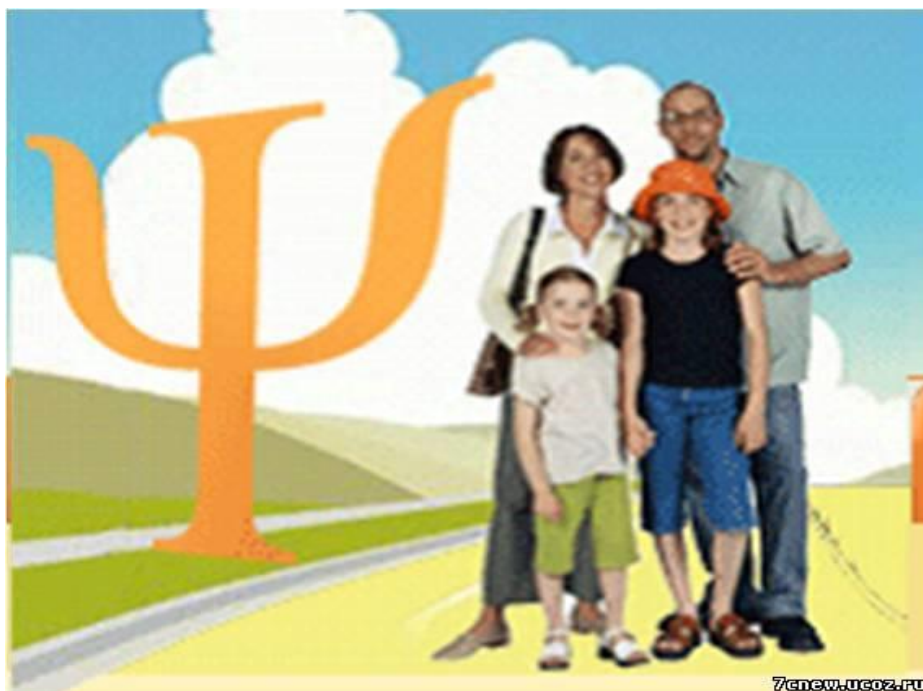


Қазақстан Республикасының Білім және ғылым министрлігі

«Мирас» университеті

Омарова Г.Ә.

**АРНАЙЫ ПЕДАГОГИКА ЖӘНЕ ЛОГОПЕДИЯ пәнінен
оқу-әдістемелік құрал**



Шымкент 2015

Қазақстан Республикасының білім және ғылым министрлігі
«Мирас» университеті

Омарова Г.Ә.

АРНАЙЫ ПЕДАГОГИКА ЖӘНЕ ЛОГОПЕДИЯ

пәнінен оқу-әдістемелік құрал

ӘОЖ 37.013:159.9(574)
ББК 88.073.я7
О 69

Пікір білдіргендер:

Атемова Қ.Т.-педагогика ғылымдарының докторы, профессор

Шоманбаева А.О. – психология ғылымдарының кандидаты

Омарова Г.Ә.

О 69 АРНАЙЫ ПЕДАГОГИКА ЖӘНЕ ЛОГОПЕДИЯ

оқу-әдістемелік құрал. - Шымкент: «Нұрлы бейне» баспаханасы, 2015. – 92 бет.

ISBN 9965-03-197-5

Оқу-әдістемелік құралда «Арнайы педагогика және логопедия» курс пәнінің түрлі аспектілері қарастырылған. Білім беру жүйесінде арнайы психологиялық көмекті ұйымдастыру сұрақтарына, келешек маманның мамандық құзыретінің шегінде психокоррекциялық жұмысының мәселелерінің сұрақтарына ерекше көңіл бөлінген.

Арнайы педагогика және логопедия пәнінің оқу-әдістемелік құралы жоғары оқу орындарындағы педагогикалық мамандықтағы студенттерге, оқытушылар мен тәрбие саласындағы қызметкерлерге көмекші құрал ретінде ұсынылады.

О 69

ӘОЖ 37.013:159.9(574)

ББК 88.073.я7

ISBN 9965-03-197-5

Омарова Г.Ә. 2015
«Нұрлы бейне» баспаханасы, 2015

АЛҒЫ СӨЗ

Бұл оқу-әдістемелік құрал «Арнайы педагогика және логопедия» пәні бойынша педагогикалық бағдардағы жоғары және орта арнайы оқу орындарының студенттеріне, мектеп мұғалімдеріне, әлеуметтік педагог-психологтарға көмекші құрал ретінде ұсынылады.

Қоғамдық сананы адамгершілікке тарту, қазіргі әлеуметтік құқық сияқты, мағынасы адамның немесе оның әлдебір сапаларын және қасиеттерін түзету (коррекция) болып келетін терминологияны әдепсіз (этикалық емес) деп санайды. Адамның дербестілікке, өзінділікке, оның әлдебір ерекшеліктерін, оның ішінде өмір сүруінің шектеулі мүмкіндіктерін де, қоғамның тануы мен ескеруіне құқығы бар. Қоғам мұндай адамға, коррекция емес, көмек (медициналық, педагогикалық, психологиялық) ұсынуға міндетті. Тұлғаға қатысты жалпы әңгіме адамның өзі немесе денсаулық мен өмір сүрудің мүмкіндіктері шектеулі баланың ата-анасы таңдауы, қабылдауы немесе қабылдамауы мүмкін тек педагогикалық көмек, арнайы білімдік қызмет көрсету туралы. «Коррекция» термині, қолданысқа құқығы бола тұра, осындай арнайы педагогикалық көмектің жеке технологиялық компоненттеріне немесе мүмкіндіктері шектеулі адамды қоршаған ортаға қатысты болуы мүмкін.

Қазіргі оқу-тәрбие үрдісінде жаңа деңгейлі бағыт жүргізіледі:

«Мұғалім баланың қателерін, табиғи ұйымдасуының кемшіліктерін түзету үшін емес, қоғам мәдениетінің деңгейіне, баланың табиғи және шығармашылық әлеуетіне сай келетін формаларды табу үшін, өзінің мамандық мүмкіндіктерін барынша қолдануға шақырылады. Бала - ықпал ету объектісі ғана емес, мұғалімнің өзінің мәдени және маманды өсу көзі болып келеді» (Н.М.Трофимова).

Бұл бағыт бұзылыстың алғашқы кезеңдерінде арнайы көмекті қажет ететін балаларға қатысты жағдайларда ерекше рөл атқарады. Белгілі, бала жастағы кейбір бұзылыстардың ерекшеліктері - олардың қайтарылуы болып келеді, бұл бала миының жоғары пластикасымен байланысты. Осымен байланысты педагогикалық жоғару оқу орындары студенттері үшін қазіргі кезеңде арнайы психология мен арнайы педагогика сияқты ғылым білімдерінің интеграциясы өте көкейкесті болып отыр. Арнайы

психология мәліметтерінің негізінде психикалық дамуында бұзылыстың түрлі типтері бар адамдардың оқу, тәрбие және әлеуметтік бейімделу жүйелері құрылады, оқытудың едәуір тиімді әдістері, кәсіби кеңестер мен кәсіби бағдарлардың жүйесі анықталады.

Автор студенттерді дәстүрлі көздер негізінде педагогикалық ғылымдарды меңгерудің озушы, рефлексивті және шығармашылық сипатына бағыттайды.

Бұл оқу-әдістемелік құралының мазмұны жалпы білімді алуға ғана емес, алынған білімді өзінің ғылыми және тәжірибелік іс-әрекетінде, адамгершілік мақсатында, қолдануға мүмкіндік береді.

Құралда Арнайы педагогика және логопедия курс пәнінің түрлі аспектілері қарастырылған. Білім беру жүйесінде арнайы психологиялық көмекті ұйымдастыру сұрақтарына, келешек маманның мамандық құзыретінің шегінде әдістемелік жұмыс мәселелерінің сұрақтарына ерекше көңіл бөлінген.

Логопедия мен арнайы педагогиканың жалпы сұрақтарына арналған. Пәннің негізгі категориялары, мүмкіндіктері шектеулі балалардың дамуының жалпы заңдылықтары жете қарастырылған.

Әрбір тақырып бойынша автор семинар-тәжірибе сабақтарында мәселені талдаудың өз болжамдарын ұсынды, қажет әдістемелік ұсыныстар берді. студенттердің өз бетінше жұмыстарына ерекше орын бөлінген: үлгі тақырыптар, қажет ұсыныстар берілген.

Оқу-әдістемелік құрал арнайы логопедиялық - психологиялық алған білімдерді педагогикалық және психологиялық қызметте көмекші құрал ретінде көмектеседі.

Өсіп келе жатқан адамның ішкі дүниесіне, оның қиындықтарына және проблемаларына тіке көңіл бөлу, уақытылы логопедиялық - педагогикалық көмек көрсету студенттік кезеңнен бастап – ақ өздік өнімді педагогикалық жүйені өңдеуге мүмкіндік береді.

Пәнді оқытудың ұйымдастырушылық - әдістемелік негіздері

Пән мақсаттары:

«Арнайы педагогика және логопедия» пәні болашақ мамандардың ғылыми ой-өрісін кеңейтуге және оларды педагогикалық іс-әрекетке теориялық даярлаудың сапасына бағытталған.

«Арнайы педагогика және логопедия» пәнін оқу келесі білімді қалыптастыруға жағдай жасайды:

- тілдік патологиясы бар балалардың жеке тұлғалық және әлеуметтік даму ерекшеліктерін зерттеу;
- жалпы дамуында бұзылыстары бар балалардың танымдық іс-әрекеттерінің, эмоционалдық – жігерлік ортасының және тұлғасының ерекшеліктері туралы;
- оларды оқыту мен тәрбиелеу мәселелері туралы;
- мектеп алды, мектеп жасындағы балалар мен ересектер үшін түзету-білім беру мекемелерін ұйымдастыру мен жинақтау принциптері туралы.

Арнайы педагогика мен логопедияның негіздерін білу педагогке келесі іс-әрекеттерінде көмектеседі:

жалпы білім беру мектеп жағдайында оқуда қиындықтары бар балалармен түзету (коррекциялық) жұмысының жүйесін дұрыс ұйымдастыруда;

түзету-тәрбие жұмыстарын жетілдіру мақсатында, өз бетінше тәжірибелік зерттеулер үшін қажет тәжірибелік дағдыларды алуға.

Логопедия мен арнайы педагогиканың құрылуы

Даму бұзылыстарының жиілігі мен түрлері туралы статистикалық мәліметтерді жинау бойынша жүйелі жұмысты ЮНЕСКО және ХДҰ халықаралық қоғамдық ұйымдары, сонымен қатар көптеген алдыңғы дамыған елдердің мемлекеттік санақ органдары жүргізеді. Алайда, дәл және нақты әлемдік санақ мәліметтер жоқ, өйткені көп елдердің басқа елдерден айрықша шектеулі мүмкіндіктері бар тұлғаларды бөлудің өздік критерийлері бар. Әсіресе дамып келе жатқан елдерде ерекше әлеуметтік-мәдени шарттар мен медициналық және педагогикалық көмекпен

қамтамасыз етудің жетіспеушілігінің салдарынан мәліметті жинау күрделі болып келеді.

Мысалы дамудың төмен деңгейдегі елдерде көру мен есту бұзылыстары көп. Жоғары дамыған елдерде сөйлеу қабілетінің бұзылуы жиі кездеседі – оқу мен жазуда, математиканы меңгеруде қиналу. Санақ әрбір жас тобында ауытқулардың түрлі категориялары арасында жеткілікті тұрақты пайыздық ара қатынастың барын көрсетеді, 100 оқушыға (7-15 жас арасында) интеллект бұзылыстары бар 4-5 адам келеді. 800 адамға – Даун синдромы бар 1 баладан келеді. Өсе келе есту қабілеті бұзылған адамдар көбее бастайды (50 жастан кейін).

Логопедия пәні, міндеттері мен әдістері

Тақырыптың қысқа мазмұны. Логопедия пәні, міндеттері мен әдістері. Сөйлеу аппаратының құрылымы. Сөйлеу түрлері және оның бұзылуының негізгі себептері. Сөйлеу әрекетінің онтогенездегі дамуы. ПМПК-да тіл бұзылыстары бар балаларды психологиялық-педагогикалық зерттеу. Тіл бұзылыстары бар балалармен психокорекциялық және алдын алу жұмыстары. Логопед жұмысындағы психотерапия элементтері.

