё» и «чужое», «можно» и «нельзя», способствует предупреждению трудностей общения в дальнейшем. Хорошо, если Вы можете предложить при этом какое-либо изменение занятий.

Если ребёнок мало пользуется речью – лучше говорить с ним в понятной для него манере, не употребляя длинных и сложных Фраз. Многие дети называют себя «ТЫ» или «ОН», а других людей – «Я». Это значит, что ребёнок недостаточно различает людей и выделяет их из мира предметов. Будет хорошо, если Вы поможете ему преодолеть эти трудности, освоить понятия «Он», «ОНИ» в правильно пользоваться ими. При этом Вы заметите, что Ваши напоминания о правильном использовании «Я» становятся всё более эффективными. Иногда

ребёнок в состоянии раздражения может вернуться к неправильному использованию местоимений, как бы «назло» Вам. Не следует смущаться этим. Такой возврат свидетельствует либо о временном усилении явно уменьшающихся затруднений, либо о необходимости несколько изменить стиль общения с ребёнком.

Можно и нужно привлекать ребёнка к посильному участию в делах семьи. Это может быть помощь в накрывании стола, просьба передать что-либо за столом и т.д. Даже если эта помощь невелика – она полезна для ребенка. В некоторых специальных учреждениях используют столовую клеёнку с изображёнными на ней столовыми предметами – это помогает ребёнку найти место для тарелки, вилки, ложки. Такой принцип помощи ребёнку может быть использован и значительно шире.

Полезны мягкие комментарии: «Сейчас ты наденешь пальто...ты будешь есть...ты идёшь по траве...». Они могут опережать и сопровождать действия, но не должны быть приказами. Нередко требуется показать ребёнку то действие, которого Вы от него ждёте, или выполнить его вместе с ним - помахать рукой при прощании, правильно взять карандаш. Вы замечаете, что действия, привычки, слова очень легко «застревают» у ребёнка и потом подолгу повторяются. Поэтому то, чему Вы его учите, должно иметь по возможности законченный и правильный характер. В противном случае он может «застрять» на неправильных или незавершённых образцах поведения, которые передать трудно.

Часто все занятия с ребёнком строятся по типу обучения. Работа с ребёнком легче и продуктивнее, когда она основана на игре. Лучше, когда занятия не слишком длинны и построены на том, что ребёнок уже умеет или начинает осваивать. Важно, чтобы ребёнок понимал, что он делает, видит и слышит. Для его развития важнее осознанный, хотя в сбивчивый пересказ простого сюжета, чем безусловно точное, но механическое воспроизведение сложного рассказа. Особое внимание обратите на рисование. Помогите ребёнку освоить изображение простейших вещей, геометрических фигур. Однако, не лишайте его возможности рисовать то и так, что и как он сам хочет, даже если это кажется Вам просто «мазнёй» и «каракулями».

Улучшение состояния может проявляться по-разному. Облегчение и расширение общения, внимание к окружающему и к Вам, реагирование на эмоции людей, участие в домашней жизни и т.д. могут на том или ином этапе принимать утомительные для Вас формы. Всегда ранее безразличный ко всему ребёнок становится навязчивым, ходит за Вами по пятам, постоянно теребит Вас или начинает беспрестанно мести пол, мыть и без того чистую посуду и т.д. Это увеличивает трудности его поведения, но свидетельствует о возросшем внимании к окружению, увеличении активности. Отнесясь к этому положительно Вы ускорите построение желательного поведения, пресекая – рискуете замедлить этот процесс.

Только занятия с ребёнком едва ли смогут решающим образом изменить его состояние. Но степень улучшения поведения и развития Вашего ребёнка в немалой степени зависит от той поддержки, которую Вы ему оказываете, от того человеческого климата, в котором он находится, от уровня Ваших ожиданий. Ожидая от ребёнка слишком много Вы можете быть постоянно недовольны им и собой, недооценивая его возможности и успехи – уменьшаете степень Вашей поддержки. Максимально помочь ребенку это значит: принять его таким, какой он есть, и всемерно способствовать его развитию. Содержание таких бесед меняется в зависимости от возраста, состояния ребенка, основных его проблем и уровня родителей. Всегда важно, чтобы рекомендации родителям не канонизировались, так как одно и то же отношение к ребёнку может способствовать улучшению на одном этапе работы и становиться препятствием в достижении улучшения – на другом.

В ходе такой работы родители переживают периоды надежд и разочарований, неизбежные при любом длительном лечении, тем более – столь тяжёлых и своеобразных нарушений. Они нуждаются в постоянной и гибкой поддержке врачом, иногда – вплоть до достижения ребенком подросткового и юношеского возраста. Приведенный нами выше яркий пример работы матери аутичного ребенка [19], свидетельствует о чрезвычайной результативности, а, следовательно, необходимости вовлечения родителей в терапевтический процесс по коррекции феноменологических проявлений РДА.

