

Тема 9. Особенности психологической помощи детям с ограниченными возможностями

Цели: - определить особенности психологической помощи детям с ограниченными возможностями;

- раскрыть формы и методы работы с аномальными детьми и их ближайшим окружением;

- определить особенности организации коррекционно-педагогической деятельности в массовой школе.

Основные вопросы:

1. Особенности реагирования ребенка на заболевание.

2. Факторы, влияющие на формирование ВКБ у ребенка.

3. Влияние родителей и медперсонала на болезнь ребенка.

4. Норма и отклонение в развитии человека.

5. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы с детьми с проблемами в развитии.

1. Особенности реагирования ребенка на заболевание

Болезнь – одна из тех неприятных ситуаций, в которую попадает в течение жизни каждый человек. Люди болеют – одни реже, другие чаще. Болезнь может пройти бесследно, а может запомниться на всю жизнь. Иногда она производит на человека такое сильное эмоциональное впечатление или наносит столь мощную физическую и психическую травму, то это становится значимым жизненным событием, определяет особенности поведенческих и эмоциональных реакций на всю последующую жизнь. Отрицательное (а часто и просто пагубное) влияние болезни на психику в детском возрасте, как правило, ведет к более тяжелым или даже необратимым последствиям, особенно если речь идет о длительном, хроническом, серьезном заболевании. При этом последствия могут проявляться в отдаленном будущем. Например, в результате обследования 1000 студентов был сделан вывод о том, что люди, перенесшие когда-либо тяжелое заболевание или несколько болезней, сильнее реагируют на ситуации, вызывающие гнев или страх. При этом страх связан в основном с заболеваниями, перенесенными в возрасте от 11 до 15 лет, а гнев - с заболеваниями в более младшем возрасте (до 6 лет). Поэтому для успешного преодоления болезни ребенком необходима работа не только с ним, но и с семьей в целом: следует учитывать специфические представления ребенка о болезни и лечении, проводить коррекцию внутренней картины болезни.

Специфика восприятия болезни детьми. Знания детей о болезнях и их причинах очень неполны и неточны. Причины обычно объясняются через ситуации, а болезнь часто рассматривается ребенком как наказание. К причинам болезни он может относить, например, нарушение правил поведения, неправильное питание. Каждый ребенок хорошо представляет себе те болезни, которыми он когда-то переболел. Если не затрагивать тяжелые и неизлечимые соматические заболевания, то по частоте упоминаний детьми детские болезни распределяются следующим образом:

- простуды (грипп, ангина, кашель и насморк, больные горло или ухо);
- инфекционные болезни (краснуха, ветряная оспа, корь);
- травмы (переломы рук или ног, ушибы, сотрясения мозга, ожоги);
- операции (гланды, аденоиды, аппендицит);
- госпитализация (болезни, требующие обследования или оперативного лечения).

Уровни болезни в психике заболевших детей. Доктор психологических наук, профессор МГУ В.В. Николаева выделяет четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевших детей: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, и мотивационный, отраженных в таблице.

1) чувственный – уровень ощущений (соматических);

2) эмоциональный – виды реагирования на факт болезни, симптомы, последствия;

3) интеллектуальный - представления и знания больного о своей болезни;

4) мотивационный - формирование системы отношения к болезни

Таблица. Описание детьми своей болезни.

Внешние проявления	Поднялась температура; сильно кашлял; покрылся пятнами; тошнило; был гной в глазах
Ощущения	Царапало в горле; щекотало в носу; внутри все чесалось
Эмоции	Неприятно, что на мне пятна; очень скучно; во мне поселилась печаль
Поведение как следствие болезни	Лежал; сидел дома один; все время пил воду и чай
Поведение как защита от болезни	Смотрел телевизор; играл в игрушки; рисовал; читал интересные книжки; играл с кошкой
Мотивационная составляющая болезни	Хотелось в школу; хотел гулять; надоело лежать
Рассуждения по поводу болезни	Если бы не ел мороженое, то не заболел бы; в следующий раз буду прыгать осторожно; болезнь может сильно развиться, и человек умирает, а я лекарства пить буду и стану здоровым

Возрастные особенности восприятия болезни. Дети плохо представляют себе, что надо делать для выздоровления и для предупреждения повторного заболевания, часто проявляя необоснованный оптимизм. В более старшем возрасте возрастает роль мнения о болезни референтных для ребенка групп сверстников, хотя нередко эти представления совершенно неверны или даже нелепы. Сохраняется важность знаний о болезни, усваиваемых ребенком от родителей. Кроме того, особенности восприятия детьми болезни в большой степени зависят от возраста. В одном из исследований В.В. Николаевой показано влияние возраста на внутреннюю картину болезни у больных с косметическим дефектом. В нем участвовали три возрастных группы больных псориазом и атоническим дерматитом (10-13 лет, 14-16 лет, 20-41 год). В младшей возрастной группе в структуре внутренней картины болезни преобладает уровень непосредственно-чувственного отражения (боль, зуд, неприятные процедуры лечения и т.д.), но общее отношение к болезни спокойное при разумной оценке ее тяжести и последствий. Поведение этих детей адекватно, они не стыдятся дефекта, у них обычно много друзей. В возрасте 14-16 лет на первый план выходит уровень эмоциональной оценки болезни и ее последствий (переживание болезни в узком смысле этого термина). Это проявляется и в поведении больных, стремящихся скрыть дефект кожи одеждой, прической, стесняющихся отвечать на уроках. В старшей возрастной группе во внутренней картине болезни начинает отчетливо выступать рациональная переработка фактов, связанных с нею, и это позволяет успешно осуществлять адаптацию к болезни.

В основу объяснения полученных результатов положены концепция ведущих видов деятельности и представление об эмоциях как о психических состояниях, отражающих отношения между мотивами (потребностями) и успехом или возможностью успешной реализации отвечающей им деятельности (А.Н. Леонтьев). Больным младшей возрастной группы болезнь не мешает реализовать ведущую (учебную) деятельность, поэтому эмоциональный компонент внутренней картины болезни отсутствует (кроме отрицательного эмоционального тона болезненных ощущений). В пубертантном возрасте ведущей становится деятельность интимно-личностного общения. Возникают проблемы, связанные с негативным отношением окружающих к «кожным» больным. Болезнь оказывается препятствием в реализации деятельности общения, и поэтому эмоциональный компонент внутренней картины болезни выступает на первый план. Однако еще не выработаны психологические приемы преодоления, компенсации болезни. В старшей возрастной группе осознается необходимость совладания с болезнью,

вырабатывается специальная система целей, «уводящая» больных от ситуации болезни. Их достижение предотвращает аномальное развитие личности.

Таблица. Возрастные особенности восприятия болезни детьми и подростками

Возраст, лет	Что такое болезнь? Что поможет выздороветь?
7-11	Описание болевых ощущений в основном касается отдельного органа и имеет глагольную форму: «колет», «стреляет», «ноет», «сжимает» и т.д.; редко упоминаются сила и продолжительность боли; болезнь «не вызывает никаких чувств»; болезнь не влияет на отношения с друзьями и близкими людьми; не знают возможных причин болезни. «Не знаю»; врач; лекарства; «после лечения я буду полностью здоров»
12-15	Описывают боль через эмоции и сравнения; эмоции: грусть; тоска, жалость к себе, сожаление; переоценивают тяжесть заболевания; болезнь не влияет на отношения с друзьями и близкими людьми; главные причины возникновения болезни: неправильное питание и поведение. Соблюдение предписаний врача; лекарства; помощь близких; «не верю, что после лечения я буду полностью здоров»
16-18	«Эмоциональные» ответы почти отсутствуют, описания становятся четкими, определенными, с использованием медицинских терминов, с указанием на интенсивность и длительность ощущений; болезнь «не вызывает никаких чувств»; болезнь не влияет на отношения с друзьями и близкими людьми; главные причины возникновения болезни: неправильное питание и поведение, наследственность, «нервные переживания». Сотрудничество с врачом; «надежда и упорство»; организация здорового образа жизни; избегание нервных перегрузок; профилактика болезни; «после лечения я буду стараться поддерживать здоровье»

Явление «госпитализма». Особое значение при формировании представлений о болезни приобретают тяжесть и продолжительность заболевания, помещение в стационар, отрыв от родителей, хорошо известный как явление «госпитализма». Ребенок, особенно маленький, живет минутой. Можно сказать: он вечно в настоящем. Поэтому отрыв от матери ребенка до пятилетнего, а еще более – до трехлетнего возраста означает серьезную проблему. Незнакомая среда, предоставленность самому себе, чувство заброшенности, покинутости может причинять как временные, так и непреходящие, стойкие психические травмы. При приеме в больницу ребенок может плакать, кричать, он отказывается отпустить мать или зло протестует абсолютно против всего и всех. Согласно Баулби и Робертсон, острое потрясение в таких случаях проходит три стадии:

первая – протест, который может продолжаться от нескольких часов до нескольких недель. Ребенок громко плачет, беспокоен, ищет мать. Он не желает ни с кем иным иметь дело.

вторая – отчаяние. Ребенок монотонно, постоянно или временами, периодически плачет, зовет мать. Он может замкнуться в себе, может возникнуть и депрессивное состояние. Обычно в этой стадии ребенок держится тихо, не плачет.