Логопедия – тіл бұзылыстары, олардың алдын алу, анықтау әдістері және арнайы оқыту мен тәрбиелеу құралдары арқылы жою туралы ғылым.

Тіл бұзылыстары және сөйлеу функциясының бұзылысы бар тұлғаларды оқыту мен тәрбиелеу логопедия пәні болып келеді.

Логопедия тіл бұзылыстарынан зардап шегетін адамдарды – *логопаттарды* зерттейді. Ол арнайы ұйымдастырылған оқу мен тәрбие құралдарымен алдын алу және жеңу ұстанымынан тіл бұзылысын қарастырады, сондықтан ол арнайы педагогика құрамына кіреді.

Логопаттардың жасына байланысты мектепке дейінгі және жасөспірімдер мен ересектер логопедияларын бөледі.

Логопедия *міндеттері*:

- 1) түрлі бұзылыстар барысында тілдік функцияның онтогенезін зерттеу;
- 2) сөйлеу бұзылысының таралуын, симптоматикасын және айқындылық дәрежесін анықтау.

- 3) тіл бұзылыстары бар балардың спонтандық бағытталған даму динамикасын анықтау, сонымен қатар сөйлеу бұзылысының жеке тұлғасының, психикалық дамуының қалыптасуына, функциялардың, мінез-құлықтың түрлі түрлерін сезуге ықпал ету сипатының қарқынын анықтау;
- 4) дамуында түрлі ауытқулары бар балалардың тілдік бұзылыстары мен сөйлеудің қалыптасу ерекшеліктерін анықтау;
- 5) тіл бұзылыстарының этиологиясын, механизмдерін, құрылымын, симптоматикасын анықтау;
- 6) тіл бұзылыстарының алғашқы диагностикасының әдістерін өңдеу;
- 7) тілдік бұзылыстарды жүйелеу;
- 8) тіл бұзылыстарын жою принциптерін, дифференциациялық әдістері мен құралдарын өңдеу;
- 9) логопедиялық көмекті ұйымдастыру сұрақтарын өңдеу

Логопедияның теориялық аспектісі – сөйлеу бұзылыстарын зерттеу және олардың алдын алудың, анықтаудың және жеңудің ғылыми дәйекті әдістерін өңдеу. Тәжірибелік аспект – тіл бұзылыстарының алдын алу, оларды анықтау және жою. Логопедияның теориялық және тәжірибелік міндеттері өзара тығыз байланысты.

Логопедияның басқа ғылымдармен келесі байланыстарын бөледі: жүйеаралық (медициналық-биологиялық және лингвистикалық ғылымдармен) және жүйе ішіндегі (педагогикамен, арнайы педагогиканың түрлі салаларымен, ана тілі мен математиканы оқыту әдістерімен, логопедиялық ырғақпен, жалпы және арнайы психологиямен).

Логопедияның *негізі принциптері*:

- жүйелік;
- кешенділік;
- даму принципі;
- бұзылған тілдің баланың психикалық дамуының басқа жақтарымен байланысында қарапқырып принципі;
- әрекеттік тұрғыдан қарау;
- онтогенетикалық принцип;
- этиопатогентикалық принцип; бұзылыс симптоматикасы мен оның құрылымын ескеру принципі;

- айналып өту жолы принципі;
- жалпы дидактикалық принциптер (жеке тұрғыдан қарау, ғылымилық, қол жетерлік және т.б).

Логопедиялық зерттеу әдістер:

- ұйымдастырушы: салыстырмалы, лонгитюдті, кешенді;
- эмпирикалық: обсервациялық (бақылау), тәжірибелік (зертханашылық, жаратылыстану, психологиялық-педагогикалық тәжірибе), психодиагностикалық (тестілер, сауалнамалар, сұхбаттасу, интервью) функциялар анализінің праксиметриялық тәсілдері, билграфиялық;
- алынған мәліметтерді сапалық және сандық талдау. ЭЕМ қолданумен мәліметтерді машиналық өңдеу қолданылады;
- интерпритациялық – зерттелініп жатқан құбылыстар арасындағы байланыстарды теориялық зерттеу тәсілдері
- логопедиялық ықпал – бұл педагогикалық үрдіс, мұнда коррекциялық оқыту мен тәрбиелеу міндеттері жүзеге асырылады.

Логопедиялық ықпалдың негізгі формалары – оқыту, тәрбиелеу, қайта тәрбиелеу. Логопедиялық ықпал барысында коррекция және компенсация жүзеге асырылады. Қайта қалпына келтіріп оқыту ми қыртысының ықшам бұзылыстарында жүзеге асырылады және бұзылған тілдік, тілдік емес функцияларды қайта қалпына келтіруге бағытталған.

Тілді қайта қалпына келтіру афазиясы бар адамдарға логопедиялық ықпалмен жүзеге асырылады.

Педагогикадағы оқыту әдісі – бұл балалардың білімді, білікті, дағдыны меңгеруіне, ақыл қабілеттерінің қалыптасуына, сезімдерді, мінез-құлықты және жеке қасиеттерін тәрбиелеуге бағытталған педагог пен балалардың бірлескен белсенділігінің тәсілі.

Логикалық жұмыста оқытудың сөздік, көрнекі және тәжірибелік әдістер қолданылады.

5.1 Сөйлеу түрлері және оның бұзылуының негізгі себептері

Тіл – адамдардың қатынас құралы және адамның ойлау әрекетінің формасы.

Тілді *сыртқы* және *ішкі* тіл деп бөледі. Сыртқы тілдің *ауызша* және *жазбаша* түрі бар. *Эмоционалдық* тіл бала тілінің даму мен ішкі және сыртқы тіл арасындағы кезең болып табылады.

Тіл адамның туа біткен қабілеті емес. Ол баланың дамуымен бірге бірте-бірте қалыптасады. Бала тілінің нормалы орнығуы үшін, ми қыртысының белгілі өсуіне жетуі керек, ал сезім мүшелері жеткілікті дамуы қажет. Тілдің қалыптасуы үшін сөйлеу-есту және тіл-қимыл анализаторларының дамуы өте маңызды.

Жоғарыда аталған барлық факторлар қоршаған ортаға байланысты. Егер бала жаңа айқын әсерлер алмаса, қозғалысы мен тілінің дамуына жағдай жасайтын шарттар құрылмаса, баланың физикалық және психикалық дамуында кідіріс пайда болады.

Тілдің дамуы үшін баланың психофизиологиялық денсаулығының маңызы үлкен, яғни жоғары психикалық үрдістердің (ЖПҮ) қалпы және баланың соматикалық қалпы.

М.Е.Хватцев сөйлеу бұзылыстарының келесі себептерін бөледі:

- органикалық (сөйлеу анализаторының орталық немесе перифериялық бөлімінің зақымдануы; тістердің дұрыс емес құрылысы, қысқа тіл және т.с.с);
- функционалдық немесе психогендік (нейродинамиканың бұзылуы);
- әлеуметтік-психологиялық себептер.

5.2 Онтогенездегі сөйлеу әрекетінің дамуы

Лингвистика, психология, педагогика саласының алдыңғы мамандары балалар тілінің даму кезеңдерінің түрлі санын бөледі (Т.А.Розенгард – Путко, А.Н.Гвоздев және басқалары). А.А.Леонтьев келесі кезеңдерді бөледі: дайындық (1 жасқа дейін), мектепалдына дейінгі –тілді меңгерудің алғашқы кезеңі (1 жастан 3 жасқа дейін), мектепке дейінгі (3 жастан 7 жасқа дейін) және мектептік (мектепке бару уақытынан бітіргенге дейін).

Бала тілінің дамуы 3 жастан басталады, үілдеу кезеңінен – бұл сөйлеу аппаратының дыбысты айтуға белсенді дайындық кезеңі. Тілді түсінудің даму үрдісі қатар жүзеге асырылады, яғни импрессивті тіл. Бала интонацияны түсіне бастайды, содан кейін сөздерді, зат пен әрекет атауларын түсінеді. Бала былдыры бейанық – артикуляциялық дыбыстардың үйлесімін дыбыстаумен сипатталады. 6 айында бала сөздерге ұқсас дыбыстарды айтуға әрекеттенеді.

9-10 айында бала бірдей жұп буындардан құралған жеке сөздерді айтады (мама, папа). Бір жасқа толғанда, сөздік қоры 8-12 сөзге жетеді.

Бала 2 жасқа толғанда, сөздер мен дыбыс үйлесімдері тілдік қатынас құралы болады, яғни экспрессивті тіл дамиды. Бала тілінің дамуы еліктеу бойынша жүзеге асады, яғни тілдің қалыптасуына ата-ана мен отбасындағы тілдік орта үлкен әсерін тигізеді.

3 жастан соң белсенді тілдің орнығу кезеңі басталады. Бұл уақытта бала айналадағылардың артикуляциясына назар аударады. Баланың алғашқы сөздерінің жалпы мағыналық сипаты бар, яғни бала түрлі сезімдерді бір сөзбен атайды. Баланы қатынас жағдайында түсінуге болады. Тілдің бұл түрінен контекстілі тілге өту 5 жасында болады.

1,5 жасында балада ересектердің тілін түсіну мүмкіндігі пайда болады. 2-3 жыл бойы сөздік қоры жиналады; 1,5 жасында -10-15 сөз, 2 жаста – 300 сөз; 3 жаста – 1000 сөз. Сөздердің маңызы едәуір анық бола бастайды.

Мектепке дейінгі кезеңде көптеген балалардың тілінің дамуында бұрыс дыбыстау белгіленеді.

Грамматикалық құрылымның параллелді дамуы жүреді. 4 жаста балалар сөйлеуде жай және күрделі сөйлемдерді қолданады. 5 жастағы балалар күрделі салалас және сабақтас сөйлемдерді еркін қолданады. Осы жастан бастап балалардың сөйлеуі қысқа әңгімеге ұқсас болады. Осы жаста балалар тілдің монолог түрін меңгереді.

Мектепте оқу барысында өзіндік және жалпы тілді саналы меңгеріледі. Жазбаша тілдің рөлі маңызды.

Мектеп бітірген соң тілдің өздік даму үрдісі жалғасады.

5.3 Тіл бұзылыстарының қазіргі сұрыптамасы

Қазіргі логопедияда және логопсихологияда тіл бұзылыстарының екі негізгі сұрыптамасы қолданылады: *клиникалық-педагогикалық* және *психологиялық – педагогикалық*. Клиникалық-педагогикалық сұрыптамада қарастырылатын бұзылыстардың барлық түрлерін психологиялық - лингвистикалық критерийлер негізінде, тілдің қай түрі (ауызша, жазбаша) бұзылғанына қарай екі үлкен топқа бөлуге болады.

Ауызша тілдің бұзылыстары, өз қатарында, екі типке бөлінеді:

- 1) айтылуды дыбыстық рәсімдеу (сыртқы тіл), бұл - тілдің айтылу жағының бұзылыстарына әкеліп соқтырады;
- 2) айтылуды құрылымдық – семантикалық (ішкі тіл) рәсімдеу, логопедияда мұны тілдің жүйелі немесе полиморфты бұзылыс деп атайды.

I. Айтуды дыбыстық рәсімдеу бұзылыстары бұзылған буынына қарай дифференциациялануы мүмкін:

- 1) дауыс құрылуымен;
- 2) айтылудың қарқындық-ырғақтық ұйымдастырылуы;
- 3) интонациялық-әуендік ұйымдастыру;
- 4) дыбыстың айтылуын ұйымдастыру.

Бұл бұзылыстар оқшаулы немесе түрлі құрамаларда байқалуы мүмкін, оның бәрі логопедияда болу себебіне қарай бұзылыстардың түрлері бөлінеді, олардың дәстүрлі терминдік атаулары бар.

- 1. Дисфония** (афония) – дауыс аппаратының патологиялық өзгерістерінің салдарынан болатын фонацияның жоқтығы немесе бұзылысы. Синонимдері: *дауыстың бұзылуы, фонация бұзылысы, фоноторлық бұзылыстар, вокалдық бұзылыстар*. Фонацияның жоқтығында (афонияда) немесе дауыс күшінің, жоғарлығының және тембрінің бұзылысында (дисфонияда) айқын көрінеді, орталық немесе перифериялық ықшамданудың дыбыс құраушы механизмнің органикалық не функционалдық бұзылыстарының салдарынан болуы мүмкін және баланың дамуының кез-келген кезеңінде пайда болуы мүмкін. Оқшаулы болады немесе тілдің басқа бұзылыстарының қатарына кіреді.
- 2. Брадилалия** – тілдің патологиялық баяу қарқыны. Синонимі: *брадифразия*. Артикулярлық тілдік бағдарламаның баяу жүзеге асуында байқалады, орталық дәйекті, органикалық немесе функционалдық болады.