Следует заметить, что психотерапевтическая работа с ребенком зависит, прежде всего, от его состояния, определяющего показания и возможность проведения психотерапии. В одних случаях она может быть начата сразу после обращения к специалистам, в других – лишь на фоне медикаментозного лечения, в третьих – после соответствующей работы с семьей и т.д. С детьми младшего возраста психотерапия строится преимущественно на основе игры, в процессе которой возможно проведение прямого и косвенного внушения, ролевая терапия, терапия поведения и другие методы [12, 18, 77]. У более старших детей при наличии соответствующих показаний применимы практически все методики психотерапии, если состояние ребенка не препятствует их использованию. Особо отметим важность групповой терапии и её аналогов, создающих возможность направленной коррекции процесса общения. Работа с группой аутичных детей нецелесообразна, лучше вводить аутичного ребёнка в диагностически полиморфную группу. Трудно переоценить терапевтическое значение контролируемого пребывания аутичного ребёнка в небольших группах здоровых детей, где больному уделяется достаточное и квалифицированное внимание и осуществляется контроль взаимоотношений в группе. Значительные трудности может вызывать вопрос об обучении аутичных детей. Известен опыт, совпадающий с мнением большинства исследователей, который свидетельствует о том, что основанием для отказа в обучении должны и могут быть глубокие степени умственной отсталости либо безуспешные попытки использовать все возможности обучения: Описаны случаи, когда казавшиеся безнадежными

аутичные дети прогрессировали до возможности получения среднего специального образования. Для детей с тяжёлыми формами аутизма показано пребывание в специализированных группах дошкольных учреждений, классах, дневных стационарах.

Некоторые зарубежные авторы описывают случаи полного излечения аутизма в процессе психоаналитической терапии. Не касаясь трактовки состояния больных, которые, судя по описаниям, страдали лишь сходными с аутизмом нарушениями, преимущественно в виде шизофрении, что является неприемлемым для психоанализа как теории и методики психотерапии, – отметим один существенно важный момент: положительную роль длительного непосредственного психотерапевтического контакта с больным ребёнком. Лишь в процессе такого контакта создаются необходимые и достаточные условия для проведения психотерапии.

Рассмотренные аспекты лечения являются компонентами терапевтического комплекса и попыткой подхода к коррекции состояний детского аутизма, который продолжает оставаться сложной и требующей дальнейших усилий задачей [8].

Глава 5. СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ

В настоящее время признано, что детям с детским церебральным параличом необходима специальная коррекционная помощь, посредством которой максимально возможно, применительно к каждому отдельному случаю, корригируется их психическое и интеллектуальное развитие. Однако одной из важнейших составляющих психического развития, в свою очередь, является эмоционально-волевая сфера, посредством которой происходит успешная социализация индивидуума в общество.

В силу органического поражения головного мозга дальнейшее развитие ребенка с ДЦП идет несколько иным, специфическим способом, нежели развитие ребенка без какого-либо дефекта. Это накладывает свой отпечаток и на развитие личности. Детям с ДЦП и в раннем возрасте, и в дошкольном периоде гораздо труднее дифференцировать эмоции окружающих их людей и выражать собственные. Особенности эмоционального реагирования не только ребенка, но и подростка, и взрослого человека, которые подчас носят негативный, агрессивный, тревожный или мнительный характер, являются необходимым фактором межличностного взаимодействия человека в социуме. Именно поэтому важно ещё в дошкольном возрасте правильно и своевременно построить коррекционную работу с учетом медицинских и психолого-педагогических характеристик, во избежание подобных проявлений.

В связи с этим, в коррекции по развитию эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП можно выделить основные направления [37, 58, 64, 75]: 1) распознавание

эмоций по различным экспрессивным признакам; 2) анализ конкретных причин и ситуаций, вызывающих определённое эмоциональное отношение; 3) формирование эмоциональных эталонов; 4) развитие словаря эмоций; 5) организация эмоционального опыта детей.

Методы психологической коррекции эмоциональных нарушений у детей целесообразно разделить на две группы: основные и специальные.

К основным относятся: игротерапия, арттерапия, психоанализ, метод десенсибилизации, аутогенные тренировки, поведенческий тренинг.

Специальные методы включают тактические и технические приемы психокоррекции, направленные на устранение имеющегося дефекта с учетом индивидуально-психологических факторов.

Эти две группы методов взаимосвязаны друг с другом. При подборе методов психокоррекции эмоциональных нарушений необходимо исходить из специфической направленности конфликта, определяющего эмоциональное неблагополучие ребенка: при внутриличностном конфликте целесообразно использовать игровые методы психокоррекции, психоаналитические методы, методы семейной психокоррекции. При преобладании межличностных конфликтов используются групповая психокоррекция, направленная на оптимизацию межличностных отношений, психорегулирующие тренировки с целью развития навыков самоконтроля поведения и смягчения эмоционального напряжения. Кроме того, необходимо учитывать и степень тяжести эмоционального неблагополучия ребенка.

Особое место в психокоррекции эмоциональных нарушений у детей с ДЦП занимают игровые методы.

Игра – это наиболее естественная форма жизнедеятельности ребенка. В процессе игры формируются активное взаимодействие ребенка с окружающим миром, развиваются его интеллектуальные, эмоционально-волевые, нравственные качества, формируется личность в целом. Существенным психологическим признаком игры является одновременное переживание человеком условности ирреальности создавшейся ситуации. В условных обстоятельствах, создаваемых определенными правилами, игра позволяет переживать человеку удачу, успех, раскрывать свои физические и психические возможности. Эти свойства игры как деятельности отражают ее богатый психокоррекционный потенциал.

Существует огромное количество методов недирективной игротерапии. Например, широко используются игры с песком и водой с целью коррекции эмоционального дискомфорта ребенка. Недирективная игровая коррекция одновременно решает три основные задачи:

- 1) способствует развитию самовыражения ребенка;
- 2) корригирует имеющийся у ребенка эмоциональный дискомфорт;
- 3) формирует саморегулирующие процессы.

В процессе такой коррекции психолог устанавливает с ребенком эмпатическое общение, эмоционально сопереживает с ним, вводит определенные ограничения в игру. Введение ограничений в игру ребенка является главным условием

достижения коррекционного успеха. При этом важная роль принадлежит технике формулирования запретов и ограничений.