третья – это отделение, отрыв от матери, который можно уже рассматривать как успокоение. Ребенок уже не отворачивается от сестры, играет с ней, более того, может даже с ней подружиться. Случается, что он равнодушно встречает мать, не плачет. Однако после пребывания в больнице могут проявляться и более длительные травмы: расстройства сна, ночные страхи, ночное недержание мочи или кала, страх смерти, тики, ипохондрические страхи, задержка развития, а также и иные нарушения, например возникшие после операции упрямство или заикание. Естественно, могут возникнуть и более серьезные неврозы и расстройства поведения.

Нужно избегать излишних перемен среды, смены персонала в детских лечебных учреждениях, стремиться к формированию личных контактов с ребенком, его связи с

новой средой, к стабилизации этой связи. Особая осмотрительность необходима при направлении в больницу детей до пятилетнего возраста. Стационарное лечение детей до трехлетнего возраста рекомендуется только в безусловно показанных случаях. Но и в таких случаях ребенка следует соответственно подготовить к поступлению в больницу. Рекомендуется предварительно побеседовать с ребенком, познакомить его с больничной средой, врачам и сестрам – подружиться с ним. Естественно, что лучше всего, если рядом мать. Целесообразно, чтобы мать проводила ребенка в больницу и на некоторое время еще осталась с ним там. Ни в коем случае нельзя оставлять ребенка в больнице, прибегая к обману, насилию, различным уловкам. Любой обман, насилие, ложь вредны. После того, как мать ушла, сестра должна обязательно поиграть с ребенком, заняться им, быть может, рассказать ему сказку, попытаться расположить его к себе. Нельзя насильно купать или раздевать упирающегося ребенка. В период пребывания в больнице, если родители не могут посещать больного ребенка, они должны непременно присылать письма, подарки, любыми средствами укреплять связь с детьми, давая почувствовать, что по-прежнему любят их, что всегда с ними. Сестра тоже обязана сделать все возможное для формирования хороших отношений с ребенком, она никогда не должна забывать о значении эмоциональных факторов. Безусловно необходимо отвечать на проявления чувств со стороны ребенка взаимностью. Создав хорошую связь с ребенком, можно сделать очень многое в борьбе против вредностей госпитализации.

Понятие о внутренней картине болезни. Понятие «внутренняя картина болезни» появилось достаточно давно. До сих пор одним из лучших остается определение этого понятия, данное более 40 лет назад Р.А. Лурия: «Внутренней же картиной болезни и называют все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, - все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущений, эмоций, аффектов, конфликтов, психологических переживаний и травм». Нельзя сказать, что это понятие является общепринятым. В нейропсихологических исследованиях установлено, что внутренняя картина здоровья зависит от профиля латеральной организации мозга, то есть от доминирования правого или левого полушария.

Составляющие ВКБ у детей. Наиболее полно понятие внутренней картины болезни (ВКБ) раскрывается в работе Д.Н. Исаева (2000), который выделил основные составляющие ВКБ у детей.

Уровень интеллектуального функционирования. Этот компонент ВКБ определяет, насколько адекватно ребенком воспринимается его физическое «Я», насколько ребенок способен правильно интерпретировать и систематизировать возникающие у него симптомы: общий дискомфорт, болевые ощущения, нарушения функций органов и т.д. Недостаточный уровень интеллектуального функционирования (например, у маленьких детей или умственно отсталых) может приводить как к анозогнозии, так и к гипернозогнозии.

Знание о здоровье. Без концепции здоровья трудно построить представление о болезни. Дети 4–9 лет здоровьем считают просто отсутствие болезни, а старшие дети описывают здоровье как приятное состояние – «чувствовать себя превосходно». Устойчивые представления о вероятности заболевания у детей возникают к 7 годам. Интересно, что девочки и старшие дети больше опасаются расстроить здоровье, чем мальчики и младшие дети. Оценивая здоровье, дети 9–11 лет больше ориентируются на соматическое благополучие, подростки 12–14 лет – на социальную активность.

Знание о внутренних органах. Для формирования ВКБ важны знания детей о внутренних органах. Дети думают, что количество органов у разных детей разное; дети 4–6 лет считают, что их не меньше 3, 15–16-летние называют до 13 органов. Половина детей упоминают кости, сердце, кровеносные сосуды и кровь. По-разному оценивается и

степень важности различных органов: на 1-е место дети ставят сердце, затем (с 9–10 лет) – мозг и, наконец, желудок. 1/7 детей жизненно важными считают легкие, нос, глотку и рот. Если старшие дети судили о значимости органов по их участию в жизнедеятельности организма, то младшие – по тому времени, которое требовалось для ухода за ними; например, ноги назывались в связи с постоянной обязанностью их мыть. До 60% детей 4–6 лет относительно верно определяют расположение сердца, расположение других органов редко показывают правильно.

Знание о болезни. Для формирования ВКБ важны представления детей о болезнях. Немногие больные 8–12 лет понимают разнообразие причин заболеваний, они еще не могут учитывать ни состояние организма, ни качество возбудителя. Многие дети считают болезнь наказанием за проступки и погрешности.

Знание о смерти. Формирование адекватной ВКБ требует понимания того, что смерть – окончательное завершение жизни. Половина дошкольников используют такие слова, как «смерть» или «покойник». Одни дошкольники никак не реагируют на произнесенное слово «смерть», другие не знают его значения, третьи имеют очень ограниченное представление о смерти.

Дети при столкновении со смертью животных или насекомых игнорируют ее или обнаруживают необычные реакции, избегая контакта или радуясь смерти маленького существа. Представления о смерти как об окончательном прекращении жизни у детей такого возраста нет, они понимают ее как долгий отъезд или сон; 20% дошкольников 5–6 лет считают, что смерть животных обратима, а около 30% детей этого возраста предполагают наличие сознания у животных после их смерти. Смерть родителя из-за магического мышления дошкольник интерпретирует как результат своих желаний, что нередко приводит к чувству вины. Смерть родителей для дошкольника – не только разлука с защищающими, эмоционально значимыми фигурами, но и брошенность ими. Разнообразие реакций дошкольника, соприкоснувшегося со смертью, зависит от прежних переживаний, религиозности и культуры семьи, от привязанности ребенка к умершему члену семьи и уровня развития ребенка. Дети 5–9 лет склонны персонифицировать смерть либо идентифицировать ее с умершим человеком или животным. Они думают, что смерть невидима, стремится быть незамеченной, прячется на кладбище, т.е. смерти приписываются черты одушевленного существа. Школьники имеют более реальное представление о смерти и признают, что смерть может наступить в любой момент. Причиной смерти они называют конкретные воздействия: ножи, пистолеты, рак, сердечные приступы, возраст. Однако школьники не в полной мере осознают смерть, особенно сталкиваясь с собственным тяжелым заболеванием. Состояние выраженной тревоги не позволяет им осмыслить происходящее. Лучше всего их истинные переживания, связанные со смертью, передают их фантазии, игры, рисунки. Подростки, уже имеющие отвлеченное мышление, принимают мысль о собственной смерти. Чтобы преодолеть тревогу, вызванную этим знанием реальности, они фактически игнорируют смерть, провоцируя опасные для жизни ситуации: гонки на мотоциклах, эксперименты с наркотиками, отказ от назначений врачей при тяжелых заболеваниях и т.д. Верят в сохранение сознания после смерти 20% подростков, в существование души – 60% и в смерть как прекращение физической и духовной жизни – 20%. Подростки реагируют на смерть по-разному: осознают, отвергают, любопытствуют, презирают, отчаиваются.

2. Факторы, влияющие на формирование ВКБ у ребенка

Знание о болезни. В построении ВКБ участвует весь приобретенный опыт, особенно перенесенные ранее болезни. Жизненный путь ребенка невелик, ему труднее, чем взрослому, сопоставить текущую ситуацию с ранее пережитыми обстоятельствами. Поэтому пережитое ребенком недавно может наложить серьезный отпечаток на ВКБ. Отрицательную роль в формировании ВКБ могут сыграть наблюдаемые ребенком обострения тяжелых заболеваний у живущих совместно с ним родственников. Собственные болезни, перенесенные в раннем детстве, не накладывают значительного

отпечатка на переживание текущего расстройства, в то время как недавние болезни, воспринятые как угроза, оказывают значительное влияние. На формирование ВКБ у ребенка может повлиять атмосфера беспокойства и тревоги, царящая в семье из-за предполагаемого или развившегося у него заболевания.

Информацию о болезни дети могут получить из различных источников – от родителей, сверстников, учителей, средств массовой информации (СМИ). Для ребенка наиболее значимы сведения, которые он получает от родителей. Утрированное беспокойство о ребенке, проявляемое тревожными родителями, может привести к возникновению неадекватной пессимистичной оценки заболевания. Для детей с тяжелым хроническим заболеванием особое значение имеют врач и медсестра, в этих случаях информация от родителей менее существенна. Поэтому медицинским работникам необходимо учитывать, что любое их суждение о болезни может быть воспринято ребенком на веру и стать составной частью ВКБ.

Особенности эмоционального реагирования. У детей как с преморбидными, так и с развивающимися в процессе болезни тревожными, истероидными и другими чертами личности, с эмоциональной лабильностью или эксплозивностью формируются те или иные преобладающие эмоции, мотивации и направленность интересов, которые определяют ВКБ.

Эмоциональное отношение может определять один из 3 типов ВКБ – гипонозогнозический (с недооценкой симптомов и чрезмерных позитивных ожиданий от лечения), гипернозогнозический (с преувеличением тяжести расстройства и неверием в успех лечения) и нормонозогнозический (прагматический – с реальной оценкой болезни и ее прогноза, хорошим контактом с врачом).