3. Тахилалия – тілдің патологиялық жылдам қарқыны. Синонимі: *тахифразия*. Артикулярлық тілдік бағдарламаның жылдам жүзеге асуында байқалады, орталық дәйекті, органикалық немесе функционалдық болады.

Тіл баяу қарқында созылмалы-ұзақ, әлсіз, монотонды болады, жылдам қарқында – асығыс, зуылдақ, өктемдеу болады. Тілдің жылдамдығы аграмматизмдермен қатар жүруі мүмкін. Бұл құбылыстарды кейде дербес бұзылыс ретінде бөледі, олар *баттаризм*, *парафразия* терминдерімен аталады. Патологиялық жылдам тіл себепсіз паузалармен, тоқтап қалумен, сүрінумен қатар жүрген жағдайлар *полтерн* терминімен аталады. Брадилалия және тахилалия терминдері жалпы атаумен аталады – тіл қарқынының бұзылуы. Тіл қарқынының бұзылуы - тіл үрдісінің, ырғағының және әуендік-интонациялық мәнерінің бұзылыстарының нәтижесі.

1. Кекештену – тілдің қарқындық – ырғақтық ұйымдастырылуының бұзылысы, тіл аппаратының бұлшық еттерінің құрысуының салдарынан болады. Синонимдері: *логоневроз*, *lalonevros*, *balbuties*; орталық дәйекті, органикалық немесе функционалдық болады; баланың тілдік даму жолында жиі пайда болады.

2. Дислалия – нормалы есту мен тіл аппаратының сақталған иннервация барысында дыбысты айтудың бұзылуы. Синонимдері: *сүйекті тілдік* (ескірген атау), *дыбыстау дефектілері*, *фонетикалық дефектілер*, *фонемаларды айту кемістіктері*. Тілді дыбыстық (фонемалық) бұрыс рәсімдеуде көрінеді: тұрпайы (нормалы емес), дыбыстарды ауыстыру (субстанция) немесе оларды араластыру. Оның себебі баланың артикуляциялық базасы толық қалыптаспауында немесе артикуляциялық қалыптардың дұрыс қалыптаспауы, нәтижесінде, нормаланбаған дыбыстардың шығуы. Бұзылыстардың ерекше тобын артикуляциялық аппараттың анатомиялық дефектілерінің салдарынан болған бұзылыстар құрайды. Психолингвистикалық аспектіде сөйлеу бұзылыстары фонемаларды бөлу мен тану операцияларының қалыптаспауы ретінде (қабылдау дефектілері) немесе дыбыстарды шығару шарттарының бұзылуы ретінде қарастырылады.

Бұзылыстардың анатомиялық дефектілері барысында органикалық сипатта, ол олардың жоқтығында – функционалдық

сипатта болады. Әдетте бұзылыстар бала тілінің даму үрдісінде кез-келген жаста перифериялық аппаратының жарақаттану зақымдары кезінде болады.

Сипатталған дефектілер таңдаулы болып келеді және олардың әрқайсысының дербес бұзылыс мәртебесі бар. Алайда, айтылудың фонациялық рәсімдеудің күрделі механизмінің бірнеше буыны бір уақытта қосылған бұзылыстар да байқалады. Олар ринолалия және дизартрия

3. Ринолалия – дауыс тембрі мен дыбыстаудың бұзылысы, тіл аппаратының анатомиялық-физиологиялық дефектілері салдарынан болады. Синонимдер: *маңқалық (мұрыннан сөйлеу (ескірген))*, *палатолалия*. Дауыс тембрінің патологиялық өзгерісінде байқалады, дауыс артық назализденеді, нәтижесінде, дайыс шығаратын ауа ағымы мұрын қуысына кіріп, резонанс алады. Ринолалия барысында тілдің барлық дыбыстарының ұрпайы айтылуы байқалады. Бұл дефекті барысында тілдік бұзылыстар да жиі кездеседі, тіл түсініксіз, монотонды болады. Отандық логопедияда ринолалияға таңлайдың туа біткен қуыстары, яғни артикуляциялық аппараттың анатомиялық бұзылыстары нәтижесінде болатын бұзылыстарды қосады. Бірқатар шетел еңбектерінде мұндай бұзылыстар «палатолалия терминімен атайды.

4. Дизартрия – тілдің айтылу жағының бұзылуы, тіл аппаратының жеткіліксіздігі салдарынан болады. Айтылудың фонациялық рәсімдеудің күрделі механизмінің барлық буындарының қалыптаспағаны байқалады, нәтижесінде дауыс просодикалық және артикуляциялық-фонетикалық дефектілер пайда болады. Анартрия дизартрияның ауыр дәрежесі болып келеді. тілді дыбыстық жүзеге асыруды мүмкін еместігінде байқалады. Дизартрияның жеңіл жағдайларында артикуляциялық-фонетикалық бұзылыстардың дефектілерінде байқалады. Бұл жағдайларды дислалиядан айыра білу қажет. Дизартрия қимыл бұзылыстарына алып келетін орталық сипаттағы органикалық бұзылыстың салдарынан болады. ОНЖ зақымданудың ықшамдылығы бойынша дизартрияның түрлі формаларын бөледі. Бұзылыс ауырлығы бойынша дизартрияның айқындалу дәрежесін бөледі. Жиі дизартрия ерте табылған церебралдық паралич салдарынан пайда болады, бірақ

нейроинфекция және басқа ми ауруларының салдарынан бала дамуының кекелген кезеңінде пайда болуы мүмкін.

II. Айтылудың құрылымдық-семантикалық (ішкі) рәсімдеуінің бұзылыстарының екі түрі бар: *алалия* және *афазия*.

1. **Алалия** – баланың дамуының кұрсақтық немесе ерте кезеңіндегі ми қыртысының тілдік аймақтарының органикалық зақымдану нәтижесінде пайда болады. Синонимдер: *дисфазия*, *ерте балалық афазия*, *даму афазиясы*, *есту-мылқаулық (ескірген)*. Тілдің едәуір күрделі дефектілерінің бірі, оның барысында тілдік айтылудың пайда болу мен қабылдаудың барлық кезеңдерінде таңдау және бағдарламалау операциялары бұзылады, нәтижесінде баланың тілдік әрекеті қалыптаспаған болып шығады. Тілдік құралдар жүйесі (фонетикалық, грамматикалық, лексикалық) қалыптаспайды, тіл шығарудың мотивациялық-тарту деңгейі зардап шегеді. Ауыр семантикалық дефектілер байқалады. Тілдік қимылдарды жасау бұзылады, бұл сөздің дыбыстық және буындық құрамын айтуда білінеді. Тілдік механизмдердің қандайы қалыптаспағанына қарай және олардың қай кезеңі (деңгейі) едәуір зардап шеккеніне қарай алалияның бірнеше нұсқасы кездеседі.

2. **Афазия** – тілдің толық немесе бөлшекті жоғалуы, мидың ықшамдалған зақымдарының салдарынан болады. Синонимдер: *тілдің тоқырауы*, *жоғалуы*. Бас сүйегі мен ми зақымдарының, нейроинфекциялардың, ми ісігінің нәтижесінде, бала тілі қалыптаспағаннан кейін тілдің жоғалуы. Егер мұндай бұзылыс үш жасқа дейін болса, зерттеушілер афазия диагнозын қоюға бас тартады, ал егер бұзылыс едәуір жоғары жаста болса, афазия диагнозы қойылады. Ересектердің афазиясынан басқа, балалық немесе ерте афазия бар.

III. Жазба тілінің бұзылыстары. Бұл бұзылыстар, оның қай түрі бұзылғанына қарай, екі топқа бөлінеді. Продуктивті (өнімді) түрінің бұзылысында жазу бұзылыстары, рецептивті жазу әрекетінің бұзылысында оқу бұзылыстары бөлінеді.

1. **Дислексия** – оқу бұзылысының бөлшекті ерекше бұзылуы. Әріптерді айыру мен тану қиындықтарында; әріптерді айыру мен тану қиындықтарында; әріптерді буынға және буынды сөзге қосу қиындықтарында көрінеді, бұл сөздің дыбыстық формасын бұрыс айтуға әкеліп соқтырады, сонымен қатар аграмматизмде және оқылғанды тұрпайы түсінуде көрінеді.

2. Дисграфия – жазу үрдісінің бөлшекті ерекше бұзылуы. Әріптің оптикалық-кеңістік бейнесінің тұрақсыздығында, әріптерді араластыруда және өткізіп жіберуде, сөздің дыбыстық-буындық құрамын немесе сөйлем құрылымын бұзуда айқыедалады. Оқу және жазу (оқу барысында) үрдістерінің қалыптаспауы жағдайында алексия және аграфия туралы айтуға болады.

Сонымен логопедияда, тілдік бұзылыстардың 11 формасын бөледі, оның ішінде 9-ын тілдің шығарылуының және жүзеге асырылуының түрлі кезеңдеріндегі ауызша тілдің бұзылыстары құрайды, 2-еуін бұзылған үрдісіне қарай жазбаша тіл бұзылыстары құрайды.

Ауызша тілдің бұзылыстары: дисфония (афония), тахилалия, брадилалия, кекештену, дислалия, ринолалия, дизартрия (анартрия), алалия, афазия. Жазбаша тілдің бұзылыстары: дислексия (алексия), және дисграфия (аграфия). Ұсынған сұрыптамаға логопедиялық әдебиетте бөлінген және әдістемелері өңделген тілдік бұзылыстардың формалары ғана еңгізілген. Әрбір форманың ішінде түрлері мен түрдің түрлері бөлінеді.

Осыған байланысты бір формаға қатысты бұзылыстардың түрлері бірқатар жағдайларда нұсқа емес бұзылыс болып сөйленетінін атап өту керек. Мысалы, дислексияға, бір жағынан, артикулярлық-фонетикалық бұзылыстар кіргізілген.

Сұрыптаманың белгіленген бірізділіксіздігі тілдік (психологиялық және физиологиялық (механизмдер туралы көбейген білім мен логопедиядағы жаңа зерттеулерге байланысты қазіргі кезде ерекше байқалатын болды. Ғылымның дамуының әр кезеңі және жаңа білім бұрынғы ұғымдарға түзету енгізуді талап етеді, сондықтан тілдік бұзылыстардың сұрыптамасы сұрақтарын әрі қарай өңдеу логопедияның көкейкесті міндеті болуда.

Психологиялық-педагогикалық сұрыптама педагогикалық үрдісте (логопедиялық ықпалда) клиникалық сұрыптаманы қолдану тұрғысынан сынап талдау нәтижесінде пайда болды. Мұндай талдау логопедияның тілдік даму бұзылыстары бар балаларды оқыту мен тәрбиелеуге бағытталуына байланысты қажет болды.

Зерттеушілердің зейіні балалар ұжымымен жұмыс үшін (оқу тобы, сынып) логопедиялық ықпалдың әдістерін өңдеу бағытталған болатын. Бұл үшін балалар тілінің аномалды дамуының түрлі формаларында, әсіресе, коррекциялық оқыту үшін көкейкесті

формаларында, дефектінің ортақ белгілерін табу қажет болды. Мұндай тұрғыдан қарау бұзылыстарды топтаудың басқа принциптерін қажет етті: жалпыдан жекеге қарай емес, жекеден жалпыға қарай. Бұл лингвистикалық және психологиялық критерийлер негізінде сұрыптама құруға мүмкіндік берді.

Бұл сұрыптамада тіл бұзылыстары 2 топқа бөлінеді.

Бірінші топ – қатынас құралының бұзылыстары (фонетика-фонематикалық дамымау және тілдің жалпы жетілмеуі),

1. *Тілдің фонетика-фонематикалық дамымағанда* фонемаларды қабылдау мен айту дефектілерінің салдарынан болған түрлі тілдік бұзылыстары бар балалардың ана тілдерінің айтылу жүйесінің қалыптасу үрдісінің бұзылуы.
2. *Тілдің жалпы жетілмеуі* – түрлі күрделі тілдік бұзылыстар, олардың барысында дыбыстық және мағыналық жағына қатысты тілдік жүйенің барлық компоненттерінің қалыптасуы бұзылған.

Жалпы белгілер ретінде келесі белгіленеді: тілдің дамуының кеш басталуы, кедей сөздік қоры, аграмматизм, айтылу дефектілері, фонемажасау дефектілері.