В направленной (директивной) игровой психокоррекции психолог является центральным звеном, его функция заключается в организации игры, в анализе ее символического значения. Различают два вида такой коррекции: сюжетно-ролевые игры и игры-драматизации.

Сюжетно-ролевые игры направлены на коррекцию самооценки ребенка, на формирование у него позитивных отношений со сверстниками и взрослыми. Перед началом игры необходимо разработать специальные сюжеты, в которых перед ребенком возникали бы различные конфликтные ситуации, близкие ему по значению, выбрать игровой материал, сформировать группу. В процессе игры психолог фиксирует эмоциональные проявления ребенка. Способность ребенка входить в роль, уподобление разыгрываемому образу – это важное условие для коррекции эмоционального дискомфорта ребенка и его внутриличностных конфликтов.

Сюжетно-ролевые игры рекомендуется проводить совместно с родителями ребенка. Психолог предварительно вместе с родителями обсуждает конфликтную ситуацию, характерную для данной семьи. В игровой ситуации рекомендуется меняться ролями. Например, мать выступает в роли ребенка, а ребенок – в роли матери. Использование этого метода психологической коррекции вызывает у детей широкий диапазон положительных эмоций – от спокойно-удовлетворенного состояния до состояния эмоционального вдохновения. Однако эффективность проведения сюжетно-ролевых игр в значительной степени зависит от интеллектуальных и физических возможностей ребенка, его социального опыта, от особенностей его представлений о людях, их чувствах и взаимоотношениях.

Игровую психокоррекцию в форме сюжетно-ролевой игры рекомендуется использовать для детей с ДЦП в случаях потенциально сохранного интеллекта, а также с выраженными межличностными конфликтами и нарушением поведения. Целесообразно предложить детям не только игровое воспроизведение прошлого или настоящего опыта, но и моделирование нового опыта в стрессовых условиях, например, на этапах послеоперационного лечения, в ситуации вынужденного общения и др.

Для детей с ограниченным вследствие физической или психической неполноценности социальным опытом используются игры-драматизации на темы знакомых им сказок. Основной целью игр-драматизаций является коррекция эмоционально-личностной сферы ребенка. Проведению игры-драматизации должна предшествовать предварительная подготовительная работа с ребенком. Психолог вместе с ребенком обсуждает содержание знакомой ему сказки по заранее намеченным вопросам, которые помогают ребенку воссоздать образы и персонажи сказки проявить к ним эмоциональное отношение. Сказка актуализирует воображение ребенка, развивает у него умение представлять игровые коллизии, в которые попадают персонажи. Ребенок должен создать образ персонажа и уподобиться ему. Способность ребенка входить в роль и уподобляться образу – это важное условие, необходимое не только для коррекции

эмоционального дискомфорта, но и негативных характерологических проявлений. Свои отрицательные эмоции и отрицательные качества личности дети переносят на свой игровой образ, наделяя персонаж собственными эмоциями и чертами характера.

Групповые методы психокоррекции широко используют психологи и психотерапевты при коррекции эмоциональных нарушений у детей и подростков. Рассматривая психокоррекционный процесс как систему, А.С. Спиваковская (1988) выделяет четыре блока: диагностический; установочный; коррекционный; оценочный [66].

Основная цель диагностического блока – изучение индивидуальных особенностей ребенка, анализ факторов, приводящих к эмоциональному неблагополучию детей. Главная цель установочного блока – это формирование положительной установки ребенка и его родителей на занятия. Целью коррекционного блока является гармонизация процесса развития личности ребенка с эмоциональным неблагополучием. При оценке эффективности психологической коррекции (оценочный блок) анализируют отчеты родителей о поведении детей в начале и после занятий. Оценивают также поведенческие и эмоциональные реакции ребенка с помощью метода наблюдения, анализа продуктов деятельности ребенка до занятий и после.

В процессе психокоррекции детей с ДЦП в форме групповых занятий особое внимание уделяется положительной установке родителей и детей на процесс занятий. С этой целью используются разнообразные психотехнические приемы: организация веселой, эмоционально-насыщенной игры с детьми с привлечением родителей, организация встречи родителей, дети которых успешно закончили курс, с начинающими. Особое значение для установочного этапа имеет место, где проводятся занятия. Это должно быть просторное, хорошо оборудованное помещение с мягким освещением, со специальными креслами и приспособлениями для ходьбы детей, условия, условия, где ребенок чувствует себя безопасно.

В процессе групповой психокоррекции каждый участник моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него типы эмоционального реагирования, реализует конкретные эмоциональные установки и отношения. В атмосфере откровенности и доверия ребенок свободно раскрывает свои эмоциональные проблемы, получает эмоциональную поддержку, модифицирует эмоциональные отношения и переживания, способы реагирования.

С учетом сложной структуры эмоциональных расстройств у детей с ДЦП можно выделить четыре основные фазы процесса групповой психокоррекции.

Важное значение в коррекции эмоциональных расстройств у детей с ДЦП имеет психорегулирующая тренировка. Основные цели этих занятий: смягчение эмоционального дискомфорта, формирование приемов релаксации, развитие навыков саморегуляции и самоконтроля поведения. Занятия проводятся поэтапно с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка, через день с небольшой (до пяти человек) группой детей.

1 этап – успокаивающий, в процессе которого используется вербально-музыкальная психокоррекция с целью снятия психического напряжения. Детям предлагают зрительно-музыкальные стимулы, направленные на снятие тревожности и создание установок на последующие занятия. Чем младше ребенок, тем в меньшей степени он сознает свой физический дефект и тем сложнее поддерживать у него интерес к упражнениям. Важным принципом психорегулирующей тренировки является создание игровой ситуации в процессе занятий (например, занятия вместе с куклой, игра в сказку и т.д.).