Половая принадлежность. Зависимость формирования ВКБ от пола была доказана у детей, страдающих сахарным диабетом, бронхиальной астмой, лейкозом и другими болезнями. Оказалось, что самооценка и конфликтность у мальчиков, больных бронхиальной астмой, ниже, чем у девочек с аналогичным диагнозом. У девочек чаще, чем у мальчиков, вытесняется представление о болезни. Девочки, болеющие лейкозом, быстрее адаптируются к изменению жизни, связанному с тяжелым расстройством, мальчики чаще испытывают опасения за свое будущее.

Сопутствующие психотравмирующие обстоятельства. Госпитализация ребенка сопровождается отрывом от родителей, учебных и иных занятий, переживанием разочарования из-за невозможности продолжить привычную активность. У детей до 11 лет само помещение в больницу, даже без связанных с лечением неприятностей, вызывает такой страх, что он нередко вытесняет полученную перед больницей подготовку. Понимание школьниками пользы лечения не меняет их отрицательного отношения к больнице, что может исказить ВКБ. Реакция ребенка на помещение в больницу зависит от возраста, отношений в семье, продолжительности стационарирования, природы заболевания, посещения родителей и их реакций, процедур, средств, смягчающих тревогу.

Отношение родителей к болезни. У родителей может возникнуть чувство вины за развитие заболевания, негодование на поведение ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с плохим прогнозом, безразличное отношение к болезни и ее отрицание. Переживания родителей часто вызывают у ребенка аналогичные чувства, которые и ложатся в основу ВКБ.

Влияние медицинского персонала. Врач, обследуя, подготавливая к госпитализации, операциям, оказывает на ребенка психологическое воздействие. Его доброжелательность, понятные разъяснения, использование необходимых средств, уменьшающих болезненность манипуляций, положительно влияют на ВКБ. Недоучет же детских представлений о болезни и лечении может привести к формированию неадекватной ВКБ. Восприятие симптомов болезни и представления о ней позволяют врачу понять, что больше всего тяготит ребенка, от чего он страдает. Особенно важно знать, каковы представления ребенка о болезни, поскольку эти знания можно использовать для

психокоррекции. У детей ВКБ формируется в основном на эмоционально-чувственном (неосознаваемом), а не на логическом (сознательном) уровне. Правильно диагностируя ВКБ, врач способен произвести определенную ее коррекцию, что позволяет снизить эмоциональный дискомфорт ребенка в связи с диагностическими и лечебными процедурами, а также сформулировать адекватные представления у ребенка о своем заболевании.

Негативные изменения психики у заболевшего ребенка. Болезнь не проходит для ребенка бесследно, так как не только затрагивает ситуацию «здесь и сейчас», но и влияет на формирование личности будущего взрослого человека. Негативные изменения психики у заболевшего ребенка, проявляющиеся на разных стадиях течения болезни и ее лечения, могут привести к серьезным нарушениям психического здоровья в будущем. К часто встречающимся нарушениям относят:

- эмоциональные реакции, связанные с изменением физического состояния больного ребенка: страх, тревога, страдание, гнев, чувство вины;
- невротические и астенические состояния, развившиеся на фоне болезни: плохое настроение или крайняя его изменчивость, раздражительность, слабость, повышенная отвлекаемость, трудность сосредоточения, вялость, апатия и общее снижение жизненной активности;
- неприятные переживания и внутренние конфликты, которые могут стать причиной изменения социального статуса больного ребенка;
- стойкие перестройки всей личности больного, выражающиеся в формировании аномальных и эгоцентрических установок, защитных и компенсаторных механизмов, изменений самосознания.

Для врачей и родителей важно снизить воздействие негативных факторов болезни на неокрепшую психику ребенка. Например, родители, находясь рядом с больным ребенком, должны не только освободить его от тревоги и страха, но и разделить с ним боль и страдание. Добрые и умелые врачи и медсестры с помощью многочисленных лечебных процедур помогут ребенку избавиться от болезни и боли, и он снова станет здоровым и веселым. Любимые животные, игрушки, книжки, мультфильмы позволят отвлечь ребенка от неприятных ощущений и тяжелых переживаний и поэтому тоже положительно влияют на его самочувствие, настроение и течение заболевания.

4. Влияние родителей на болезнь ребенка

Родители активно влияют не только на формирование ВКБ ребенка, но и на ход проявлений внешних признаков болезни, так как представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. В еще большей мере это относится к чувствам. Среди возникающих у родителей чувств могут быть переживания вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, безразличное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Подобные переживания родителей чаще всего вызывают у больных детей аналогичные чувства, которые ложатся в основу ВКБ. Родительский гнев еще более усиливает и без того имеющееся у большинства детей чувство вины за свое поведение, вызвавшее болезнь. При тревожно-нervозном отношении родителей к любому соматическому неблагополучию ребенка и чрезмерно заботливом воспитании, как правило, у последнего возникает нереалистическая ВКБ с ипохондрической гиперпрогнозией и пессимистическими представлениями о будущем. Отрицание родителями серьезности заболевания способствует формированию ВКБ гипохондрического типа.

3. Влияние родителей и медперсонала на болезнь ребенка

Принято выделять 4 реакции родителей на болезнь ребенка, которые ведут к изменениям в психике больного и способствуют совладению с болезнью или мешают ему.

Первым, наиболее приемлемым типом реакции является принятие реальной ситуации и активность в ее преодолении. При этом родители хорошо понимают

физические, психологические, поведенческие особенности своего ребенка, знают его возможности, учитывают связанные с болезнью ограничения. Они наблюдают за ребенком, учатся помогать ему в преодолении болезни. Для этого они ищут способы развития того, что ослаблено болезнью, выдумывают специальные игры, занятия, используют совместный труд, семейные праздники. Тогда ребенок вместе с семьей учится прилагать дополнительные усилия, что бы победить болезнь, а его радость от маленьких и больших побед повышает самооужание. Задача родителей – поддерживать мужество и стойкость ребенка в борьбе с болезнью. Это сплачивает семью, превращает ее в важный лечебный фактор.

Второй тип – «паническое бессилие». Родители испуганы прогнозами врачей, болезнь воспринимают как что-то неминуемое и страшное, с чем бессмысленно бороться. У ребенка в результате возникает чувство обреченности и бессилия, он не делает усилий, направленных на преодоление болезни, которая превращает его в жертву. Родители как бы помогают ребенку лишиться будущего, перспективы.

Третий тип отношения родителей к болезни ребенка – «вытеснение». Родители «закрывают глаза» на реальное состояние ребенка, не замечают симптомов. У них появляется желание скрыть факт болезни от окружающих, страх, что ее признание может подорвать репутацию самих родителей. Ребенок страдает от того, что его жалобы, просьбы, ссылки на усталость и трудности в учебе игнорируются. Нередко при этом и на врачей, и на ребенка выплескиваются агрессия, обвинения, раздражение. За всем этим часто стоит нежелание изменить жизнь семьи, обеспечить больному ребенку дополнительный уход. При таком типе отношения он чувствует себя одиноким, виноватым и формирует нереальные сверхоптимистические ожидания.

Четвертый тип – «уход в болезнь». Болезнь для ребенка может быть защитой от сложностей жизни, особенно когда родители занимаются сверхопекой своего ребенка, защищают от школы, «выбивают» группу инвалидности. Тогда велика вероятность формирования инфантильности. Вся жизнь семьи оказывается посвященной больному ребенку, хотя такой необходимости, возможно, и нет.

На отношение родителей к больному ребенку сегодня влияет много различных обстоятельств:

1. Предшествующие впечатления и переживания (на пример, смерть одного из детей). Страх, беспокойство родителей усиливаются, они боятся повторения катастрофы и всю свою энергию сосредотачивают на оставшемся ребенке.

2. В единственном ребенке часто видят продолжателя рода, с ним связываются надежды на поддержку в старости. В такой ситуации эгоистическое воспитание сочетается с избыточной озабоченностью и опасениями относительно будущего этого ребенка. Лишая ребенка активности и инициативы, родители усугубляют его незащищенность, неприспособленность к реальной жизни, хотя при этом крайне тревожатся о его благополучии. Особенно это касается отношения к возможным или уже возникшим заболеваниям.

3. Низкий уровень собственного здоровья многих родителей, их частые болезни, переживания, связанные с тяжелыми недугами близких. В этой ситуации родители часто переносят тревогу за свое благополучие и жизнь на ребенка. Кроме того, они нередко опасаются, что из-за своих болезней они будут неспособны воспитать своего сына или дочь.

4. Получение родителями некачественной информации об опасностях тех или иных заболеваний и средовых вредностей через средства массовой информации. Это приводит к тому, что некоторые люди не столько укрепляют здоровье или хотя бы предупреждают болезни, сколько пребывают в страхе перед возможностью заражения или заболевания. Постоянно опасаясь неправильно накормить, заразить, не уберечь, перегрузить ребенка, родители в действительности не создают условий для закаливания и физических нагрузок.