Жетілмеу түрлі дәрежеде көрінуі мүмкін: тілдің жоқтығы немесе оның былдыр қалпынан ашық, бірақ фонетикалық және лексика-грамматикалық дамымау элементтерімен бірге, қалпына дейін. Балада тілдік құралдардың қалыптасу дәрежесіне қарай жалпы жетілмеу үш деңгейге бөлінеді.

Екінші топ – қатынас құралдарын қолданудағы бұзылыстар (кекештену). Құрама дефекті де болуы мүмкін, мысалы, кекештенудің тілдің жалпы жетілмеуімен үйлесуі.

Бұл сұрыптамада жазу мен оқу бұзылыстары дербес тіл бұзылыстары ретінде бөлінбейді. Олар фонетика-фонематикалық және тілдің жалпы жетілмеу құрамында, жүйелі, мерзімі алыстатылған салдар ретінде қарастырылады. Ұсынылған сұрыптамалар логопедия теориясының қазіргі қалпын көрсетеді. Олардың арасында қарама-қайшылықтар жоқ – олар бір-бірін толықтырады. Логопедияның міндеті - тіл бұзылыстарын жүйелеуді жетілдіру.

Логопедия – тіл кемістерін зерттеу, одан сақтандыру және алдын алу жұмыстары. (грек сөзі «Logos»- «paideia»- тәрбие) алғашқы сипаттағы тілдік бұзылыстары бар адамның

психологиялық ерекшеліктерін зерттейтін арнайы психологияның саласы.

Тілдік патологияның түрлі формалары бар адамдардың дамуының психикалық ерекшеліктерін зерттеу логопедияның *пәні* болып келеді.

Логопедия *міндеттері*:

- ауырлық пен этиологияның түрлі дәрежесіндегі алғашқы тілдік бұзылыстардың болу барысында психикалық даму ерекшеліктерін зерттеу;
- тілдік патологиясы бар балалардың жеке тұлғалық және әлеуметтік даму ерекшеліктерін зерттеу;
- тілдік бұзылыстары бар балалардың даму болашағын және оларды тәрбиелеу мен оқытудың тиімді құралдарын анықтау;
- қалыптың сыртқы белгілері бойынша (аутизм, есту функциясының бұзылыстары, психикалық дамудың кідірісі, дамудың күрделі кемістіктері) ұқсастар арасында алғашқы тілдік жетілмеуді бөлуге мүмкіндік беретін дифференциациялық диагностиканың әдістерін өңдеу;
- балалық шақтағы тілдік бұзылыстардың психологиялық коррекциясы мен алдын алу әдістерін әзірлеу.

Логопедия отандық психологтар құрған (Л.С.Выготский, А.В.Запорожец, Р.Е.Левина, А.Р.Лурия) тілдің психикалық дамудың басқа жақтарымен өзара байланыс принципіне сүйенеді.

1.2 Тілдік бұзылыстары бар балаларды ПМПК-да психологиялық-педагогикалық зерттеу

Тілдік дамуында қалып қою немесе бұзылыстары бар баланы тексеруде ПМПК келесіні қамтамасыз етеді:

- Оқу мен мінез-құлықтарындағы проблемаларын дәйектейтін бала дамуының ерекшеліктерінерте анықтау;
- Мұндай балалар үшін коррекциялық-дамыту сабақтарының арнайы курстарын өткізу;
- Оқу мен социумда бейімделуде тұрақты қиындықтары бар балаларды қатар жүргізу;
- Мұндай балаларға тиімді көмек көрсету және оқуда жеке тұрғыдан қарау сұұрақтары бойынша ата-аналар мен мұғалімдерге кеңес беру;

ПМПК-да баланы тексеру нәтижесі бойынша мектеп әкімшілігі мен ата-аналар консилиум қорытындысын және баланың даму жағдайын жақсарту, оқу шартын өзгерту, оқу мен бейімделу проблемаларын коррекциялау бойынша ұсынымдар алады. Бұдан басқа, қажет болған жағдайда, бала коррекциялық-дамыту топтарына және мамандарға (психологқа, дефектологқа, логопедке) жеке сабақтарға жолдама алады.

Тілдің жалпы жетілмеуі және тілдік дамудың кідірісі

Тілдің жалпы жетілмеуін (ТЖЖ) оның қалыптасу қарқынының кідірісінен ажырата білу керек. Тілдік даму кідірісінің себептері, әдетте, педагогикалық селқостық, балалардың айналадағылармен тілдік қатынасының жетіспеуі, отбасындағы екі тілді қолдану болады. Бұл қалыптарды едәуір нақты бөлу диагностикалық оқыту үрдісінде мүмкін. Маңызды диагностикалық критерийлердің бірі – тілдік дамуының баяу қарқыны бар баланың ана тілінің грамматикалық нормаларын меңгеру мүмкіндігі.

Тілдің жалпы жетілмеуі және ақыл кемдігі

Тілдік бұзылыстар мен ақыл кемдігінің дифференциалдық диагностикасы қиындатылуы мүмкін, себебі психикалық жетілмеу әлдебір дәрежеде тілдің жетілмеуімен қатар жүреді, ал басқа жағынан, баланың айқын тілдік жетілмеуі барысында жиі интеллектің кідірмелі немесе біркелкі емес дамуы белгіленеді. Бірқатар жағдайларда диагностика коррекциялық сабақтар үрдісінде баланы динамикалық зерттеу нәтижесінде ғана табысты болуы мүмкін.

ТЖЖ бар балаларда, ақылы кем балаларға қарағанда, психикалық үрдістердің инерттілігі байқалмайды, олар ақыл әрекетінің меңгерген тәсілдерін басқа ұқсас тапсырмаларға ауыстыра алады. ТЖЖ бар балаларда едәуір дифференциалдық эмоционалдық реакциялар белгіленеді, олар өздерінің тіл кемістігіне сын көзбен қарайды және көптеген тапсырмаларда тілдік жауаптан қашуға тырысады.

Тілдің жалпы жетілмеуі және психикалық дамудың кідірісі

Егер ТЖЖ бар балаларды және ақылы кем балаларды бөлуде диагностика қиындатылса, ТЖЖ және ПДК дифференциациясын көп жағдайда жүзеге асыру мүмкін емес. ПДК бар балаларда, ТЖЖ сияқты, еркін зейіннің әлсіздігі және ойлау әрекетінің дамуында кемістіктер белгіленеді. Тілдік функцияның да кейбір ұқсас

сипаттамалары бар. Церебралдық- органикалық патология барысында пайда болатын, тілдік аймаққа ғана әсерін тигізіп қана қоймайтын тілдік кемістіктердің ауыр формаларында жады мен ойлаудың айқын бұзылыстары көрінеді (Е.М.Мастюкова, 1998), бұл церебралдық-органикалық генездегі ПДК бар балаларда да байқалады.

Сенсорлық алалия және есту бұзылыстары

С.Н.Шаховская (1998) сенсорлық алалиясы бар бала (қаратпа тілді түсіну қиындығы) мен есту бұзылысы бар баланы (қаратпа тілді айыру қиындықтары) бөлу үшін, кейбір диагностикалық көрсеткіштерді бөледі:

Олар келесі:

- нашар еститін баланың қабылдаудың тұрақты шамасы бар, ал сенсорлық алалиясы бар балада есту функциясының тұрақсыздығы белгіленеді;
- алалиясы бар баланы аудиометриялық тексеру көрсеткіштерінің тұрақсыздығы бұзылған жұмыс қабілеті, жоғары шаршау, қозу және тежелу үрдістерінің дисгармониясы туралы куәлік етеді, мұның бәрі жоғары акустикалық анализ бен синтез мүмкіндіктеріне теріс әсерін тигізеді.;
- дыбыс даусын күшейту нашар еститін баланың қабылдауын жақсартады. Оның даусы ұяң емес, ал сенсорлық алалияда дауыстың нормалы дыбысы мен ұяңдығы сақталады;
- нашар еститін баламен қатынасу, сенсорлық алалиясы бар балаға қарағанда оңай.
- сенсорлық алалиясы бар баланың қатты дыбыстарға реакциясы жоқ;
- нашар еститін бала есту аппаратын қолданғанда, жақсы естиді, ал сенсорлық алалиясы бар бала есту аппаратын қолдана алмайды.
- сенсорлық алалия барысында төмен дыбыстарға жоғары сезімталдылық байқалады.

1.3. Тілдік бұзылыстары бар балалармен психокоррекциялық және алдын алу жұмыс

Тілдік бұзылыстары бар балаларда жас нормасымен салыстырғанда танымдық іс-әрекеттің және оның құрылымына

кіретін үрдістерінің төмендеуі байқалады: материалды есте сақтау мен айту көлемінің кішілігі, зейін тұрақсыздығы, тез алаңдау, психикалық үрдістердің тез азуы, тілді байланыстыру қиындықтары

Эмоционалдық-жігерлік өрісі жағынан да бірқатар ерекшеліктер байқалады: жоғары қозу, ашушаңдық немесе жалпы тежеулік, өкпелеушілік, жылау, көңіл-күйдің бірнеше рет өзгеруі және басқа.

Мұндай балалармен жұмыс жоғарыда аталған әлеуметтік факторлардың теріс ықпалын жоюға, баланың жалпы психикалық қалпын жақсартуға, тілдік қатынас пен мінез-құлықтың қажет дағдыларына қызығушылықты қалыптастыруға, дұрыс тілдік тәрбиені ұйымдастыруға бағытталған шаралар кешенін қосу керек.

Балаларға коррекциялық-педагогикалық көмекті ұйымдастыруда кешендік және медициналық психологиялық және педагогикалық ықпал ету әдістерінің принциптерін ұстану қажет.

Сонымен қатар тәрбиешінің ата-аналар да өткізетін, дұрыс тыныс алу бойынша жұмысты бақылағаны жөн.

Логопед жұмысындағы психология элементтері

Логопедпен сабақ өту басында «Менің қолымнан келмейді, еш нәрсе болмай жатыр» деген сөздерді логопед бала-логопаттан жиі естиді. Сондықтан психотерапия бала кабинетке кіргеннен басталады. Логопед баланы жоғары дәрежеде мейірбандылықпен қарсы алып, сабақ өтетін кабинетпен, оның ішіндегі заттармен, ең алдымен, ойыншықтармен таныстыруы керек. Бірінші кездесу – таныстық осымен бітеді.

Логопед кабинеті кабинетке ұқсамау керек. Бұл – қатаң стилді қолданбайтын бөлме. Бөлме үйдің жылулығын білдіруі керек.

Психотерапияның маңызды элементтерінің бірі- мадақтау, ол вербалды және вербалды емес (ымдар, жымию, қол соғу, сипау және т.с.с.) формада білінеді.

Баламен сабақ өткізуде келесі ережелерді сақтау керек:

- Баланың оң жағында отырыңыз, Оң жақ – бұл болашақ. Сіз оң жағында отырып балаға қажетті бағытта қозғалуға көмектесесіз – бірге күтіп жатқан нәтижелерге;
- Левелинг ұстанымында болыңыз – баланың көзінің деңгейінде (ол-орындықта, сіз пәс орындықта, ол еденде, сіз де еденде);

- Тіліңіздің ұйымдастырылуына және дауысыңызды қадағалаңыз (логикалық паузалар мен екпіндер, жоғарылық, тембр, дыбысталу);
- Баланы бар табиғатымен қабылдаңыз;
- Баламен «қазір және осы жерде» болыңыз (өзіңіздікін ойлап, сіз баламен қатынасты жоғалтасыз, ал бала – істеп жатқан ісіне қызығушылығын жоғалтады);
- өз көңіл-күйіңізді сыртта қалдырыңыз,өзіңізге ашулануға, өтірік айтуға рұқсат бермеңіз; сабырлы, мейірімді, ашық және шынайы болыңыз;
- баланың басынан ешқашан сипамаңыз және қолыңызды басына қоймаңыз – бұл теріс реакция, тіпті стресс қалпын туғызат.

Психогимнастика психотерапияның ерекше бөлімі ретінде балалар – логопаттардың психикасының түрлі өрістерін коррекциялауға көмектеседі.