У детей более старшего возраста, особенно подросткового, на первый план выступает стимулирование потребности быть самостоятельным, волевым, здоровым. Психолог рассказывает детям о значении психорегулирующей тренировки, о ее применении в спорте, в космонавтике, в профессиях, связанных с высоким нервно-психическим напряжением.

Следующий важный принцип – это создание эмоционально-волевого настроя к занятиям. Больной или группа больных располагаются в кресле или на диване в зависимости от физического состояния. Психолог предлагает закрыть глаза и сосредоточиться на прослушивании музыкального произведения. Следует подбирать аудиозаписи, оказывающие положительное эмоциональное воздействие на слушателя и дающие успокаивающий эффект. Сеанс длится 25–30 минут. Задача первого этапа считается выполненной, если ребенок проявляет интерес к занятию и расслабляется. На фоне музыки ребенку предлагают упражнения на общее успокоение с традиционными формулами (например: «Я совершенно спокоен, меня ничто не тревожит. Мышцы моего тела все больше и больше расслабляются»). Больному предлагают запомнить формулы и использовать их перед засыпанием.

2 этап – обучающий, целью которого является обучение детей релаксирующим упражнениям. Используют упражнения на вызывание тепла, на регуляцию дыхания, ритма и частоты сердечных сокращений. После успешного овладения первыми упражнениями, на что требуется от 4 до 10 занятий, в зависимости от индивидуальных и возрастных особенностей ребенка, можно приступать к упражнениям на расслабление других групп мышц: ног, шеи, туловища, лица. На овладение упражнениями этого этапа требуется от 12 до 30 занятий.

3 этап – восстанавливающий. На фоне релаксации дети выполняют специальные упражнения, направленные на коррекцию настроения, развитие коммуникативных навыков, перцептивных процессов, двигательных функций и пр. так, психолог предлагает ребенку, который находится в состоянии аутогенного расслабления (пассивного бодрствования), выполнять идеомоторный проигрыш конкретного двигательного акта (например, больному с гемипаретической формой ДЦП предлагается представить, что он берет ложку или карандаш больной рукой либо выполняет другие манипулятивные действия). Идеомоторные проигрыши рекомендуется повторять 3–4 раза в день.

Для коррекции интрапсихических конфликтов и межличностных отношений разыгрывают различные психодраматические ситуации, с использованием

специальных сценариев, имеющие целью отреагировать на конфликт, разрешить его, адаптироваться к трудностям, нормализовать отношения.

Психорегулирующая тренировка способствует повышению устойчивости детей к экстремальным ситуациям, улучшению концентрации внимания, уменьшению эмоционального напряжения. При систематических занятиях у детей нормализуются тормозные процессы, что дает возможность ребенку управлять своим эмоциональным состоянием, подавлять вспышки раздражения и гнева. Особенно целесообразно использовать психорегулирующие тренировки с детьми, у которых эмоциональные проблемы проявляются в основном в сфере межличностных конфликтов.

Кроме психорегулирующих тренировок для коррекции эмоционального напряжения у детей с двигательными нарушениями целесообразно использовать психомышечные тренировки. Данный метод включает четыре задачи:

- 1) обучение ребенка расслаблять мышцы тела и лица методом прогрессивной мышечной релаксации, по Джекобсону;
- 2) обучение с предельной силой воображения, но без напряжения представлять содержание формулы самовнушения;
- 3) обучение удерживать внимание на мысленных объектах;
- 4) обучение воздействовать на себя необходимыми словесными формулами.

При выполнении психомышечных и психорегулирующих тренировок необходимо учитывать возрастные, индивидуально-психологические и клинические особенности ребенка. Не рекомендуется брать на занятия детей с эписиндромом в анамнезе, с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с эндокринными нарушениями и легочной недостаточностью. Необходимо тщательно выполнять следующие методические требования:

- выполнение упражнений ребенком;
- самонаблюдение и фиксация возникших во время упражнений ощущений;
- самостоятельное повторение ребенком упражнений в течение дня.

В целом, дети с церебральным параличом имеют выраженные нарушения движений и речи, что отражается на особенностях их психического развития [41, 58, 75]. Часто они растут нерешительными и неуверенными в себе, теряются в новых условиях. Важное значение для предупреждения страха имеет воспитание у ребенка активности. Он должен обязательно выполнять в доме посильную работу; его надо научить самостоятельно есть, одеваться, прививать элементарные бытовые навыки. В результате у него появляется интерес к труду, чувство радости, что он может быть полезен старшим, чувство уверенности в своих силах.

Доброжелательность, организованность и выдержка – главные условия воспитания больного ребенка в семье. Родители должны относиться к нему с бесконечным терпением, с большим оптимизмом, верой и любовью, ему помогает ласковая твердость родителей.

Необходимо также, чтобы ребенок начинал осознавать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей болезни, к своим возможностям. Это поможет ему наилучшим образом

утвердиться в окружающей среде. Ведущая роль в этом принадлежит родителям: именно у них ребенок будет заимствовать оценку и представление о себе и о своей болезни. В зависимости от их реакции и поведения он будет рассматривать себя или как калеку, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или, наоборот, как человека вполне способного достичь каких-то успехов. Родители должны понять сами и внушить ребенку, что болезнь является лишь одной из сторон его личности, что у него есть много других качеств и достоинств, которые надо развивать. Ни в коем случае родители не должны стыдиться больного ребенка, тогда и он сам не будет стыдиться своей болезни, не будет уходить в себя, в свое одиночество. Такой ребенок будет лишен эгоцентризма, направленности только на себя, он будет с удовольствием выполнять посильную работу и радоваться тому, чего достигает. Это даст ему возможность вести спокойную, без эмоциональных конфликтов, полноценную жизнь.