5. Убежденность родителей в своих знаниях о конкретной болезни или детских болезнях вообще. В зависимости от наличия или отсутствия этих знаний одни родители с уверенностью лечат детей сами, другие «исправляют» назначения врачей, а третьи, считая, что подход к их ребенку неправильный, водят его от одного специалиста к другому. Все указанные обстоятельства проявляют себя по-разному в зависимости от индивидуальных психологических особенностей родителей. Крайне тревожные, сосредоточенные на здоровье родители создают в семье атмосферу страха, неуверенности, ожидания тяжелых болезней, а при их появлении – и плохого исхода. Эгоистичные родители, стремящиеся жить напоказ, из всего извлекать для себя преимущества, даже болезнь ребенка будут использовать для привлечения внимания к себе. Очень уверенные в своих силах и возможностях, самонадеянные часто уделяют ребенку недостаточно внимания вообще и во время болезни в частности. Некоторые из них попросту не обращают внимания на заболевание ребенка. Причиной такого поведения может быть полное отрицание болезни ребенка, отказ принять к сведению ее наличие.

Уважение к знаниям лечащего врача и медсестры и доверие ко всем их назначениям не только делают мать незаменимым сотрудником в лечебном процессе, но и создают атмосферу надежды, веры в скорый благополучный исход болезни. Ребенок чувствует настроение родителей, получающих необходимое руководство по его лечению. У него улучшается настроение и общее состояние, когда о нем заботятся родители, не только верящие в отдаленный успех, но и осознающие правильность всего того, что ему назначается.

Путь к выздоровлению больного ребенка. Выздоровление ребенка радостный момент, для достижения которого необходимо не только комплексное сотрудничество медицинского персонала с родителями, но и выполнение определенных задач с той и другой стороны.

Задачи медицинского персонала. Хорошие отношения между ребенком и медперсоналом облегчают пребывание детей в лечебных учреждениях, помогают им преодолеть все неприятности, связанные с лечением. Для достижения этого необходимо:

- хорошая атмосфера в детском отделении. Она должна быть дружелюбной, соответствовать поведению и взглядам детей, помочь им чувствовать себя как дома, облегчить привыкание к новой обстановке.
- создать хорошие контакты с детьми. О каком бы лечебном учреждении ни шла речь, будь то амбулатория или стационар, одинаково важно, чтобы ребенок, входящий в его двери, как можно скорее подружился с врачом, с сестрой. В таком случае он свободнее чувствует себя и легче, без особых вредных последствий может перенести все превратности, связанные с лечением. Сестра – особенно в отделении для детей раннего возраста – не должна забывать о том, что ей следует формировать свои отношения с больными детьми по типу отношений между матерью и ребенком.
- способствовать эмоциональному развитию ребенка, его зрелости. Заботливое, внимательное отношение к ребенку, стремление понять его, разделить его чувства во многих случаях не только свидетельствуют о хорошем уходе за больным в период лечения, но и заполняют пробелы в жизни тех детей, которые, быть может, не получают всего этого в семье. Ребенок, не получающий должного физического и духовного воспитания, попав в хорошую, здоровую атмосферу больницы, в результате соответствующих занятий с ним в период его пребывания там может даже продвинуться вперед в своем развитии, несмотря на болезнь.

Беседы с детьми, внимательное изучение их личности, при необходимости рассказывание сказок, чтение книг, просмотр диафильмов – вот те средства в работе сестры, которые окупаются сторицей. Во время игры ребенок творит, строит, находит радость и успокоение. В игре скрыта большая сила, она предоставляет возможности для познания детской личности, для терапевтического воздействия на нее. Куклы, мишки и оловянные солдатики рассказывают нам о всей обстановке жизни ребенка, о его желаниях

и потребностях, о том, чего же ему так не хватает. Мишка, которого ребенок любит и ради которого делает все возможное, или «плохая» кукла, которую он наказывает за плохое поведение, за то, что была неаккуратной и т. П., рассказывают нам об отношениях в семье ребенка, о его чувствах, о взаимоотношениях с родителями, сестрами и братьями.

Сестры, работающие в детских отделениях, должны быть уравновешенными, психически здоровыми людьми со зрелой личностью. Люди с лабильной психикой, хаотичные, с серьезными патологическими чертами личности в детских отделениях могут принести непоправимый вред, тем более, если эти патологические черты не могут корректироваться даже психотерапией. Отсутствием такта, грубостью они больше вредят, чем помогают больным, даже если четко выполняют предписания врачей.

Во многих лечебных учреждениях уже при сборе анамнеза заносят в карточку (историю болезни) ребенка данные о его привычках, о том, во что он любит играть и как его зовут обычно дома, привлекают детей к посильной работе в палате: к разрезанию бумажной ваты, выполнению различных записей, расчерчиванию тетрадей для графиков и пр. Все это очень важно с точки зрения самочувствия и выздоровления маленьких пациентов.

Задачи родителей. Родители проводят со своими детьми огромное количество времени, от их отношения к болезни ребенка, реакции на нее, зависит выздоровление. Для этого необходимо:

- поддерживать мужество и стойкость ребенка в борьбе с болезнью. Тогда ребенок вместе с семьей учится совершать дополнительные усилия, чтобы достичь того, к чему он стремится, а его радость от маленьких и больших побед повышает самоуважение. Это сплачивает семью, превращает ее в важный лечебный фактор.
- надлежащим образом выполнять все рекомендации врача.

Только объединив усилия возможно выздоровление больного ребенка без психологических, соматических последствий.

Проблема психосоматических взаимоотношений в детском возрасте не только чрезвычайно важна, но и имеет свои специфические особенности. Острота проблемы связана с тем, что число детей с различной степенью отклонений от нормы в соматической сфере в последнее время увеличивается. По некоторым данным сейчас около 80 % детей имеют такие отклонения, что, несомненно, указывает на актуальность данной темы. Одной из причин, ведущих к функциональным расстройствам организма, является действие болезни на психику в детском возрасте. Положение осложняется недостаточным изучением данного вопроса, сложностью ВКБ у ребенка, на формирование которой оказывают влияние многие факторы (половая принадлежность, особенности эмоционально реагирования, отношение родителей к болезни, действия медицинского персонала). Поэтому для успешного преодоления болезни ребенком необходима работа не только с ним, но и с семьей в целом: следует учитывать специфические представления ребенка о болезни и лечении, проводить коррекцию внутренней картины болезни. Многое, конечно, зависит от того, как относится ребенок к своей болезни и пребыванию в больнице. Часто существенное значение приобретает не само заболевание и вызванная им объективная нагрузка, а именно чувства и представления, обусловленные ими. Прежде всего, это отмечается у тех детей, которых родители пугали врачом, уколами, били их. В таких случаях дети воспринимают заболевание как результат провинности, а пребывание в больнице, лечение, уколы – как наказание. Интересно наблюдение, что дети значительно лучше переносят уколы в руку, чем в ягодичы, поскольку последние воскрешают у них горькие впечатления, связанные с побоями, наказанием. Особое значение при формировании представлений о болезни приобретают тяжесть и продолжительность заболевания, помещение в стационар, отрыв от родителей, хорошо известный как явление «госпитализма». Создав хорошую связь с ребенком, подружившись с ним и завоевав доверие, врачам можно сделать очень многое в борьбе против вредностей госпитализации. Поведение родителей во время болезни ребенка зависит от их отношения к своим детям,

от их опыта, приобретенного в ходе той же болезни у других детей, у родственников. Наиболее частой реакцией является беспокойство, озабоченность, страх родителей за своего ребенка. Нелегко приходится врачу, когда охваченные паникой родители, часто истерически реагирующие на заболевание ребенка, оказываются неспособными к критической оценке фактов. Родители должны поддержать ребенка в борьбе с болезнью. Поэтому можно сделать вывод, что для выздоровления ребенка без психологических, соматических последствий необходимо комплексное сотрудничество медицинского персонала с родителями, добросовестное выполнение возложенных обязанностей.

4. Норма и отклонение в развитии человека

Сфера нормального всегда имеет в сознании людей свои границы, а все то, что находится за их пределами, определяется как «ненормальное», «патологическое». На практике происходит оценивание индивидов по признаку соответствия или несоответствия норме, которая и определяет эти границы. Понятие *нормы* широко используется в медицине, психологии, педагогике, социологии и других науках. Попытка дать точное и единственно верное определение этому понятию, скорее всего, обречена на неудачу. Так, например, только в медицине ученые насчитывают до 200 его определений. Сложность в определении понятия «норма» не только терминологическая, но и содержательная. Например, нравственные нормы не могут быть раз и навсегда зафиксированы во всех без исключения сообществах, потому что они, во-первых, имеют национальную специфику, а потом всё время изменяются. При этом важно помнить, что норма – это некое идеальное образование, условное обозначение объективной реальности, показатель, характеризующий реальную действительность, но не существующий в ней. То, что не соответствует норме, обозначается другим словом – «отклонение».

Для социальной педагогики понятие «норма» и «отклонение от нормы» - очень важные. Они используются для характеристики процесса развития и социального поведения ребенка. *Отклонения* могут носить как негативный, так и позитивный характер. Например, отклонениями от нормы в развитии ребенка являются и умственная отсталость и талантливость. Такие негативные отклонения в поведении, как преступность, алкоголизм, наркомания и др., оказывают отрицательное влияние и на процесс социального становления человека, и на развитие общества в целом. Позитивные же отклонения в поведении, к которым можно отнести все формы социального творчества, напротив, служат развитию социальной системы.

Отклонения от нормы условно делят на 4 группы:

- *Физические отклонения* связаны со здоровьем и определяются медицинскими показателями.