Мамандардың табысқа жетуіне көмектесетін құралдар:

- мимика және пантомимиканы дамытатын жаттығулар (әлдебір эмоционалдық қалыпты мимика арқылы көрсету; жолдасының жүзі арқылы ішкі қалпын табу және т.б.). Бұл жаттығулар эмоциялардың патологиялық сезімге өсуін болдырмауға және қажетті бәсеңділіктің қамтамасыз етуге көмектеседі;
- музыка, баланың нерв жүйесін теңестіруге қабілетті музыка – қатты қозғанды тыныштандырады және әлсізді оятады; тыңдау мен есту білігін, қиялдарын, бейнелерін дамытуға жағдай жасайды.

Бақылау сұрақтары

1. Логопедияның пәні не?
2. Логопедияның негізгі міндеттері қандай?
3. Логопедиядағы зерттеу мен ықпал ету әдістерін атаңыз.
4. Тілдің негізгі түрлерін сипаттаңыз.
5. М.Е.Хватцев тіл бұзылысының қандай топтарын бөлді?
6. Н.А.Леонтьев бойынша балалар тілінің дамуының негізгі кезеңдеріне сипаттама беріңіз.
7. Клиникалық-педагогикалық сұрыптама құрамына тілдің қандай бұзылыстары кіреді?

8. Психологиялық-педагогикалық сұрыптамада бөлінген тілдік бұзылыстардың негізгі топтарын атаңыз.
9. Логопсихологияның пәні, міндеттері мен әдістері.
10. ПМПК-да тілдік бұзылыстары бар балаларды психологиялық-педагогикалық зерттеудің рөлі қандай?
11. Тілдік бұзылыстары бар балалармен психологиялық-коррекциялық және алдын алу жұмысының негізгі жолдары.
12. Логопед өз жұмысында психотерапияның қандай элементтерін қолдана алады?

1.4. Семинарлық сабақ үшін материалдар

Негізгі ұғымдар. Логопсихология, логопедия, логопат, ауызша, жазбаша, ішкі және сыртқы тіл; сөйлеу аппаратының орталық және перифериялық бөлімі; тілдің функционалдық және құрылымдық – семантикалық бұзылыстары, тілдің фонациялық рәсімделуінің бұзылуы, алалия, афазия, дислексия, дизартрия, ринолалия, брадилалия, тахилалия, кекештену, дисфония, дисграфия, дислексия; қатынас құралдарының бұзылыстары, тілдің жалпы жетілмеуі, тілдің фонетика-фонематикалық жетілмеуі, қатынас құралдарын қолданудағы бұзылыстар ТЖЖ мен кекештену.

Әдістемелік сілтемелер

Семинарлық сабаққа дайындалу барысында тілдің негізгі бағыттарын онтогенезде түсініп алған жөн, А.А.Леонтьевтің, А.Н.Гвоздевтің, Н.И.Жинкинаның тілдің дамуының кезеңділік пікіріне, сонымен қатар нормалы тілдің қалыптасу шарттарына ерекше көңіл бөлу керек.

«Тілдік бұзылыс» ұғымына сипаттама беруде тіл бұзылыстарының негізгі себептері мен түрлерін көрсетіп, органикалық және функционалдық бұзылыстарды бөліп анықтамасын беру керек.

Сонымен қатар логопедия пәнін бөліп, тілдің анатомиялық-физиологиялық механизмдеріне тоқталып өту керек.

Тіл бұзылыстарының клиникалық-педагогикалық және психологиялық-педагогикалық сұрыптамасы сұрағы ерекше қарастыруды талап етеді.

Тілдік бұзылыстардың себептері

Тілдік функциялардың милық ұйымдастырылуы XIX ғ. ортасынан бастап клиницистердің, нейрофизиологтардың және психологтардың жан-жақты қарастыру пәні болды. Тіл механизмдері туралы бірінші хабар П.Брок (1861) және К.Верник (1873) еңбектерінде пайда болды. Тілдік функцияның ұйымдастырылуы А.Р.Лурияның «Нейропсихология негіздірі» (1973) деген еңбегінде жан-жақты ашылған.

Тілдік бұзылыстардың пайда болу себептері қандай екен?

Соңғылардың арасында келесілерін бөлуге болады:

- Экологиялық жағдайдың нашарлауы;
- Йод пен фтор тапшылығы;
- Жүктілік патологиясының санының өсуі;
- Босану, жарақат санының өсуі;
- Балалар денсаулығының әлсіреуі және балалар ауруларының көбеюі;
- Түрлі әлеуметтік себептер.

Тілдік бұзылыстардың пайда болуының әлеуметтік себептеріне жеке тоқталу қажет. Ең алдымен жалпы қоғамның тіл мәдениеті деңгейінің төмендеуін атап өтуге болады. Біздің балаларымыз айналасында бұрыс рәсімделген тілді тыңдап қана қоймай, әдеби тілден әлдеқайда алыс сөздерді тыңдауда. Кейбір жағдайларда теледидар мен бейнелердің мазмұнының және тілінің деңгейіде төмен болады.

Бұрыс тілдік орта мен тәрбие балаларда тіл дефектілерінің пайда болуына себеп болады (тұрпайы типі бойынша).

Сонымен қатар бала тілінің дамуы жағымсыз жағдайларда да бұзылады: эмоционалдық жағымды ортаның болмауы, артық у-шу, психикалық жарақаттар, отбасындағы ұзақ психожарақаттаушы жағдай. Бұның бәрі мутизм мен невротикалық кекештенудің пайда болуына әкеліп соқтырады.

Сонымен, өмірінің бірінші жасындағы кез-келген жалпы немесе нерв-психикалық ауру тілдік дамудың бұзылысымен қатар жүреді. Сондықтан қалыптасу дефектілері мен қалыптасқан тіл дефектілерін бөледі.

Тілдің дамуының 3 қауіпті кезеңін бөледі:

Бірінші кезең – 1-2 жас – тілдің алғышарттары қалыптасады және тілдік даму басталады, коммуникациялық мінез-құлық

негіздері қалыптасады және қатынас қажеттілігі қозғауыш күш болады.

Екінші кезең – 3 жас - байланысқан тілдің қарқынды даму сәті. Жағдаяттық тілден контекстілік тілге көшу ОНЖ жұмысында тіл қозғауыш механизмнің, зейіннің, жадының және т.б. үйлесімділігін талап етеді. ОНЖ жұмысындағы әлдеқандай үйлесімсіздік нейроэндокриндік және тамырлық реттеуде мінез-құлықтық өзгеруге алып барады. Қырсықтық, негативизм байқалады. Бұл сөйлеу жүйесінің үлкен әлсіздігін белгілейді. Кекештік, мутизм, тіл дамуының қалып қоюы пайда болуы мүмкін. Бала тілдік қатынастан бас тартады, оған қойылған жоғары талаптарға қарсылық білдіреді.

Егер бұл кезеңде кекештік пайда болса, оған тілдік функционалдық жүйенің жеке буындарының және түрлі психикалық функциялардың ретсіз дамуы пайда болады. Кейбір кезде оларды эволютивті деп атады, яғни дамудың жас фазасымен байланысты.

Үшінші кезең – 6-7 жас – жазбаша тілдің даму бастамасы. Орталық нерв жүйесіне жүктеме өсе бастайды. Жоғары талаптар қойылған жағдайда, нерв әрекетінің үзілуі болады да кекештену пайда болады.

Тілдік бұзылыстардың және тілдік патологияның салдарының алдын алу халыққа логопедиялық көмек көрсетуді дамытудың маңызды бағыттарының бірі болып келеді. Логопедияның осы арнайы саласының алдында келесі міндеттер тұр:

- 1) тілдік бұзылыстардың алдын алу – бірінші реттік профилактика;
- 2) тілдік бұзылыстардың тұрақты формаларына өтудің алдын алу, сонымен қатар тілдік патология салдарының алдын алу – екінші реттік профилактика;
- 3) тілдік патологиясы бар тұлғалардың әлеуметтік-еңбек бейімделуі – үшінші реттік профилактика.

Артикуляциялық гимнастика

Алдыңғы логопедиялық тексеру үрдісінде балаларда артикуляциялық аппарат мүшелерінің құрылымындағы бұзылыстар жиі анықталады. Мұндай жағдайларда фонематикалық қабылдауды дамыту бойынша жұмыспен қатар логопед артикуляциялық гимнастика өткізеді (дайындық жыттығулар). Артикуляциялық

гимнастиканың мақсаты – артикуляциялық мүшелердің дұрыс, толық қимылын өңдеу.

Артикуляциялық гимнастиканың жүйесі жаттығудың екі түріне бөлінеді статистикалық және динамикалық. Әрбір жаттығудың баланың қызығушылығын туғызатын атауы бар.

Талқылау үшін сұрақтар

1. Логопедияның пәні, міндеттері және әдістері.
2. Баланың тіл дамуының негізгі кезеңдері.
3. Тілдік бұзылыстардың ұғымы, түрлері және себептері.
4. Тіл бұзылыстарының клиникалық-педагогикалық сұрыптамасы.
5. Тілдік бұзылыстарының психологиялық-педагогикалық сұрыптамасы.
6. Логопсихологияның пәні, мәні және әдістері.
7. Тілдің бұзылыстары бар балаларды психологиялық-педагогикалық зерттеу.
8. Тілдік бұзылыстары бар балалармен психокоррекция және алдын алу жұмысы.
9. Логопед жұмысында психотерапия элементтерін қолдану.
10. Логопед жұмысы және отбасы арасындағы сабақтастық.
11. Артикуляциялық жаттығулардың негізгі түрлері, олардың арнауы мен орындау тәсілдері.

2. Тірек – қимыл аппаратының бұзылыстары бар балалар

Тақырыптың қысқа мазмұны. Балалар церебралдық параличінің этиологиясы мен патогенезі. Балалар церебралдық параличі (БЦП) бар балаларда қимыл функцияларының бұзылыстарының сипаттамасы. Психика бұзылыстары. Тілдік бұзылыстар БЦП барысында коррекциялық жұмыстың негізгі мақсаттары мен принциптері. Церебралдық параличтен зардап шегетін балаларға арнайы көмек жүйесі.

2.1. БЦП этиологиясы мен патогенезі

Тірек-қимыл аппаратының бұзылыстары бар балалардың негізгі контингенті балалар церебралдық параличінен зардап шегеді.

БЦП қимыл бұзылыстарына әкелетін, ақыл дамуының кідірісіне немесе патологиясына, тілдің жетіспеушілігіне, есту, көру және т.с.с. бұзылыстарына алып келетін орталық нерв жүйесінің күрделі ауруы болып саналады. Бұл проблеманың маңыздылығы - ауыр мүгедектікке апаратын аурудың таралуы мен әлеуметтік мәнімен белгіленеді.

БЦП соңғы жылдары әдәуір көкейкестілікке ие болды, өйткені бұл ауру жиі кездесетін болды. Осы уақытқа дейін БЦП таралуы аз зерттелген.

БЦП термині клиникалық белгілер бойынша онтогенездің түрлі кезеңдерінде мидың жетілмеуі мен зақымдануы нәтижесінде пайда болатын синдромдардың түрлі топтарын қосатын және нормалы қалыпты сақтауға, еркін қимылдарды орындауға қабілетсіздікпен сипатталады.

Қазіргі кезде «церебралдық паралич» термині неврологиялық бұзылыстар ауруларының түрлілігі мен мәнін толық ашпайды деп есептеледі, алайда әлемдік әдебиетте бұл термин кең қолданылады, өйткені осы патологиялық бұзылыстарын жан-жақты сипаттайтын басқа термин осы уақытқа дейін ұсынылмаған. Оларды нозологиялық топқа қосу балалар церебралдық параличін ерте диагностикалауға және емдеуге бағытталған шараларды ұйымдастыруға мүмкіндік береді, өйткені бұл проблеманың медициналық маңызынан басқа әлеуметтік маңызы да бар.

А.О.Бадалянның және Л.Т.Журбаның популяциялық-эпидемиологиялық зерттеулері келесіні көрсетеді: индустриалды дамыған елдерде 1000 шаққанда 2-2,5 адам құрайды. Церебралдық параличтің мәліметтері медицина ғылымының дамуына қарай өзгеріп отырады. Соңғы жылдары акушерлік техника, профилактика және емдеу шараларының есебінен церебралдық паралич ауруларының азаю беталысы байқалады.

Балалар церебралдық параличі ауру ретінде қарастырылады. Балалар церебралдық параличіне әкеліп соқтыратын себептерді талдау нақты себептерін бөлуге мүмкіндіктің жоқтығын көрсетеді, өйткені жүктілік пен босану кезеңінде бірнеше жағымсыз факторлардың үйлесуі орын алады.