Глава 6. КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ СЕНСОРНЫЕ И РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ

6.1. Принципы коррекционной работы в тифлопсихологии и педагогике

Школы для детей с тяжелыми нарушениями зрения дают учащимся цензовое неполное среднее или среднее образование.

В специальных школах предусмотрена работа, направленная не только на обучение и воспитание учащихся, но и на коррекцию их познавательной деятельности, личности и физического развития. Она осуществляется по специальным программам и методикам. В этих школах предусмотрено обучение детей рельефно-точечному шрифту Брайля, состоящему из выпуклых точек, различные комбинации которых в пределах шести соответствуют определенным буквам алфавита, цифрам, знакам препинания, нотным знакам. Введены коррекционные занятия по ритмике, лечебной физкультуре, речи, социально-бытовой подготовке, ориентировке в пространстве, развитию зрительного восприятия. Большое значение придается трудовому обучению выпускников, а также их профориентации.

Воспитывать ребенка всегда трудно. Особенно много возникает сложностей, если он страдает тяжелым поражением зрения. Родители жалеют незрячего ребенка и нередко чрезмерно опекают его, тем самым лишая всякой самостоятельности. Этого не следует делать, поскольку такое воспитание приносит вред. Родители должны знать, что в физическом воспитании ребенка с недостатками зрения следует отводить больше места формированию у него пространственной ориентировки и развитию движений [58, 63, 64].

Очень важна благожелательная обстановка в семье. Аномальный ребенок должен знать, что его любят, о нем заботятся все члены семьи, что он сам является помощником для своих родителей. Конечно, детям с недостатками зрения необходимо бывать в обществе зрячих сверстников. Это полезно и для

аномальных, и для нормально видящих детей. Однако лучше, если совместные игры проходят в присутствии старших детей или взрослых, которые всегда могут прийти на помощь в случае возникновения каких-либо затруднений.

В процессе социальной адаптации и реабилитации компенсаторные возможности при различных нарушениях зрения достигают высокого уровня развития и могут обеспечить слепым и слабовидящим активное и творческое участие в общественной и трудовой жизни.

6.2. Принципы коррекционной работы в сурдопсихологии и педагогике

Ранняя потеря слуха оказывает влияние на психическое и отчасти физическое развитие ребенка. Грубое нарушение слуха приносит огромный ущерб общему психическому развитию, в первую очередь, потому что создает препятствие для самостоятельного овладения речью. Позднооглохшие дети к моменту нарушения слуха уже более или менее владели устной речью. При работе над речью с этими детьми возникает необходимость закрепления имеющихся у них речевых навыков и их дальнейшего совершенствования. Это достаточно сложные задачи.

В обучении глухих дошкольников может использоваться дактильная форма речи или ручная азбука – **дактилология**. Она заменяет собой устную речь при общении между собой грамотных глухих людей. Дактильные знаки заменяют собой буквы. В дактилологии обычно столько же знаков, сколько букв имеется в родном языке ребенка. По своим очертаниям многие дактильные знаки имеют сходство с буквами печатного или рукописного шрифтов. Применительно к русскому языку они изображаются пальцами одной правой руки. Дактилология облегчает глухим детям усвоение устной и письменной речи. Однако нужно всегда помнить, что это специфическая речь. Пользуясь ею, глухой ребенок оказывается в изоляции от слышащих. Основной задачей должна быть борьба за формирование у глухого словесной речи, которая объединяет его со слышащими людьми, дает возможность широкого общения, позволяет выразить свои мысли и чувства, делает реальным формирование высшей формы мышления – словесно-логического, создает условия для вербального руководства деятельностью [64, 65, 69].

Ни в коем случае не следует изолировать ребенка с недостатком слуха от нормально развивающихся сверстников, ссылаясь на то, что он плохо говорит, что его не понимают, что слышащие дети не хотят с ним играть. Дети быстро объединяются, находят общий язык и способы общения. Они стремятся помочь необычному товарищу, радуются, если им это удастся сделать. Несомненно, глухой ребенок должен расти и развиваться в обычной детской среде. Это нужно ему для приобретения и расширения социального опыта, для эмоционального и интеллектуального развития, для предстоящей адаптации в окружающей социальной среде.

Дети с нарушениями слуха обучаются в специальных школах с дифференцированным корригирующим подходом. Под влиянием социальных

факторов, среди которых ведущим является специальное обучение, лица с нарушениями слуха могут успешно учиться в высших учебных заведениях, заниматься общественной деятельностью, достигать успехов в науке, искусстве, литературе и спорте. Можно с уверенностью сказать, что тяжелые нарушения слуховой функции могут успешно компенсироваться, а возможности всестороннего развития личности глухих достаточно высоки.

6.3. Основные виды логопедической помощи детям

Для детей с тяжелыми нарушениями речи существуют школы и школы-интернаты, в которые принимают детей 7–12 лет с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом. Школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) имеют два отделения.

В первое отделение принимаются дети с общим недоразвитием речи тяжелой степени. В первую очередь зачисляются дети с алалией, афазией, дизартрией, ринолалией, а также имеющие общее недоразвитие речи в более легкой форме, но сопровождающееся заиканием.

Во второе отделение принимаются дети, страдающие тяжелой формой заикания при нормальном развитии других компонентов речи.