- *Психический недостаток* – это временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушения речи, эмоционально-волевой сферы, как крайние формы этого вида отклонений выступают аутизм – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, и суицид – попытки к самоубийству, а также повреждения мозга, нарушения умственного развития, задержку психического развития, создающие трудности в обучении. Особую группу отклонений представляет одаренность детей. Мера одаренности и таланта устанавливается по характеру продуктов деятельности, отличающихся новизной, нестандартностью, оригинальностью и другими показателями. Сложный недостаток сочетает в себе физические и психические недостатки, подтвержденные в установленном порядке. Для диагностики физических и психических недостатков создается постоянная межведомственная психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК). В ее задачи входит проведение возможно более раннего обследования детей и выявление особенностей их развития в целях установления диагноза и удовлетворения прав ребенка на получение образования, а также консультирование родителей, педагогических, медицинских работников, социальных педагогов и других специалистов.

– *Педагогические отклонения*, когда ребёнок не получил образование, т.к. не посещал школу. Такие отклонения от нормы могут быть названы педагогическими. Педагогической нормой, или нормой образования, являются стандарты общего образования, которые приняты в стране. В соответствии с этими стандартами ребенок в определенном возрасте должен получить соответствующий уровень образования, закончить начальную, неполную среднюю (9 классов) или полную среднюю (11 классов) школу. Согласно Закону об образовании РФ обязательным является общее среднее образование.

– Социальные отклонения связаны с понятием социальная норма. Социальная норма – правила, образец действия или поведения людей или группы, которая официально установлена в обществе. Социальные нормы делятся на 2 группы: 1. универсальные, распространяющиеся на каждого человека в обществе; 2. частные, относящиеся и регулирующие определенную сферу профессиональной деятельности или жизнедеятельности людей (например, врач, учитель, социальный педагог и др.).

Особенностью социальных норм для детей является то, что они выступают фактором воспитания, в процессе которого происходит усвоение соц. норм и ценностей, вхождение в социальную среду, усвоение социальных ролей и социального опыта.

В социологической, педагогической и психологической литературе основательно проработаны проблемы детей с отклоняющимся поведением. Для этой категории детей используются различные термины: трудный, ребенок с девиантным, асоциальным поведением, с устойчивыми отклонениями в поведении. Причины отклоняющегося поведения тоже хорошо изучены. Они связаны с трудностями подросткового возраста, неопределенностью социального поведения в обществе, нестабильностью развития страны, возникающей экстренной ситуации, из которой ребенок самостоятельно найти выход не может.

Для оказания помощи таким детям создаются специализированные социальные службы. Дети, совершившие социально опасные деяния и достигшие 11 лет, по решению суда с учетом заключения ПМПК могут направляться в спец. школы или специальные профессиональные учебные заведения. Среди детей, имеющих отклонения в социальном развитии, выделяют детей, оставшихся без попечения родителей. Это дети-сироты и социальные сироты. Для них существуют специальные образовательные социальные учреждения: дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, социально-реабилитационные центры помощи детям, социальные приюты и т.д.

В реальности «чистых» отклонений не бывает. Одно отклонение провоцирует другое, одна группа отклонений накладывается на другую. Соц. отклонения у ребенка обычно имеют в качестве причин отклонения в здоровье, психические и педагогические отклонения.

Любая «поломка», любое ограничение потенциальных возможностей человека неизбежно затрагивает всю организацию в целом и ведет к «социальному выпадению». Это явление изучается учеными разных областей знания – социологии, психологии, социальной педагогики, медицины и др. Каждая из этих наук предлагает свои теории «выпадений». Так, отклонения в поведении детей, имеющих ограниченные возможности, рассматривались вначале в русле медицинской модели. Согласно этой теории, несоответствие социальной норме в поведении ребенка рассматривается как патология здоровья. В качестве причин, вызывающих отклоняющееся поведение, выдвигались эндокринные нарушения, нарушение созревания (акселерация и недоразвитие), органические мозговые нарушения, генетические отклонения и др.

На рубеже XIX-XX вв. в рамках медицинской модели сформировалась теория социальной полезности людей с ограниченными возможностями, которая получила широкое распространение во многих развитых странах. Суть ее заключается в следующем. В обществе имеются люди, физические и психические возможности которых ограничены, но это не мешает им осуществлять хотя бы элементарную социально

полезную деятельность, например, обслуживать себя или выполнять какую-либо простую работу. Это значит, что при необходимом профессиональном обучении такие люди могут материально сами себя обеспечивать, а не становиться обузой и бременем для государства, которое их должно содержать. Кроме того, они могут быть источником дешевой рабочей силы, что также выгодно государству. Таким образом, в этой теории очевиден приоритет государства над личностью. В 60-х годах XX века на смену медицинской модели пришла социальная модель, развитию которой послужила теория психоанализа. В фокусе этой модели находятся не внутренние причины (болезнь, нарушения в развитии и т. д.), а взаимосвязь между отдельным человеком и социумом. С этой точки зрения ограничение возможностей человека вызвано во многом отношением к нему окружающих людей, выделяющим его из общества, а также барьерами, которые существуют в окружающей его среде, рассчитанной прежде всего на здоровых людей. Другими словами, ограниченные возможности как проблема являются результатом социальной, экономической и политической дискриминации таких людей в обществе. Чтобы преодолеть ее, необходима интеграция людей с ограниченными возможностями в общество на их собственных условиях. В рамках социальной модели отклоняющееся поведение детей стало рассматриваться во взаимосвязи с процессами семейного воспитания и межличностного взаимодействия. С разработкой теории изменились приоритеты в объяснении социальных выпадений. Неадекватное поведение детей и подростков стало рассматриваться как деформированный процесс накопления социального опыта, как результат субъективных нарушений, связанных с семейным неблагополучием, недостаточной педагогической культурой родителей, негативным балансом поощрений и наказаний, отсутствием любви к ребенку и другими факторами. Постепенно накапливающиеся неразрешенные конфликты и приводят к отклоняющемуся поведению. А поскольку оно обусловлено не только болезненными-процессами, на которые практически невозможно влиять, становится возможной его коррекция. Таким образом, социальная модель позволила рассматривать поведение ребенка не только как отклоняющееся, но и корректирующееся. Работа социального педагога направлена на профилактику отклонений, предупреждения нарушений определенных норм и правил, принятых в обществе, а также – на реабилитацию детей, в развитии которых установлены те или другие отклонения. Для работы социального педагога важное значение имеет пограничная зона между нормой и отклонением. В социальных отклонениях между нормальным типом поведения и отклоняющимся располагается большое количество стадий, переходных ступеней от нормы к отклонению. Поэтому бывает сложно провести четкую грань между естественным проявлением характера ребенка и отклонениями в нем.

Рассмотрим еще одно базовое понятие – «социально-психологический норматив» – предложенное К. М. Гуревичем. Понятие **«социально-психологический норматив»** (СПН) «...в сжатом виде можно определить как систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов». Чтобы успешно функционировать в конкретном обществе, каждый человек должен отвечать тем требованиям, которые к нему предъявляются. Эти требования и составляют содержание СПН и являются идеальной моделью системы требований социальной общности к личности. В свою очередь, СПН следует рассматривать в системе образовательно-возрастных границ, что как бы выделяет определенный разброс, «коридор», определяющий качественно-количественные показатели каждого конкретного СПН. И далее: «Требования, составляющие содержание СПН, вполне реальны, они присутствуют в образовательных программах, в квалификационных профессиональных характеристиках, общественном мнении учителей, воспитателей, родителей. Такие нормативы историчны, они носят гео-социо-этнический характер, они меняются вместе с развитием общества... Время их существования зависит от отнесенности к той или иной сфере психического, с одной стороны, и от темпов развития общества – с другой». Таким образом, динамически объединив понятия «программа развития» и «социально-

психологический норматив» в контексте вышеприведенных определений, Н. Я. Семаго и М. М. Семаго изменения (девиации) «программы развития (одной или одновременно нескольких психических функций) в рамках (в пределах) параметров социально-психологического норматива предлагают рассматривать как «условно нормативное развитие». То есть условно-нормативное развитие представляется в виде некоего «коридора», «области нормативного развития», границы которой определяются действующим в конкретном месте и времени социально- психологическим нормативом, определяемым, в свою очередь, образовательной, социокультурной, этнической и т. п. ситуациями. В настоящее время, как уже отмечалось, появилось значительное количество детей, у которых отклонения в развитии нельзя отнести к таким «классическим» видам, но испытывающих значительные, выходящие за нормативные границы трудности адаптации, обучения, воспитания, развития в целом. Продолжая эту мысль, следует сказать, что большинство исследований свидетельствует о резком усложнении структуры и значительном увеличении сочетанных нарушений у различных категорий детей, появлении на рубеже 90-х годов новых форм отклонений и несформированности определенных сфер психического развития ребенка. Особенно сложными стали пограничные случаи, когда дифференциальная диагностика должна дать ответ на вопрос, к какой категории «отклонений» в развитии должно быть отнесено состояние ребенка, чтобы эффективно, без ошибки можно было определить не только тип образовательного учреждения в соответствии с его возможностями или индивидуализировать программу образования и воспитания, но и построить программу коррекционной работы. Положение усугубляется все большим информационным и содержательным насыщением программ как дошкольного, так и школьного образования вдобавок сочетающимся с ухудшением общего состояния здоровья детей. Все это сопровождается резким изменением общей социокультурной ситуации в стране, появлением новых культурологических образований, уходом традиционной «культуры двора», изменением физического и эмоционального пространства существования ребенка, в том числе искажением естественной ритмики развития ребенка и другими не менее неблагоприятными факторами. В совокупности все это косвенно или непосредственно оказывает общее негативное влияние на специфику формирования психических функций ребенка. Кроме того, существуют особые формы дизонтогенеза, достаточно сложные для психолого-педагогической диагностики и, соответственно, для применения к ним имеющегося терминологического и понятийного аппарата. К таким формам дизонтогенеза в первую очередь относятся «нарушения нейробиологических закономерностей развития мозговой организации психической деятельности ребенка». Это определение очерчивает специфическую группу детей с несформированностью или атипичным формированием функциональной или межфункциональной организации мозговой деятельности. К какой категории «отклонений в развитии», «проблемного развития» их отнести? Кто и в каких случаях должен работать с такими детьми? Между тем проблемы полноценного развития и обучения этих детей подчас могут быть неразрешимы в условиях общеобразовательных программ дошкольного и школьного образования. Они требуют серьезного вмешательства специалистов и применения методов диагностики, развития, а порой и коррекции, выходящих за пределы существующих общеобразовательных программ. В то же время количество таких детей всё возрастает.