Көптеген зерттеушілер церебралдық параличті туғызатын ми зақымдарын бақылаудың 80% ұрықтың құрсақтық даму кезеңінде болады.

Құрсақтық зияндықтарға ең алдымен ананың жіті және созылмалы аурулары – бірінші қатарда гипертониялық аурулар, жүрек аурулары, анемия, қант диабеті және басқа аурулар церебралдық параличті бақылаудың 40% құрайды. Перинаталдық тәуекелдің басқа «аналық» факторларды дәрі қабылдау (10%), кәсіби зияндықтар (1-2%), жүктілік кездегі жарақаттар (1-3,88%) құрайды.

К.А.Семенова және Ю.А.Якунина пікірлері бойынша, аталған пренаталдық кезеңнің жағымсыз факторлардың көбі ұрықтың құрсақ ішінде гипоксияға және аналық-плацентарлық қан айналымының бұзылысына алып келеді.

Оттектің тапшылығы нуклеин қышқылдарына және ақ уыздарға қысым жасайды, бұл эмбрионалдық дамудың құрылымдық бұзылыстарына әкеліп соқтырады. Эмбрионның гипоксия шартында ұрық дамуының патологиясының негізгі себебі болуы мүмкін

Балалар церебралдық параличтің дамуының жоғары тәуекел факторларына И.М.Волков, Ш.Ш.Шамансуров босанудағы түрлі асқынуларды қосады, олардың жиілігі 4,2% жоғары.

Балалар церебралдық параличтің дамуының факторларына М.И.Ватолина, И.М.Волков, К.И.Куленова мерзімінен бұрын босануды қосады. Балалар церебралдық параличпен ауыратындардың анамнезінде шала туғандықтың үлесі үлкен. Түрлі авторлардың мәліметтері бойынша 19-33,2%, ал уақытылы туғандарда бұл көрсеткіш 4-8% тең. Балалар церебралдық параличті шала туған балалардың 8,7% дамиды.

М.Д.Цыбульниковтың, А.С.Матвеевтің пікірі бойынша, соңғы уақытта тәуекел тобына бір жасқа дейін ми зақымның патологиясы пайда болған сау балаларды да қоса бастады.

С.И.Козлова балалар церебралдық параличтің тұқым қуалау бейімділігінің ауруы ретінде қарастырады, генетикалық тәуекел дәрежесі 2-3%.

М.И.Ватолина зерттеулері бойынша, церебралдық паралич ауруына ер жынысты тұлғалардың шалдығу факті қызығушылық туғызады. Балалар церебралдық параличтің қыз балаларға

қарағанда, ұл балаларда 1,3 есе жиі кездеседі және оның едәуір ауыр ағымы бар.

2.2. Балалар церебралдық параличі бар балалардың қимыл функцияларының бұзылыстарының сипаты

Балалар церебралдық параличінің барысында еркін қимыл, тіл және басқа қыртыстық функцияларды реттейтін мидық «жас» бөлімдері ауыр зардап шегеді. Балалар церебралдық параличі түрлі қозғалыс психикалық және тілдік бұзылыстар түрінде көрінеді. Сонымен, балалар церебралдық параличінің барысында адам үшін маңызды функциялар зардап шегеді: қозғалу, психика және тіл. Балалар церебралдық параличінің клиникасында алдыңғы орынды психикалық және тілдік бұзылыстармен, анализаторлық жүйелердің басқа функцияларының бұзылыстарымен үйлесетін қимыл бұзылыстары алады.

Балалар церебралдық параличімен ауыратын баланың дамуындағы бұзылыстар ми зақымының ауырлығына және ықшамдалу ошағына байланысты: бұлшық еттері мен қол-аяқтың тұрақты қимыл бұзылыстары, позаның патологиялық белгілері психотіл функцияларының бұзылыстары.

Балалар церебралдық параличіне тән сипаттар:

- Қолдардың спатикалық зақымдануы және олигофренияның ауыр формасы;
- Аяқтардың қиылысуымен спастикалық паралич (Литтль ауруы);
- Еріксіз қимылдар мен құрысып құлаумен бұлшық еттерінің жоғары тонусы;
- Аяқ-қол өсуінің баяулығы және ұзындығының қысқаруы;
- Терең психикалық (жиі ақыл) бұзылыстары.

Балалар церебралдық параличі бар балаларда барлық қозғалыс функциялары кідіріп, қалыптасуы бұзылған: басты ұстау, отыру, тұру, жүзу дағдылары, манипуляциялық іс-әрекеттер қиындықпен және кеш қалыптасады. Алдыңғы дефект бола тұра, қимыл бұзылыстары сәйкес коррекциясыз функциялардың және тілдің қалыптасуына жағымсыз ықпал етеді.

Балалар церебралдық параличінің барысында бұлшық еттер тонусының жоғарлауы – *спастикалық* байқалады. Мұндай жағдайда бұлшық еттер тырысады. Әлдебір қимылды жасау (әсіресе вертикалды қалыпта) бұлшық еттер тонусының күшеюі

тән. Церебралдық параличі бар балалардың аяқтары тізесінде бүгілген, саусақтарына тіреледі, қолдары шынтақа бүгіліп, денесіне тартылған және саусақтары жұдырыққа жұмылған болады. Бұлшық еттерінің тонусы шұғыл күшейген кезде контруктураға (тамырларда пассивті қимылдардың көлемін шектеу), сонымен қатар қол-аяқтың түрлі деформациясына алып келетін бүгілу жиі байқалады.

Ригидтілік болған кезде, бұлшық еттер тырысып, тетанус (бұлшық еттер тонусының максималды жоғарлауы) қалпында болады.

Бұлшық еттердің өзара байланысының икемді және ретті жұмысы бұзылады.

Гипотония (бұлшық еттер тонусының төмендігі) барысында қол-аяқ пен дененің бұлшық еттері бос және әлсіз болады. Гипотонияла пассивті қимылдардың көлемі нормадан едәуір көп.

Дистония – бұлшық еттер тонусының ауыспалы сипаты. Мұндай жағдайда бұлшық еттер тонусы тұрақсыздықпен, өзгерумен, сипатталады. Тыныштықта бұлшық еттер еркін, қимыл жасау әрекетінде тонус шұғыл жоғарлай бастайды, нәтижесінде қимыл жасау мүмкін болмай қалады.

Балалар церебралдық параличінің асқынуында бұлшық еттер тонусының бұзылуының түрлі нұсқаларының үйлесуі байқалуы мүмкін. Бұл үйлесімнің сипаты жас келген сайын өзгеруі мүмкін.

Еркін қимылдардың шектелуі немесе мүмкін еместігі (парездер мен параличтер). Ми зақымының ауырлығына қарай әлдеқандай қимылдардың толық немесе бөлшекті жоқтығы бақыланады. Ми қыртысының қимыл аумақтарының зақымдануы салдарынан болатын қимылдардың жоқтығы церебралдық паралич деп аталады, ал қимыл көлемінің шектеулігі – орталық парез деп аталады.

Мұның бәрі маңызды қимыл функцияларының және *манипулятивті әрекеттер мен жүрудің* дамуын қиындатады.

Зорлық қимылдардың болуы. Балалар церебралдық параличінің көптеген формалары үшін зорлық қимылдардың болуы тән, олар гиперкинез және тремор түрінде байқалады.

Гиперкинездер - нормадан тыс қалыптар мен аяқталмаған қимылдардың болуымен бұлшық еттер тонусының ауысуының салдарынан болатын еріксіз зорлық қимылдар. Олар тыныштық

қалыпта байқалады және қимыл жасау әрекетінде, сонымен қатар уайымдау кезінде күшеюі мүмкін.

Тремор – қолдың саусақтары мен тілдің дірілдеуі. Бұл мақсатты бағытты қимылдарда едәуір айқын көрінеді (мысалы, жазу кезінде).

Қимыл тепе-теңдігі мен координацияның бұзылуы (*атаксия*). Отыру, тұру және жүру кезінде тұрақсыздық түрінде дене атаксиясын бақылауға болады. Ауыр жағдайларда бала тірексіз отыра да, тұра да алмайды. Жүрудің тұрақсыздығы байқалады. Бала затты дәл алып, белгіленген орынға қоя алмайды.

Қимыл түйсіктерінің бұзылуы (*кинестезиялар*). Қимыл функцияларының дамуы қимыл түйсіктерімен тығыз байланысты. Церебралдық параличтің барлық формаларында қимылдардың проприоцептивті реттеу бұзылады. Бұл бұзылыстар шартты-рефлекторлық байланыстардың реттелуін шұғыл қиындатылады.

Синкинезиялар – еріксіз достастық қимылдар, олар белсенді қимылдарды орындаумен қатар жүреді (мысалы, затты бір қолмен алатын кезде екінші қолдың да бүгілуі байқалады, бала жұмылған саусақтарын аша алмайды, тек қолын түзету кезінде ғана саусақтар ашылады).

Патологиялық рефлексияның болуы. Балалар церебралдық паралич кезінде жетілмеген ми зақымдары оның дамуның кезеңдерін өзгерту салдарынан болады.

Сонымен, балалар церебралдық параличтің пайда болу факторлары туралы әдеби мәліметтерді талдау мәліметтердің өте көптігін көрсетеді.

Олардың ішінде:

- Жүктілік кезінде ананың инфекциялық аурулары (қызылша, құрсау теміреткі);
- Резус-фактор бойынша ана мен бала қандарының сәкессіздігі;
- Жүктілер токсикозы немесе диабет;
- Тұқым қуалау.

К.А.Семенова (1974) БДП келесі сұрыптамасын өңдеді (6 кесте).

3 кесте-БДП сұрыптамасы

БДП формасы, атауы	Қимыл бұзылыстары	Интеллекттік бұзылыстар
Спастикалық	Қолдар, аяққа	Интеллекттің аз

диплегия (Литтль ауруы)	қарағанда, аз зақымдалған	бұзылысы мүмкін
Екі еселік гемиплексия	Қол-аяқтың ауыр зақымдануы	Дебилділіктің (жарыместіктің) ауыр формасы
Гиперкинетикалық форма	Гиперкинездер, параличтер, парездер	Имбецилділік және тіпті идиотия
Атониялық-астениялық форма	Парездер мен бұлшық еттердің төмен тонусы тән	Қанағаттанарлық интеллект дамиды
Гемипаретикалық форма	Дененің бір жағының парездері, күшейгенде – қолдардың парездер	Тұлғалардың 50% дебилділік пен имбецилділік дәрежесінде олигофрениясы бар, 25-35% жағдайында олигофрения болуы мүмкін

2.3. БЦП барысында психика бұзылыстары

БЦП барысында дефект құрылымына психикалық дамудағы ерекше ауытқулар кіреді. Психика дамуының бұзылу механизмі күрделі және ми зақымының уақытымен, дәрежесімен және ықшамдалуымен анықталады. Церебралдық параличті бар балалардың психикалық әрекетінің хронологиялық дамуы шұғыл кідіруде, соның фонында психиканың бұзылуының, ең алдымен, танымдық әрекеттің бұзылуы, түрлі формалары айқындалады.

БЦП барысында психиканың дамуының аномалиялары танымдық іс-әрекеттің, эмоционалдық-жігерлік өріс пен жеке тұлғаның қалыптасуындағы бұзылыстарды қосады. БЦП барысында интеллектуалдық дефект құрылымы бірқатар ерекшеліктермен сипатталады.

1. Қоршаған орта туралы мәліметтер мен бейнелердің біркелкі емес төмен қоры. Мұның бірнеше себебі бар:

- 1) қимыл бұзылыстарын айқындылығымен байланысты баланың құрбыларымен және ересектермен қарым-қатынасының шектеулігі;

- 2) қимыл бұзылыстарын айқындылығымен байланысты пәндік-тәжірибелік әрекет үрдісінде қоршаған ортаны танудың қиындатылуы;
- 3) сенсорлық функциялардың бұзылуы.

2. **Интеллектуалдық жетіспеушіліктің біркелкі емес, дисгармониялық сипаты**, яғни әлдебір интеллектуалдық функциялардың бұзылуы басқаларының дамуын кідіртеді және сақталуына кедергі жасайды. Психика дамуының мозаикалық сипаты мидың ерте даму кезеңдеріндегі органикалық зақымдарымен байланысты.