С каждым годом в нашей стране увеличивается сеть дошкольных учреждений для детей с речевыми нарушениями. Разрешается также (при наличии достаточного контингента) открывать дошкольные группы для детей с нарушениями речи при детских садах, яслях-садах, дошкольных детских домах общего типа, в школах-интернатах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

В настоящее время увеличивается количество логопедических пунктов при массовых общеобразовательных школах, что позволяет на ранней стадии выявлять и исправлять легкие степени различной речевой патологии и охватить логопедическим обследованием значительно больший контингент детей. За последние 20 лет число учащихся начальной школы, не справляющихся с требованиями общеобразовательной школьной программы, возросло в 2–2,5 раза, достигнув более 30% от общего контингента обучающихся.

Ребенок с расстройствами речи испытывает трудности, а иногда и невозможность овладения учебными умениями и навыками, особенно чтением и письмом, а в целом образовательными стандартами, затрудняется при общении с окружающими, отличается отсутствием или снижением положительной мотивации, направленной на учебную деятельность, что в свою очередь, является наиболее частой причиной школьной дезадаптации и ведет к нарушению поведения.

В связи с этим успешное функционирование общеобразовательной школы становится невозможным без квалифицированной коррекционно-развивающей работы, основанной на результатах комплексной диагностики, научно-обоснованных организационных и методических формах работы, включающих психолого-логопедическое сопровождение и поддержку ребёнка с нарушениями речи. Для повышения эффективности совместной психолого-логопедической

деятельности по сопровождению ребенка с нарушениями речи специалистами высшей категории – логопедом Шефер И.В. и психологом Салиховой Ф.Г., работающими с категорией детей с ЗПР в условиях общеобразовательной школы № 84 г. Челябинска – разработан алгоритм, включающий несколько этапов [73]:

Этап I. Диагностика (проводится индивидуально), включает:
а) Психологическое обследование наиболее часто используются тесты на измерение интеллекта (Д. Векслер, прогрессивные матрицы Дж. Равена), а также осуществляется экспресс-диагностика интеллектуальных способностей с помощью методики МЭДИС, состоящей из 4 субтестов, позволяющих оценить: 1 – речевой запас, осведомленность; 2 – количественно-качественное отношение; 3 – логическое мышление; 4 – математические способности. Для изучения эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей и определения типа детско-родительских взаимоотношений применяются рисуночные тесты, шкала личностной тревожности А.М. Прихожан и «Оценка уровня школьной мотивации учащихся начальных классов» Н.Т. Лускановой [7, 16, 42].

б) Логопедическая диагностика, для осуществления которой используются методики Т.А. Фатековой, Р.И. Лалаевой, Г.А. Волковой, с последующим составлением индивидуального речевого профиля ребенка с нарушениями речи, чтения и письма. Кроме того, проводится совместная психолого-логопедическая диагностика состояния моторики по методике Волковой Г.А., тесты Керна-Иерасика, обследование пространственно-временного восприятия [61, 62, 73];

Этап II. Психолого-логопедический консилиум. На данном этапе проводится совместное изучение и обсуждение результатов диагностики, индивидуальных особенностей каждого ребенка с нарушениями речи.

Этап III. Разработка индивидуального коррекционного образовательного маршрута (ИКОМа), при этом основная цель мероприятий психолога и логопеда – дифференцированный подход к решению задач каждым специалистом и, в то же время, их взаимопроникновение и взаимодополнение, устранение возможности дублирования.

Этап IV. Консультирование. Проводится совместно всеми участниками образовательно-воспитательного процесса (учителя, администрация, медицинские специалисты, воспитатели, ребенок, члены семьи,), по итогам диагностики и психолого-логопедического консилиума с целью расширения информационного пространства и вооружения необходимыми знаниями, включая стратегию, тактику, инструментарий для более эффективной коррекции и развития. Формы проведения могут быть индивидуальными; малыми подгруппами для родителей, чьи дети имеют сходные дефекты; групповыми (лектории, консультации, тренинги).

Этап V. Коррекционно-развивающие занятия. Проводятся каждым специалистом отдельно. Формы проведения – групповые, подгрупповые, индивидуальные.

Этап VI. Промежуточная диагностика, мониторинг, психолого-логопедический консилиум, корректировка ИКОМа. Все мероприятия проводятся с учетом результатов коррекции, каждым специалистом индивидуально.

Этап VII. Итоговая диагностика и мониторинг. Осуществляется каждым специалистом в конце учебного года с целью совместного подведения итогов коррекционно-развивающей работы, включая консультирование педагогов и родителей для принятия решения о дальнейшем продолжении коррекционно-развивающей работы психолога и логопеда.

Многолетний опыт специалистов по психолого-логопедическому сопровождению и поддержке ребенка с нарушениями речи, в условиях начального звена общеобразовательной школы, показал, что только комплексный подход в совместной деятельности логопеда и психолога позволяет наиболее эффективно устранять нарушения речи, а, значит, готовить ребенка к успешному обучению и оптимальной адаптации в социуме.

Логопедическая помощь детям по коррекции речевых нарушений может оказываться также через сеть логопедических кабинетов при детских поликлиниках и психоневрологических диспансерах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время специальная педагогика понимается как особая отрасль педагогики – **коррекционная** – это педагогическая наука, которая изучает особенности психофизического развития детей с различными аномалиями. Помимо основных общепедагогических понятий – «образование», «обучение», «воспитание» – коррекционная педагогика использует специальные термины, такие как «коррекция», «компенсация», «реабилитация», «адаптация», которые являются ключевыми как в дефектологии, так и в специальной психологии [3, 16, 17, 20, 50, 65].