Рассмотрим ряд вариантов классификаций психического дизонтогенеза, разработанных в современной психологии и психиатрии. Г. Е. Сухарева (1959) с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие, Л. Каннер (1955) – недоразвитие и искаженное развитие. Клинически близкой к классификациям Л. Каннера и Г. Е. Сухаревой является классификация нарушений психического развития, предложенная Я. Лутцем (1968), в которой выделяются пять типов нарушений психического развития. Необратимое недоразвитие связывается автором с моделью

олигофрении; дисгармоническое развитие – с психопатией; регрессирующее развитие – с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией; альтернирующее развитие, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое, по мнению автора, при самой различной соматической и психической патологии; и, наконец, развитие, измененное по качеству и направлению, наблюдаемое при шизофреническом процессе. По мнению Г. К. Ушакова и В. В. Ковалева (1973), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются два: ретардация, т. е. замедление или стойкое психическое недоразвитие, как общее, так и парциальное; асинхрония как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации. Термин «психический дизонтогенез» достаточно широко использовался и используется в психологической литературе. Применительно к психическому развитию детей он наиболее полно освещен в работах Лебединского В. В. По мнению автора, психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами: 1) недоразвитие, 2) задержанное развитие, 3) поврежденное развитие, 4) дефицитарное развитие, 5) искаженное развитие, 6) дисгармоническое развитие. Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий, исходя из основного качества нарушения развития. Выделяются следующие группы аномалий: а) вызванные отставанием развития: недоразвитие, задержанное развитие; б) в которых ведущим признаком является диспропорциональность (асинхрония) развития: искаженное и дисгармоническое развитие; в) вызванные поломкой, выпадением отдельных функций: поврежденное и дефицитарное развитие.

1. Недоразвитие. Для дизонтогенеза по типу общего стойкого недоразвития наиболее типично раннее время поражения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь, наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития. Типичным примером стойкого недоразвития является олигофрения.

2. Задержанное развитие. Для психического дизонтогенеза по этому типу характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сферы с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Подробнее на данном виде дизонтогенетического развития мы остановимся далее, а пока отметим, что парциальность поражения отличает задержанное развитие от стойкого психического недоразвития по типу олигофрении и определяет лучший прогноз динамики развития и коррекции.

3. Поврежденное развитие имеет ту же этиологию (наследственные заболевания; внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие связано с более поздним патологическим воздействием на мозг. В. В. Лебединский отмечает, что компонент повреждения присутствует почти при всех видах аномального развития, он является либо осложняющим фактором, либо пусковым механизмом, например в случае замедления темпа развития и т. д.

4. Дефицитарное развитие. Это особый вид дизонтогенеза, связанный с тяжелыми нарушениями развития. Этот термин предложен В. В. Ковалевым (1976, 1979) в отношении патологического формирования личности детей с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также хроническими соматическими заболеваниями, при которых дефицитарность в сенсорной, моторной, соматической сферах обуславливает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы.

5. Искажённое развитие. При таком развитии наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований. Искажённое развитие чаще свойственно ряду процессуальных наследственных заболеваний. Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма.

6. Дисгармоничное развитие по своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие. Но основой этого вида дизонтогенеза является не текущий болезненный процесс, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере.

Классификацию В. В. Лебединского можно считать наиболее отвечающей как по психологическому содержанию, так и по терминологии задачам специальной психологии. Плюсом классификации следует считать ее «прозрачность», то есть достаточную понятность ее терминологии для специалистов «смежных» профессий (медицинских работников, педагогов-дефектологов и др.). Для полноты описания современных клинико-психологических классификаций нельзя не остановиться хотя бы на перечислении синдромов онтогенеза психики дезадаптивной части детской популяции, используемых в рамках нейропсихологии детского возраста. В основе данной классификации лежит деление на «синдромы несформированности», «синдромы дефицитарности» и «атипию развития». Таким образом, нейропсихологическая классификация отклоняющегося развития принимает следующий вид: 1) функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга; 2) функциональная несформированность левой височной области; 3) функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистое тело); 4) функциональная несформированность правого полушария мозга; 5) функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер); 6) функциональная дефицитарность стволовых образований мозга; дисгенетический синдром; 7) атипия психического развития. Предлагаемое деление методологически связано с учетом онтогенеза развития ребенка, при котором субкортикальные образования к концу первого года жизни практически завершают свое структурно-морфологическое развитие. Следовательно, строго говоря, начиная с этого возраста их состояние может обозначаться как «предпатологическое, «субпатологическое», но никак не «несформированное». С точки зрения нейропсихологического языка описания «функциональная несформированность» может иметь место только там, где продолжается морфогенез той или иной мозговой структуры. Каждый из представленных синдромов определяет своеобразие всей совокупности психической феноменологии, и психической деятельности ребенка. Представляется важным, что такие параметры, как квалификация актуального психического статуса, определение в ретроспективе (включая и внутриутробный период) времени и места «поломки», соотнесение ситуации развития ребенка с возрастными нормативами и идеальным уровнем развития всех высших психических функций (ВПФ), должны быть описаны не только на языке психических процессов, но и на языке нейропсихологии. В результате и образуется интегративный статус, позволяющий выбрать адекватные развивающие и коррекционные программы, соответствующие характеру онтогенеза ребенка.

5. Система консультативно-диагностической, коррекционно-педагогической, реабилитационной работы с детьми с проблемами в развитии

Коррекционно-педагогическая деятельность представляет собой систему специальных психолого-педагогических, социокультурных и лечебных мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психофизического развития детей с особыми потребностями, сообщение им необходимых и доступных знаний, умений и навыков, развитие и формирование их личности в целом. Сущность коррекционного образования состоит в формировании психофизических функций ребенка и обогащении его практического опыта наряду с преодолением или ослаблением, сглаживанием, имеющихся у него нарушений психики, сенсорики, моторики, поведения.

Система специальных коррекционных учебно-воспитательных учреждений создана с целью осуществления обучения, воспитания и лечения детей и подростков с различными отклонениями психофизического здоровья. Данная система является основой института специального образования детей и подростков с ограниченными возможностями. Ее функции сводятся к следующим:

- 1) абилитационно-реабилитационная;
- 2) корригирующая;
- 3) компенсирующая;

- 4) социально-бытовая;
- 5) профессионально-трудовая.

Их реализация осуществляется посредством деятельности специальных коррекционно-реабилитационных учреждений. Выделяют следующие типы учреждений: дома ребенка, детские дома, дома-интернаты, специальные детские сады и группы, школы и школы-интернаты, реабилитационные центры, профессионально-технические училища. Для достоверной диагностики физических и (или) психических недостатков у детей, определения их специальных образовательных потребностей, для консультирования родителей по вопросам физической и (или) психической недостаточности детей создаются сети постоянных межведомственных психолого-медико-педагогических консультаций (комиссий). В состав комиссии обязательно входят следующие специалисты: 1) психолог; 2) врачи: психиатр, невропатолог, ортопед, отоларинголог, окулист, терапевт; 3) специальные педагоги: логопед, олигофренопедагог, сурдопедагог, тифлопедагог; 4) социальный педагог; 5) юрист; 6) представители соответствующих органов управления образованием, здравоохранением и социальной защитой.

Кроме того, создаются разнопрофильные центры реабилитации для обучения и воспитания детей и взрослых в возрасте до 21 года с тяжелыми и сложными недостатками развития. Задачами таких центров являются формирование навыков общения и самообслуживания, элементарных трудовых навыков и проведение образовательных занятий по индивидуальным программам обучения. В настоящее время в Российской Федерации около 5% детей относятся к категории детей с ограниченными возможностями, вызванными различными отклонениями в состоянии здоровья, которые нуждаются в специальной системе образования и поддержки. Для определения образовательного маршрута ребенка необходимо провести комплексную психолого-медико-педагогическую диагностику. Эту работу в системе образования выполняют Психолого-медико-педагогические комиссии и Психолого-педагогические-медико-социальные центры (ППМС-центры).

Психолого – медико – педагогические комиссии (ПМПК). ПМПК является учреждением системы образования и реализует консультативно диагностическую и коррекционно-педагогическую деятельность в отношении детей с отклонениями в развитии от рождения до 18 лет. К структурным единицам ПМПК относятся:

1-й уровень – психолого– медико – педагогические консилиумы (ПМП–консилиумы) образовательных учреждений;

2-й уровень – психолого–медико – педагогические комиссии (ПМПК) муниципального уровня (районные, городские);

3-й уровень – психолого–медико – педагогические комиссии регионального уровня (Р)ПМПК: областные, краевые, республиканские.