3. **Психоорганикалық белгілердің айқындылығы** - психикалық үрдістердің баяулығы, азуы, әрекеттің басқа түрлеріне ауысуда қиындықтары, зейіннің шоғырлануының жетіспеушілігі, механикалық жадының көлемінің төмендеуі. Балалардың көбі танымдық әрекетпен ерекшелінді, бұл тапсырмаларға деген қызығушылықтың жоқтығында көрінеді. Ақылдың жұмыс қабілеттілігінің төмендігі интеллектуалдық тапсырмаларды орындау кезінде тез шаршаумен сипатталатын церебрастеникалық синдроммен де байланысты.

Интеллект қалпы боцынша церебралдық параличі бар балалар түрлі топтарды құрайды: біреулерінің нормалы немесе соған жақын интелекті бар, екіншілерінде психикалық дамудың кідірісі, қалғандарында олигофрения кездеседі.

2.4. БЦП барысында тілдік бұзылыстар

БЦП бар балалардың дефект құрылымында тіл бұзылыстары үлкен орын алады, олардың жиілігі 80% құрайды.

Тіл бұзылыстары мен олардың дәрежесінің ерекшеліктері, ең алдымен, ми зақымының ықшамдалуы мен ауырлығына байланысты. БЦП барысында тіл бұзылыстарының негізінде мидың белгілі бір құрылымдарының зақымдары ғана емес, тіл және психика әрекетінде маңызы бар ми қыртысының бөлімдерінің жетілмеуі де жатыр.

БЦП барысында тілдік бұзылыстар механизмінде қимыл патологиясының өзінің де маңызы бар. БЦП бар балаларда тілдік және қимыл бұзылыстарының арасында өзара байланыс байқалады. Патологиялық тоникалық рефлексстердің ұзақ сақталуы, артикуляциялық аппаратының бұлшық еттік тонусына теріс әсерін

тигізеді. Тоникалық рефлексстердің айқындылығы тілдің бұлшық еттерінің тонусын жоғалтады, тыныс алуды, дыбыстауды қиындатады, ауызды еркін ашуды, тілдің ілгері және жоғары қозғалуын қиындатады. Артикуляциялық моториканың мұндай бұзылыстары дауыс белсенділігінің және тілдің дыбыстау жағының қалыптасуын кідіртеді және бұзады.

Кинестетикалық қабылдаудың жетіспеуі баланың қимылды қиындықпен орындауында ғана емес, артикуляция және қол-аяқ мүшелерінің қалпы мен қозғалысы түйсігінің әлсіздігінде де байқалады.

БЦП бар балаларда тілдік бұзылыстардың келесі формаларын бөледі: дизартрия, тілдік даму кідірісі, алалия, жазбаша тілдің бұзылуы. БЦП барысында тілдік бұзылыстар оқшау түрде сирек кездеседі. Мысалы, тілдік патологияның едәуір жиі кездесетін формасы – дизартрия – тілдік дамудың кідірісінен жиі немесе алалиямен сирек үйлеседі.

2.5. БЦП барысында коррекциялық жұмыстың негізгі мақсаттары мен принциптері

БЦП барысында коррекциялық жұмыстың негізгі мақсаттары: балаларға медициналық, психикалық, педагогикалық, логопедиялық және әлеуметтік көмек көрсету, максималдық толық және ерте әлеуметтік бейімделуді жалпы және кәсіби оқытуды қамтамасыз ету. Өмірге, қоғамға, отбасына, оқу мен еңбекке позитивті көзқарасты дамыту өте маңызды. Емдеу-педагогикалық шаралардың өнімділігі түрлі буындардың жұмысында уақыттылықпен, өзара байланыспен, үзілмеумен және сабақтастықпен бейнеленеді. Емдеу-педагогикалық жұмыстың кешенді сипаты бар. Кешенді ықпалдың маңызды шарты – түрлі бағдар мамандар әрекетінің келісушілігінде: невропатологтың, психоневрологтың, емдеу денешынықтыру дәрігерінің, логопедтің, дефектологтың, психологтың, тәрбиешінің. Тексеру, емдеу, психологиялық-педагогикалық және логопедиялық коррекция кезінде олардың ортақ ұстанымы қажет.

БЦП кешенді емдеуді келесі құрайды: медикаментоздық құралдар, сылаудың әр түрлі түрлері, емдеу денешынықтыру (ЕДШ), ортопедиялық көмек, физиотерапевтикалық процедуралар.

БЦП зардап шеккен балалармен коррекциялық-педагогикалық жұмыстың бірнеше негізгі принципі бар:

1. *Коррекциялық-педагогикалық жұмыстың кешенділігі.* Бұл баланың жалғасып келе жатқан дамуының динамикасында қимыл, тіл және психикалық бұзылыстардың өзара ықпалын үнемі ескеруді білдіреді. Сондықтан психиканың, тілдің және моториканың барлық жақтарын қоса ынталандыру (даму), сонымен қатар сол бұзылыстардың алдын алу мен коррекциясы қажет.

2. *Сақталған функцияларға сүйенетін онтогенетикалық бірізді ықпал етуді ерте бастау.* Соңғы жылдары БЦП ерте диагностикалау тәжірибесі кең енгізілген.

Тіл алды және ерте тілдік дамудың патологияларын ерте анықтау және сәби, ерте жаста коррекциялық-педагогикалық ықпалды уақытылы бастау БЦП бар балаларда психотіл бұзылыстарын азайтуға, кейде жоққа шығаруға мүмкіндік береді.

Коррекциялық жұмыс жас ерекшеліктерін ескерумен емес, баланың психотілдік дамуының кезеңін ескерумен құрылады.

3. *Жұмысты алдыңғы әрекет негізінде ұйымдастыру.* БЦП барысында психологиялық және тілдік даму бұзылыстарының себебі балалардың іс-әрекетінің жоқтығында немесе тапшылығында. Сондықтан коррекциялық-педагогикалық шараларды ұйымдастыру барысында нақты жас үшін әрекеттің негізгі түрі ынталандырылады.

4. *Жалғасып келе жатқан психотілдік даму динамикасында баланы бақылау.*

5. *Баланың ата-анасымен және қоршаған айналасымен тығыз байланыста болу.*

Ерте және мектепке дейінгі жаста коррекциялық-педагогикалық жұмыстың негізгі бағыттары:

- айналадағылармен эмоционалдық, тілдік, пәндік-әрекеттік және ойын қатынасын дамыту;
- сенсорлық функцияларды ынталандыру. Кеңістік және уақыт ұғымдарын қалыптастыру, олардың бұзылыстарын түзету;
- интеллектуалдық әрекеттің (жады, зейін, қиял) алғышарттарын дамыту;

- математикалық ұғымдарды қалыптастыру;
 - көру-мотор координациясын және қол мен саусақтардың функционалдық мүмкіндіктерін дамыту; жазуды меңгеруге дайындау;
 - өз-өзіне қызмет көрсету және гигиена дағдыларын тәрбиелеу.
- БЦП барысында коррекциялық-педагогикалық жұмыста логопедиялық жұмыстың үлкен маңызы бар.

2.6. Церебралдық параличтен зардап шеккен балаларға арнайы көмек көрсету жүйесі

БЦП барысында дефект құрылымы ерте диагностиканы және мұндай балалармен емдеу-педагогикалық жұмысты ерте бастауды қажет етеді.

Біздің елімізде Денсаулық сақтау министрлігінің арнайы мекемелерінің желісі құрылған: поликлиникалар, неврологиялық бөлімшелер және психоневрологиялық ауруханалар, арнайы санаторийлер, тірек-қимыл аппараттарының бұзылыстары бар балалар үшін ясли-бақшалар, мектеп-интернаттар, бала үйі, интернаттар (әлеуметтік қорғау министрлігі) және түрлі реабилитациялық орталықтар.

Бақылау сұрақтары

1. БЦП негізгі себептері қандай?
2. БЦП полиэтиологиялығы немен түсіндіріледі?
3. БЦП бар балалардың қимыл функцияларының бұзылыстарына сипаттама беріңіз.
4. БЦП бар балаларда психикалық даму бұзылымдары қандай?
5. БЦП барысында тілдік бұзылыстардың мәні неде?
6. БЦП барысында коррекциялық жұмыстың негізгі мақсаттары мен принциптері.
7. Церебралдық параличтен зардап шеккен балаларға арнайы көмек көрсетудің отандық жүйе туралы айтып беріңіз.

Семинарлық сабақ үшін материалдар

«Церебралдық параличі бар балалардың жеке тұлғаларының даму ерекшеліктері»

Соңғы жылдары балалар церебралдық параличін зерттеу проблемасында маңызды өзгерістер болуда. Егер ертеде балалар церебралдық параличі негізінен тірек-қимыл аппаратының ауруы ретінде қарастырылып, терапия ең алдымен қимыл функцияларын қалпына келтіруге бағытталған, қазіргі уақытта балалар церебралдық параличі даму бұзылыстары мен басқа патология шегінде қарастырылады.

Церебралдық параличі бар балалардың психикалық бұзылыстарының патогенезінде маңызды буын постнаталдық онтогенезде дамитын фино- және онтогенетикалық едәуір жас ми құрылымдарының жетілмеуі немесе аномалды дамуы болып саналады. Церебралдық параличі бар балада алдымен әлдебір дәрежеде әрекеттің маңызды функционалдық жүйесі – қимыл жүйесі өшірілген. Айқын қимылдық патология жиі сенсорлық бұзылыстармен үйлесуде церебралдық параличі бар балалардың танымдық әрекеттерінің және интеллекттің жетілмеуі себептерінің бірі болуы мүмкін.

Церебралдық параличі бар балалардың қимылдық, функционалдық жүйесінің патологиясы психологиялық дамуды кідіртетін және бұзатын маңызды факторлардың бірі болып келеді. Бұдан басқа, рецепторлық жүйелердің зақымдануы нәтижесінде көру және есту қабылдаудың патологиялық қалпы да балалардың танымдық әрекеттерінің, тілдік және интеллектінің жетілмеуіне әкеліп соқтыруы мүмкін.

Е.М.Мостюкова, К.А.Селина пікірі бойынша церебралдық параличі бар балалардың танымдық әрекеттері мен интеллекттің жетілмеуінді тілдің коммуникациялық, жалпылау және реттеу функциялары бар тілдік бұзылыстардың үлкен рөлі бар.

Церебралдық параличі бар балалардың танымдық әрекеттерінің ауытқуларының себебі – олардың тәжірибелік әрекетінің және әлеуметтік тәжірибенің, айналадағылармен коммуникативтік байланыстарының жетілмеуі және толыққанды ойын әрекетінің мүмкінсіздігі.

Е.П.Мешенина пікірі бойынша, церебралдық параличі бар балаларға түрлі психоэмоционалдық бұзылыстар тән, олар жоғары - эмоционалдық қозу, жоғары сезімталдылық, көңіл-күйдің құбылуына бейімділік.

Е.М.Мостюкова жоғары эмоционалдық лабилділік эмоционалдық реакциялардың инерттілігімен үйлеседі деп

санайды. Жоғары эмоционалдық қозу қуанышты, көтеріңкі көңіл-күймен (эйфория), сынның төмендігімен үйлесуі мүмкін. Бұл қозу қорқумен де қатар жүруі мүмкін, әсіресе, оған жоғарыдан қорқу тән.

Балалар церебралдық параличінің барысында әрекеттің, қимылдар мен қатынастың ерекше бұзылыстары **жеке тұлғаның ерекше қалыптасуына** жағдай жасауы мүмкін. Бұл жеткілікті интеллектуалдық дамудың өзіне сенімділіктің болмауымен үйлеседі. Жеке тұлғалық жетілмеу эгоцентризмде, өмірдің тұрмыстық және тәжірибелік сұрақтарда әлсіз бағытталуда айқындалады.

А.А.Аксенова белгілегендей, балалар церебралдық параличі барысында психикалық дамудың аномалияларына бірқатар ерекшеліктер тән.

1. Қоршаған орта туралы мәліметтер мен бейнелердің біркелкі емес төмен қоры. Мұның бірнеше себебі бар:

- 4) қимыл бұзылыстарын айқындылығымен байланысты баланың құрбыларымен және ересектермен қарым-қатынасының шектеулігі;
- 5) қимыл бұзылыстарын айқындылығымен байланысты пәндік-тәжірибелік әрекет үрдісінде қоршаған ортаны танудың қиындатылуы;
- 6) сенсорлық функциялардың бұзылуы.

2. Интеллектуалдық жетіспеушіліктің біркелкі емес, дисгармониялық сипаты, яғни әлдебір интеллектуалдық функциялардың бұзылуы басқаларының дамуын кідіртеді және сақталуына кедергі жасайды. Психика дамуының мозаикалық сипаты мидың ерте даму кезеңдеріндегі органикалық зақымдарымен байланысты.