Кроме того, коррекционная педагогика занимается вопросами оздоровления и предупреждения вторичных дефектов развития у детей. В этом смысле коррекционная педагогика является лечебной педагогикой.

Лечебная педагогика (помогающая) – это отрасль педагогики, которая разрабатывает средства и методы исправления физических и психических дефектов, она охватывает почти весь круг проблем, разрабатываемых в специальной педагогике и психологии [20, 58, 61].

В монографии «Педагогическая коррекция», которая хорошо известна широкому кругу специалистов, врач-психиатр, В.П. Кашенко, указывает на то, что лечебно-педагогическое воздействие на детей с недостатками характера возможно тогда, когда, с одной стороны, медицина тесно сливается с педагогикой, а с другой, – когда психоневрологические отклонения у детей устраняются при помощи педагогических методов и приемов. Действительно, успех здесь возможен при взаимном и глубоком проникновении одной области в другую, при дружном содействии врача и педагога. Одно лечение же так, как и одно воспитание, будет безрезультатным. Подобного рода взаимное проникновение деятельности педагога и врача обеспечивает особенно большие достижения, если они оба имеют специальную подготовку: врач – в педагогических дисциплинах и лечебной педагогике, педагог же – в психоневрологии детского возраста и также в лечебной педагогике. В хорошо организованных медико-педагогических учреждениях этот синтез медицины и педагогики именно так осуществляется на деле [26].

Многие психологи, педагоги, общественные деятели, утверждают, что воспитание ребенка, намеренное или ненамеренное, начинается с его рождения. Младенец уже с первых своих дней восприимчив ко всяким привычкам, как хорошим, так и плохим. По мнению большинства ученых, характер ребенка образуется между двумя и четырьмя годами, в это время родителям еще легко утвердить свое влияние и создать необходимые условия для коррекционно-развивающего воздействия.

В процессе реализации коррекционного направления специальной психологии необходимо помнить слова Л.С. Выготского [11] о том, что: «...никакие новации,

никакая инициатива и творчество, никакая интенсификация учительского труда не должны идти впереди здоровья учащегося».

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адлер А. Теория и практика индивидуальной психологии. – М.: НВТ «БИМК–Д», 1996. – 503 с.
2. Анохин П.К. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование. – М.: Медицина, 1963. – 286 с.
3. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 214 с.
4. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития. – М.: Изд. НЦ «ЭНАС», 2001. – 131 с.
5. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Изд-во МГУ, 1988. – 204 с.
6. Буторина Н.Е., Рычкова Л.С., Буторин Г.Г. Принципы диагностики и медико-психологической коррекции при умственной отсталости (методические рекомендации). – Челябинск: УГМАДО, 1997. – 23 с.
7. Вайзман Н.П. Реабилитационная педагогика. – М.: Просвещение, 1996. – 135 с.
8. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учебное пособие/ Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова, О.А. Карabanова и др. – М.: ИЦ «Академия», 2002. – 416 с.
9. Воложин А.И., Субботин Ю. К. Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления. – М.: Наука, 1987. – 283 с.
10. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе/ Под ред. В.В. Воронковой – М.: «Школа–Пресс», 1994. – 416 с.
11. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. – М.: Просвещение, 1995. – 527 с.
12. Гилберт К., Питерс Т. Аутизм: Медицинское и педагогическое воздействие/ Пер. с англ. О.В. Деряевой, под ред. Л.М. Шипицыной, Д.Н. Исаева. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2002. – 144 с.
13. Грановская Р.М., Никольская И.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2000. – 96 с.
14. Гуров В.Н. Социальная работа школы с семьей. – М.: Педагогическое общество России, 2003. – 192 с.
15. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 491 с.
16. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология»/ Сост. Н.Д. Соколова, Л.В. Калиникова. – М.: Изд-во ГНОМ и Д, 2001. – 448 с.
17. Дефектология: Словарь–справочник/ Авт.-сост. С.С. Степанов/ Под ред. Б.П. Пузанова. – М.: Новая школа, 1996. – 80 с.
18. Дольто Ф. Исцеление аутистов. На стороне ребенка. – СПб.: Петербург-XXI век, 1997. – 124 с.

- 19.Е.И.М. Исповедь матери аутичного ребенка, или внутренняя феноменология первой сессии холдинговой терапии// Аутизм и нарушения развития. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2004. – № 1. – С. 15–26.
- 20.Загвязинский В.И. Основы социальной педагогики. – М.: Педагогическое общество России, 2002. – 160 с.
- 21.Зайцев Д.В. Проблемы обучения детей с ограниченными возможностями// Педагогика. – М., 2003. – № 1. – С. 21–30.
- 22.Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
- 23.Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.
- 24.Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья)// Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2001. – Т. 11. – № 1. – С. 22–27.
25. Каменская В.Г. Детская психология с элементами психофизиологии. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 287с.
26. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. – М.: Просвещение, 1994. – 223 с.
- 27.Клиническая психология/ Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – 425 с.
- 28.Клиническая психология/ Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – 352 с. – (Серия «Хрестоматия по психологии»).
- 29.Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995. – 607 с.
- 30.Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. – М.: Просвещение, 1991. – 143 с.
- 31.Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М.: Изд-во МГУ, 2003. – 212 с.
- 32.Лебединская К.С. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей/ Под ред. К.С. Лебединской. – М.: Просвещение, 1982. – 125 с.
- 33.Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб.: Изд-во «Речь», 2001. – 190 с.
- 34.Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Ростов н/Д : ФЕНИКС, 2000. – 124 с.
- 35.Малахова Л. Взаимодействие с аутичными детьми. – www.autism.ru.
- 36.Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. – СПб.: Изд-во «Речь», 2000. – 194 с.
- 37.Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 218 с.
- 38.Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. – СПб.: Прийм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
- 39.Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2003. – 128 с.
- 40.Овчарова Р.В. Справочная книга социального психолога. – М.: Творческий центр «Сфера», 2001. – 480 с.