Цель ПМПК – организация помощи детям с отклонениями в развитии на основе проведения комплексного диагностического обследования и определения специальных условий для получения ими образования и необходимого медицинского обслуживания.

Основными задачами ПМПК являются:

- своевременное выявление, предупреждение и динамическое наблюдение за детьми с отклонениями в развитии;
- комплексная, всесторонняя, динамическая диагностика отклонений в развитии ребенка и его потенциальных возможностей;
- определение специальных условий развития, воспитания, обучения детей с отклонениями в развитии;
- содействие и инициирование организации условий развития, обучения и воспитания, адекватных индивидуальным особенностям ребенка;
- внедрение современных технологий диагностики и коррекционной работы с детьми;

- формирование банка данных о детях и подростках с отклонениями в развитии;
- своевременное направление детей в научно-исследовательские, лечебно-профилактические, оздоровительные, реабилитационные и другие учреждения при возникновении трудностей диагностики, неэффективности оказываемой помощи;
- консультирование родителей (законных представителей), педагогических и медицинских работников, непосредственно представляющих интересы ребенка в семье и образовательном учреждении;
- участие в просветительской деятельности, направленной на повышение психолого-педагогической и медико-социальной культуры населения;
- содействие процессам интеграции в обществе детей с отклонениями в развитии.

Психолого–педагогические–медико–социальные центры (ППМС – центры).

Основными задачами учреждения являются:

- оказание помощи детям, испытывающим трудности в усвоении образовательных программ;
- осуществление индивидуально ориентированной педагогической, психологической, социальной, медицинской и юридической помощи детям;
- оказание помощи другим общеобразовательным учреждениям по вопросам обучения и воспитания детей с проблемами школьной и социальной адаптации.

Основными направлениями деятельности учреждения являются:

- организация образовательной деятельности по общеобразовательным программам (основным, дополнительным) и начального профессионального образования в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей, состоянием их соматического и психического здоровья;
- диагностика уровня психического, физического развития и отклонений в поведении детей; организация коррекционно-развивающего и компенсирующего обучения;
- психокоррекционная и психопрофилактическая работа с детьми;
- проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий;
- оказание помощи обучающимся в профориентации, получении профессии, трудоустройстве и трудовой адаптации; анонимное консультирование детей с целью снятия стресса.

Учреждения образования. После проведения комплексной диагностики специалисты ПМПК, ППМС-центра должны ознакомить родителей с предполагаемым образовательным маршрутом для ребенка. В настоящее время в системе образования РФ возможны следующие варианты по оказанию помощи в развитии и обучении детям с проблемами в развитии.

1. Служба Ранней помощи (СРП). Для детей в возрасте от 0 до трех лет. с проблемами в развитии на территории РФ создаются Службы Ранней помощи (раннего вмешательства) и Лекотеки. Высокая эффективность психолого-медико-педагогической помощи детям грудного и раннего возраста с отклонениями в развитии доказана мировой практикой. В историческом плане раннее вмешательство в большинстве развитых стран выделилось из сферы медицины и перешло в сферу образования. Такое организационное перемещение было связано с развитием международного права в области защиты детей и вытеснения медицинских методов абилитации психолого-педагогическими. В России, на фоне демократических преобразований и изменения федерального закона об образовании, среди специалистов в области педиатрии, детской неврологии, детской психологии и дефектологии появился интерес к достижениям зарубежных коллег в указанной области и возникло желание создавать аналогичные службы.

Задачи службы ранней помощи

- адаптация членов семьи к появлению в ее составе ребенка-инвалида,

- поддержка усилий родителей, направленных на улучшение качества жизни ребенка, его воспитание и обучение, развитие независимости, подготовку к интеграции в социум,
- проведение абилитации,
- ориентировка родителей в соответствующих социально-правовых вопросах, а также в организациях, оказывающих необходимую помощь и услуги.

В основе деятельности СРП лежат следующие принципы:

- воздействие на семью в целом,
- партнерские отношения специалистов и родителей,
- поддержка инициативы родителей и их объединения для расширения возможностей и видов помощи детям, включая вовлечение родителей в работу непосредственно в СРП,
- создание условий для непрерывного профессионального роста сотрудников и расширения области их компетентности,
- ориентировка на передовой отечественный и зарубежный опыт, имеющиеся международные стандарты,
- координация деятельности СРП с региональными учреждениями здравоохранения, образования и социальной защиты,
- сотрудничество с государственными и общественными организациями, имеющими сходные цели,
- сотрудничество с местными органами власти.

В СРП сложились следующие формы работы: а) медицинская экспертиза, б) домашнее визитирование, в) групповые занятия, г) пролонгированное консультирование, д) семинары для родителей, е) психотерапевтическая работа с родителями, ж) семинары для родителей.

2. Лекотека. Лекотека реализует коррекционные и образовательные программы, а также психологическое сопровождение семьи на основе использования игровых методов и ресурсов Лекотеки. *Цель Лекотеки* – обеспечение психолого-педагогического сопровождения детей от 2 месяцев до 11 лет с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями и их семей с использованием игро- и арт-терапевтических методов для социализации, поддержки развития личности детей и формирования предпосылок учебной деятельности.

Основными задачами Лекотеки являются:

- проведение психопрофилактики, психотерапии и психокоррекции при помощи игры у детей от 2 месяцев до 11 лет с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями
- обучение родителей (законных представителей), специалистов образовательных учреждений, педагогов других учреждений методам игрового взаимодействия с детьми, имеющими нарушения в развитии, и пользованию средствами Лекотеки.
- психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей с нарушениями в развитии, включая детей-инвалидов, от 2 месяцев до 11 лет.
- психолого-педагогическое обследование детей от 2 месяцев до 11 лет с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями (с согласия родителей);
- помощь родителям в подборе адекватных средств общения с ребенком.
- подбор индивидуальных техник формирования предпосылок учебной деятельности ребенка.
- поддержка инициатив родителей в области организации программ взаимодействия семей, обслуживаемых Лекотекой.

3. Группы кратковременного пребывания в дошкольных образовательных учреждениях разных видов. *Цели и задачи организации групп кратковременного пребывания:*

- оказание своевременной систематической психолого-медико-педагогической помощи детям, в том числе и детям с проблемами в развитии,
- консультативно-методическая поддержка родителей (законных представителей) в организации воспитания и обучения ребенка,
- социальная адаптация детей и формирование предпосылок учебной деятельности

По результатам социально-педагогического исследования были выделены следующие модели кратковременного пребывания детей в дошкольном образовательном учреждении:

- кратковременное пребывание детей 3-7 лет в закреплённой группе детского сада;
- кратковременное пребывание детей 3-7 лет в специально выделённом групповом помещении;
- адаптационные группы кратковременного пребывания детей ясельного возраста, которые затем будут посещать данное дошкольное образовательное учреждение, прогулочные группы;
- семейные группы кратковременного пребывания (для детей 1-3 лет и их родителей) в специально организованных семейных комнатах;
- группы кратковременного пребывания по обслуживанию детей 2-7 лет специалистами и медицинским персоналом дошкольного образовательного учреждения в кабинетах (это могут быть и коррекционные группы кратковременного пребывания);
- патронажные услуги для детей-инвалидов, которые оказываются на дому, в сочетании с кратковременным пребыванием детей в детском саду;
- группы кратковременного пребывания детей 5-7 лет по подготовке их к школе в вечернее время;
- группы выходного дня.

Данная классификация, возможно, со временем будет уточнена и дополнена по мере дальнейшего развития новых форм дошкольного образования.

4. Интегративные группы в дошкольных образовательных учреждениях комбинированного вида. В ДОУ комбинированного вида могут быть организованы общеразвивающие, компенсирующие, оздоровительные группы в разном сочетании. Внедрение в практику дошкольных образовательных учреждений интегрированного воспитания и обучения позволяет расширить охват детей необходимой коррекционно-педагогической и медико-социальной помощью, максимально приблизить ее к месту жительства ребенка, обеспечить родителей (законных представителей) консультативной поддержкой, а также подготовить общество к принятию человека с ограниченными возможностями.

Особое внимание должно уделяться интеграции детей раннего возраста, которая способствует достижению ребенком с отклонениями равного или близкого по возрастной норме уровня общего и речевого развития и позволяет ему на более раннем этапе своего развития влиться в среду нормально развивающихся сверстников

Задачи создания интегративных групп:

- осуществление ранней, полноценной социальной и образовательной интеграции воспитанников с отклонениями в развитии в среду нормально развивающихся сверстников путем создания условий для разнообразного общения детей в дошкольном образовательном учреждении;
- проведение коррекционно-педагогической, медико-психологической и социальной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии;
- оказание необходимой коррекционно-педагогической поддержки воспитанникам, не имеющим выраженных первичных отклонений в развитии но отстающим от возрастной нормы;
- обучение родителей (законных представителей) педагогическим технологиям сотрудничества со своим ребенком, приемам и методам воспитания и обучения, оказание им психологической поддержки.

5. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения. Для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии существуют следующие специальные (коррекционные) образовательные учреждения:

- специальная (коррекционная) начальная школа – детский сад;
- специальная (коррекционная) общеобразовательная школа;
- специальная (коррекционная) общеобразовательная школа–интернат.

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения создаются для глухих, слабослышащих и позднооглохших, слепых, слабовидящих и поздноослепших детей, детей с тяжелыми нарушениями речи, с нарушением опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, для умственно отсталых и других детей с отклонениями в развитии.

Основными задачами специального (коррекционного) учреждения являются:

- оказание помощи детям, испытывающим трудности в усвоении образовательных программ;
- осуществление индивидуально ориентированной педагогической, психологической, социальной, медицинской и юридической помощи детям;
- оказание помощи другим общеобразовательным учреждениям по вопросам обучения и воспитания детей с проблемами школьной и социальной адаптации.

Основными направлениями деятельности специального (коррекционного) учреждения являются:

- организация образовательной деятельности по общеобразовательным программам (основным, дополнительным) и начального профессионального образования в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей, состоянием их соматического и психического здоровья;
- диагностика уровня психического, физического развития и отклонений в поведении детей;
- организация коррекционно-развивающего и компенсирующего обучения;
- психокоррекционная и психопрофилактическая работа с детьми;
- проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий;
- оказание помощи обучающимся в профориентации, получении профессии, трудоустройстве и трудовой адаптации;
- анонимное консультирование детей с целью снятия стресса.

Специфика образовательного процесса, направление деятельности по реабилитации обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, а также уровень реализуемых образовательных программ определяются Министерством образования Российской Федерации по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации в зависимости от вида специального (коррекционного) образовательного учреждения.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение (далее – коррекционное учреждение) I вида создается для обучения и воспитания неслышащих детей, их всестороннего развития в тесной связи с формированием словесной речи как средства общения и мышления на слухо-зрительной основе, коррекции и компенсации отклонений в их психофизическом развитии, для получения общеобразовательной, трудовой и социальной подготовки к самостоятельной жизни. Коррекционное учреждение I вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнем общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- 1 ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 5–6 лет (в зависимости от учебных предметов) или 6–7 лет (с учетом подготовительного класса);
- 2 ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 5–6 лет);
- 3 ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения – 2 года).

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида.

Коррекционное учреждение II вида создается для обучения и воспитания слабослышащих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших детей (оглохших в дошкольном или школьном возрасте, но сохранивших самостоятельную речь), всестороннего их развития на основе формирования словесной речи, подготовки к свободному речевому общению на слуховой и слухо-зрительной основе. Для обеспечения дифференцированного подхода в обучении слабослышащих и позднооглохших детей создаются два отделения:

- 1 отделение – для воспитанников с легким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха;
- 2 отделение – для воспитанников с глубоким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха.

Коррекционное учреждение II вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- 1 ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения в 1 отделении – 4–5 лет, во 2 отделении – 5–6 или 6–7 лет);
- 2 ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения в 1 и 2 отделениях – 6 лет).
- 3 ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения в 1 отделении – 2 года).

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения III и IV видов.

Коррекционные учреждения III и IV видов обеспечивают обучение, воспитание, коррекцию первичных и вторичных отклонений в развитии у воспитанников с нарушениями зрения, развитие сохранных анализаторов, формирование коррекционно-компенсаторных навыков, способствующих социальной адаптации воспитанников в обществе. В коррекционное учреждение III вида принимаются незрячие дети, а также дети с остаточным зрением (0,04 и ниже) и более высокой остротой зрения (0,08) при наличии сложных сочетаний нарушений зрительных функций, с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте.

Коррекционное учреждение III вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- 1 ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 4–5 лет);
- 2 ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 5–6 лет);
- 3 ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения – 2 года).

Общий срок обучения – 12 лет.

В коррекционное учреждение IV вида принимаются слабовидящие дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу с переносимой коррекцией. При этом учитывается состояние других зрительных функций (поле зрения, острота зрения для близи), форма и течение патологического процесса. Также могут быть приняты дети с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях, при наличии астенических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии. Кроме того, в коррекционное учреждение IV вида принимаются дети с косоглазием и амблиопией, имеющие более высокую остроту зрения (выше 0,4) для продолжения лечения зрения. Коррекционное учреждение IV вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- 1 ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 4 года);
- 2 ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 6 лет);
- 3 ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения – 2 года).

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида.

Коррекционное учреждение V вида создается для обучения и воспитания детей с тяжелой речевой патологией, оказания им специализированной помощи, способствующей преодолению нарушений речи и связанных с ними особенностей психического развития. Коррекционное учреждение V вида имеет в своем составе два отделения или одно отделение.

В 1 отделение принимаются дети, имеющие общее недоразвитие речи тяжелой степени (алалия, дизартрия, ринолалия, афазия), а также дети, страдающие общим недоразвитием речи, сопровождающимся заиканием. Во 2 отделение принимаются дети с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи. Коррекционное учреждение V вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

в 1 отделении:

- 1 ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 4-5 лет);
- 2 ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 6 лет);

во 2 отделении:

- 1 ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 4 года);
- 2 ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 6 лет).

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида.

Коррекционное учреждение VI вида создается для обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (с двигательными нарушениями различной этиологии и степени выраженности, детским церебральным параличом, с врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата, вялыми параличами верхних и нижних конечностей, парезами и парапарезами нижних и верхних конечностей), для восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития детей, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практической деятельности. Коррекционное учреждение VI вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- 1 ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 4–5 лет);
- 2 ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 6 лет);
- 3 ступень – среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения – 2 года).

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида.

Коррекционное учреждение VII вида создается для обучения и воспитания детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость, для обеспечения коррекции их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизации познавательной деятельности, формирования навыков и умений учебной деятельности. Коррекционное учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

- 1 ступень – начальное общее образование (нормативный срок освоения – 3–5 лет).
- 2 ступень – основное общее образование (нормативный срок освоения – 5 лет).

Прием детей в коррекционное учреждение VII вида осуществляется только в подготовительный, 1 и 2 классы (группы) (в 3 класс – в порядке исключения).

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида.

Коррекционное учреждение VIII вида создается для обучения и воспитания детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии средствами

образования и трудовой подготовки, а также социально–психологической реабилитации для последующей интеграции в общество. Сроки обучения в коррекционном учреждении VIII вида могут быть девять–одиннадцать лет (с выдачей обучающимся свидетельств установленного образца). Согласно нормативно-правовым положениям, в современной общеобразовательной школе для детей с трудностями в обучении создаются 2 основных вида классов - классы компенсирующего обучения и классы выравнивания. Кроме того, в некоторых ОУ создаются классы педагогической поддержки, классы адаптации, здоровья и т. д.

КРО в классах выравнивания и классах компенсирующего обучения определяется нормативно-правовыми положениями МО РФ и строится на основе организационно-педагогических и научно-методических положений Концепции КРО, разработанной Институтом коррекционной педагогики, а также психолого-педагогических принципов развивающего обучения. Классы выравнивания создаются для обучения детей с ЗПР, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдается слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость.

Классы компенсирующего обучения создаются в ОУ для детей, испытывающих затруднения в освоении общеобразовательных программ. Их основная цель - создание адекватных условий воспитания и обучения, позволяющих предупредить дезадаптацию таких детей в условиях ОУ. В классах компенсирующего обучения принимаются дети группы риска. К этой группе относятся дети в силу различных причин приходят в школу физически и психически ослабленными, социально запущенными, с риском социальной и школьной дезадаптации. Это дети «с сохранным интеллектом», значительно более низкими в сравнении со сверстниками адаптационными возможностями.

Дети группы риска не имеют выраженных отклонений в развитии, т.е. у них нет ЗПР церебрально-органического генеза, умственной отсталости, выраженных нарушений речи, слуха, зрения, двигательной сферы. При интеллектуальном развитии, соответствующем возрастной норме, эти дети обнаруживают низкую работоспособность, повышенную утомляемость и отвлекаемость, импульсивность, гиперактивность, низкий уровень производительности психических функций и деятельности, несформированность учебной мотивации и познавательных интересов.

Создание специальных классов КРО позволяет обеспечить оптимальные педагогические условия для детей с трудностями в обучении и проблемами в физическом и нервно-психическом здоровье. Необходимым моментом организации КРО в данных классах является динамическое наблюдение за продвижением каждого ребенка. Наблюдение производится психологической службой школы. Результаты наблюдений обсуждаются не менее 1 раза в четверть на малых педсоветах и консилиумах.

При изучении школьников принимаются во внимание следующие *показатели*:

- Физическое состояние и развитие ребенка: динамика физического развития, особенности слуха и зрения, особенности развития опорно-двигательной сферы, координация движений, особенности работоспособности (утомляемость, истощаемость, рассеянность, количество ошибок к концу урока или при однообразных видах деятельности).
- Особенности и уровень познавательных процессов: особенности восприятия пространства и времени, особенности внимания, памяти, мышления, речи, познавательные интересы, любознательность.
- Отношение к учебной деятельности, особенности мотивации, уровень освоения учебной деятельности.
- Особенности эмоционально-волевой сферы: эмоционально-волевая зрелость, преобладающее настроение, особенности самооценки, отношение со сверстниками, поведение в школе и дома, нарушения поведения, вредные привычки.

- Особенности усвоения ЗУН, предусмотренных программой.

Научной основой КРО являются положения гуманистической педагогики. Основная ценность образования - человек, ребенок. Образование и воспитание должны помочь ему стать человеком, стать самим собой. Теоретические предпосылки для образовательной коррекционно-развивающей практики созданы научной школой Л.С. Выготского.