41. Основы коррекционной педагогики и специальной психологии: Опыт словаря-справочника/ Сост. А.Н. Нигаев, О.Л. Алексеев, Е.В. Шиврина. – Екатеринбург: УрГПУ, 1997. – 118 с.
42. Основы специальной психологии/ Под ред. Л.В. Кузнецовой, М.: ВЛАДОС, 2002. – 396 с.
43. Основы экспертной психологии. Современные принципы особенности работы психолога в бюро МСЭ: Методическое руководство для врачей-экспертов и медицинских психологов-экспертов/ Под ред. Р.М. Войтенко. – СПб.: СПб ИУВЭ. – 2002. – 31 с.
44. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных: Сборник статей. – М., Л.: Биомедгиз, 1938. – 770 с.
45. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталого школьника. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2003. – 39 с.
46. Петрушин В.И. Психологические аспекты деятельности учителя и классного руководителя. – М.: Центр «Педагогический поиск», 2001. – 160 с.
47. Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. – Воронеж: ТЦ «Сфера», 1996. – 128 с.
48. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных/ Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 180 с.
49. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка/ Сост. А.Д. Виноградова, Е.И. Липецкая, Ю.Т. Матасов и др. – М.: Просвещение, 1985. – 144 с.
50. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития. Хрестоматия/ Сост. В.М. Астапов – СПб: Питер, 2001 – 384 с.
51. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста/ Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Бук-Мастер, 1998. – 225 с.
52. Психологические программы развития личности/ Под ред. И.В. Дубровиной. – Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 128 с.
53. Психотерапия в дефектологии/ Сост. Н.П. Вайзман – М.: Просвещение, 1992. – 128 с.
54. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины, лечение. – www.autism.ru.
55. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М.: Просвещение, 1986. – 190 с.
56. Руководство по социальной психиатрии/ Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.
57. Рычкова Л.С. Основы дефектологии: Учебное пособие. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – 32 с.
58. Рычкова Л.С. Специальная психология: Учебное пособие. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – 68 с.

59. Рычкова Л.С. Клиническая типология школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью. Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Томск: ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 2004. – 42 с.
60. Самоукина Н.В. Игры в школе и дома: Психотехнические упражнения и коррекционные программы. – М.: Новая школа, 1995. – 144 с.
61. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М.: АРКТИ, 2001. – 208 с.
62. Семенович А.А. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2002. – 228 с.
63. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2000. – 224 с.
64. Сорокин В.М. Специальная психология: Учебное пособие/ Под научной ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Изд-во «Речь», 2004. – 216 с.
65. Специальная педагогика/ Под ред. Назаровой Н.М. – М.: ИЦ «Академия», 2000. – 400 с.
66. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. – М.: Просвещение, 1988. – 164 с.
67. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. – М.: ИЦ Академия, 2002. – 176 с.
68. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми// Педагогический поиск. – М., 1999. – № 9. – С. 48–53.
69. Усанова О.Н. Специальная психология. Система психологического изучения аномальных детей. – М.: Просвещение, 1990. – 189 с.
70. Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии: Наука о душе. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2001. – 208 с.
71. Фридман Л.М. Психология воспитания. – М.: ТЦ «Сфера», 2000. – 208 с.
72. Чистякова М.И. Психогимнастика/ Под ред. М.И. Буянова. – 2-е изд. – М.: Просвещение, ВЛАДОС, 1995. – 160 с.
73. Шефер И.В. Алгоритм психолого-логопедического сопровождения ребенка с нарушениями речи в начальной общеобразовательной школе// Сборник тезисов Всероссийской научной конференции «Психологическая теория и практика в изменяющейся России». – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2006. – С. 287–288.
74. Шипицына Л.М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2002. – 496 с.
75. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учебное пособие. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2004. – 368 с.
76. Шпек О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание/ Пер. с нем. А.П. Голубева/ Под ред. Н.М. Назарова. – М.: ИЦ «Академия», 2003. – 432 с.
77. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. – М.: «Теревинф», 2004. – 86 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Общая характеристика и сущность понятий коррекции, компенсации, реабилитации	
1.1. Коррекция	4
1.2. Компенсация	7
1.3. Реабилитация	11
Глава 2. Основы коррекционной работы с умственно-отсталыми детьми.....	15
Глава 3. Коррекционная работа с детьми с задержкой психического развития.....	17
Глава 4. Коррекционная работа с аутичным ребенком.....	20
4.1. Начальный этап коррекционной работы с аутичным ребенком: знакомство, установление контакта	21
4.2. Стереотипная игра аутичного ребенка как повод для знакомства	21
4.3. Сенсорная игра как возможность установления контакта с аутичным ребенком	22
4.4. Работа с родителями и ребенком	25
Глава 5. Содержание деятельности по коррекции детей с церебральным параличом.....	31
Глава 6. Коррекционная работа с детьми, имеющими сенсорные и речевые нарушения	
6.1. Принципы коррекционной работы в тифлопсихологии и педагогике	37
6.2. Принципы коррекционной работы в сурдопсихологии и педагогике	38
6.3. Основные виды логопедической помощи детям	39
Заключение	42
Библиографический список	43