3. Психоорганикалық белгілердің айқындылығы - психикалық үрдістердің баяулығы, азуы, әрекеттің басқа түрлеріне ауысуда қиындықтары, зейіннің шоғырлануының жетіспеушілігі, механикалық жадының көлемінің төмендеуі. Балалардың көбі танымдық әрекетпен ерекшеленеді, бұл тапсырмаларға деген қызығушылықтың жоқтығында көрінеді. Ақылдың жұмыс қабілеттілігінің төмендігі интеллектуалдық тапсырмаларды орындау кезінде тез шаршаумен сипатталатын церебрастеникалық синдроммен де байланысты.

Интеллект қалпы боцынша церебралдық параличі бар балалар түрлі топтарды құрайды: біреулерінің нормалы немесе соған жақын интелекті бар, екіншілерінде психикалық дамудың кідірісі, қалғандарында олигофрения кездеседі.

Сонымен, балалар церебралдық параличінің пайда болу факторлары туралы әдеби мәліметтерді талдау мәліметтердің өте көптігін көрсетеді.

Олардың ішінде:

- Жүктілік кезінде ананың инфекциялық аурулары (қызылша, құрсау теміреткі);
- Резус-фактор бойынша ана мен бала қандарының сәкессіздігі;
- Жүктілер токсикозы немесе диабет;
- Тұқым қуалау.

Церебралдық параличі бар балалардың жеке тұлғалық өрісін психологиялық коррекциялау бойынша ұсынымдар

Церебралдық параличі бар балалардың ерте кезеңдеріндегі оқуы мен жеке тұлғалық міндеттірінің бірі – қоршаған орта туралы ұғымдарды өз-өзіне қызмет көрсету дағдыларын қалыптастыру. Церебралдық параличі бар балалардың жеке тұлғалық дамуында еңбекке баулудың үлкен мүмкіндіктері бар, өйткені еңбек тек өмір мен қол жетерлік мамандыққа ғана оқытпай, аурумен бұзылған функциялардың қайта қалпына келуге, ақыл және физикалық дефектілердің әлсіреуіне жағдай жасайды. Еңбек білігі мен дағдысын меңгергенде, балалар жан-жақты дамуға мүмкіндік алады.

Еңбек терапиясы үрдісінде келесі ерекше міндеттер шешіледі:

- тірек-қимыл аппаратының кемістіктерінің компенсациясы – қол моторикасының бекітілуі, қимыл координациясы мен дифференциациясының дамуы;
- балалардың эмоционалдық-жігерлік өрісінің жетілмеуінің компенсациясы, өз бетінше әрекеттің қалыптасуы, еңбек күші мен бағытты әрекетке үйрену;
- ойлау және тіл әрекеті кемісіктерінің коррекциясы;
- өзіне сенімділікті қалыптастыру, жеке тұлғалық әлеуетті дамыту, өзіне баға беруді жоғарлату;
- белгілі (баланың қолынан келетін) еңбек дағдыларының қалыптасуы;

- қоршаған орта туралы ұғымдарды кеңейту, оларды түрлі материалдыр, тәсілдер арқылы өңдеу, танымдық белсенділікті жоғарлату;
- еңбекке баулу;
- қоршаған орта мен өмірдің эстетикалық тәрбиесін қалыптастыру;
- өз мүмкіндіктері мен қабілетіне сәйкес мамандықты саналы таңдауға дайындау, өз артықшылықтары мен кемшіліктеріне адекватты баға беруге үйрету.

Бұл міндеттерді шешу үшін келесі шарттар қажет:

- эмоционалдық фон;
- теріс бағаның толық болмауы;
- баланың жұмыс нәтижелерін басқа балалардың нәтижелерімен емес, өз жетістіктерімен салыстыру;
- әрбір бала үшін жұмыстың сол балаға тән жұмыстың жеке ырғағын сақтау;
- әрбір бала үшін тек сол баланың орындауға қолы жететіндей және қызық тапсырма табу;
- балада өзіне сенімділікті, толыққандық сезімін қалыптастыру;
- ауру туралы сөз қозғамау;
- «ауру, әлсіз, икемсіз» қол терминдерін қолданбау, тек «оң» қол және «сол» қол тіркестерін қолдану;
- балаға аяу сезімін ашық көрсетпеу;
- балаға тапсырма орындауда әлдеқандай көмек көрсету қажет, бастысы – балаға түсінікті жұмыс тәсілдерін үйрету;
- баланы өзін - өзі бағалау үрдісіне үнемі және жүйелі түрде тарту керек, бұл өзін-өзі бағалау факторының қалыптасуына жағдай жасайды.

Талқылау үшін сұрақтар

1. БЦП этиологиясы мен патогенезі.
2. Неге тіре-қимыл аппаратының бұзылыстары бар балалардың негізгі контингентін БЦП бар балалар құрайды?
3. БЦП барысында тілдік бұзылыстар алғашқы дефектілермен қалай байланысқан?
4. БЦП бар балалардың қимыл функцияларының сипаттамасы.
5. Психика бұзылыстары.

6. Тілдік бұзылыстар.
7. БЦП барысында коррекциялық жұмыстың негізгі мақсаттары мен принциптері.
8. Церебралдық параличтен зардап шеккен балаларға арнайы көмек көрсету жүйесі.
9. БЦП барысында жеке тұлғалық даму ерекшеліктері.
10. Церебралдық параличі бар балалардың жеке тұлғалық өрісін психологиялық коррекциялау бойынша ұсынымдар қандай?

3. Кешенді бұзылыстар

Тақырыптың қысқа мазмұны.

Дамудың күрделі бұзылыстары туралы ұғым. Күрделі дефектісі бар баланың дамуын психологиялық-педагогикалық жүргізу міндеттері күрделі дефектісі бар тұлғалардың даму мен білім алудың психологиялық-педагогикалық негіздері.

3.1. Дамудың күрделі бұзылыстары туралы ұғым

Бала дамуының күрделі бұзылыстарына бір балада 2 немесе одан көп психофизикалық бұзылыстардың үйдесуін қосады. Мысалы, саңыраулық пен нашар көрудің үйлесуі, ақыл кемдігі мен соқырлықтың үйлесуі, ақыл кемдігі мен соқырлықтың үйлесуі, тірек-қимыл аппараты бұзылыстарының тіл бұзылыстарымен үйлесуі. Қазіргі арнайы әдебиетте күрделі бұзылыстарға алғашқы бұзылыстар, мысалы соқырлық-естімеу, аталады.

«Күрделі бұзылыс» терминінің синонимдері ретінде әдебиетте басқа терминдер де қолданылады: (күрделі дефект), «дамудың күрделі аномалиялары», «үйлескен бұзылыстар», «құрамабұзылыстар» және «бұзылыстың күрделі құрылымы».

Үйлескен бұзылыстары бар балалардың 3 негізгі тобын бөледі.

Бірінші топқа 2 айқын психофизикалық бұзылыстары бар балалар кіреді, әр бұзылыс даму аномалиясын туғызады: соқыр-

саңырау балалар, ақылы кем саңырау, нашар еститін психикалық даму кідірісі (алғашқы) бар балалар.

Екінші топқа 1 мәнді психофизикалық бұзылысы (алдыңғы) және онымен қатар жүретін әлсіз дәрежеде айқын, бірақ дамуды кідіртетін бұзылыстары бар балалар кіреді: ақылы кем естудің кішкене төмендігі бар балалар. Мұндай жағдайда «күрделенген» дефект туралы айтуға болады.

Үшінші топқа көп (3 немесе одан артық «алдыңғы») бұзылыстары бар балалар кіреді, бұл бұзылыстар түрлі дәрежеде айқын және бала дамуында едәуір ауытқуларға алып келеді: ақылы келе нашар көретін саңырау балалар.

Дамуында күрделі бұзылыстары бар балалар аномалды балалардың сирек және статистикалық мәні аз категория деп есептейтін шығар. Алайда зерттеулердің мәліметтері бойынша бұл категория балалары арнайы білім мекемелерінің контингентінің орташа 40% құрайды.

Күрделі бұзылыстары бар балаларды оқыту мен тәрбиелеу арнайы проблемасын құрайды. Осылайша, бұл проблема біркелкі зерттелмеген.

Соқыр-саңырау балаларды тәрбиелеудің психологиялық-педагогикалық жүйесін өңдеуге үлкен үлес қосылған.

Мамандардың алдындағы міндеттердің бірі-күрделі дефектінің едәуір ерте диагностика мүмкіндіктері. Өте кеш диагностика – мұндай балалармен жұмыс тәжірибесіндегі жиі болатын жағдай. Нәтижесінде күрделі бұзылыстары бар балалар арнайы оқыту ортасына кеш түседі. Мұндай мүмкіндік мектеп жасында ғана, кейде одан да кеш, болады.

Көптеген ата-аналар, өз баласының алдыңғы жылдарындағы дамудың ауыр бұзылыстарына тап болып, тек медиктерден ғана көмек іздеп маман-педагогтарға тіпті бармайды. Иә, күрделі бұзылыстары бар балалар ауруханада емдеу курсынан өтеді; мұнда олар ұзақ мәдени және аналық депривацияға шалдығады, бұл олардың эмоционалдық және ақыл дамуында жағымсыз ықпал етеді. Алайда маман педагогтарға да уақытылы бару әрқашан қажет нәтиже бере бермейді. Көптеген дефектологтардың бұл саладағы білімі көп емес, сондықтан олар ата-аналарға толыққанды кеңес бере алмайды. Оқытудың нақты, ғылыми дәйекті және эксперименталдық тексерілген технология соқыр-саңырау балалар үшін өңделген. Дефектінің күрделі құрылымы бар балалар

категориясы түр-түрлі, сондықтан мұндай балалардың әр тобы үшін тәрбие мен оқу бағдарламаларын өңдеу әлі де жалғасуда. Қазіргі кезде мұндай балалардың көбі арнайы мектептердің арнайы сыныптарында оқиды.

Ерте диагностикада объективті зерттеудің нейрофизиологиялық әдістердің маңызы күшее түседі. Қазіргі ғылым мен техника орта және жоғары дәрежедегі сенсорлық бұзылыстарды анықтауға мүмкіндік береді.

Ерте диагностика мақсатында психологиялық зерттеудің қиындықтары бар. Баланың ақыл және эмоционалдық дамудағы ауытқуларды және олардың себебін анықтау барысында едәуір қиындықтар туады.

Медициналық-генетикалық зерттеудің үлкен маңызы бар, өйткені көптеген күрделі бұзылыстар генетикалық фактордың жұмысымен байланысты

3.2. Күрделі бұзылыстары бар балалардың дамуын психологиялық-педагогикалық жүргізудің міндеттері

Күрделі бұзылыстары бар балалардың дамуына тән жалпы заңдылық – бала дамуының жағдайының ерекше қиындығы. Бір емес, екі, кейде одан да көп алдыңғы бұзылыстардың болуы, баланың сыртқы ортамен қатынасын жоққа шығарады, ол ірі депривация (сенсорлық аналық, мәдени) жағдайларға және негізгі функциялардың орнығуы мен дамуының кезеңіне тап болғанда едәуір шығындарға ұшырайды. Мұның бәрі жалпы функциялардың жетілмеуіне (пәндік әрекеттер, зат бейнелерінің қалыптасуы, кеңістік бағдар мен моторика, ересектермен эмоционалдық-сезімдік қатынас) және психологиялық дамудың жалпы кідірісіне алып келеді.

Үйлескен бұзылыстардың проблемасымен айналысатын зерттеушілер екі немесе үш дефект барысында психикалық даму бұзылыстардың жаңа, күрделі құрылымын құрайды және ерекше психологиялық-педагогикалық тұрғыдан қарауды талап етеді (А.И.Мещерякова, Т.В.Розанова және т.б.). Осылайша, соқыр-

мылқау балалар өз дамуында аномалды балалардың басқа категорияларынан (саңырау, соқыр) ерекше өзгешеленеді. Көру мен естудің болмауынан бала сыртқы ортадан оқшаулануға мәжбүр болады және оның психикасы қажетті дамуынан айырылады. Мұндай балалар ақылы терең жетілмеген адам ретінде қабылданады: мұндай балалардың қоршаған орта туралы танымы шектеулі болады, адамдармен қатынас мүмкіндіктері бұзылған мінез-құлық дағдылары мен нормалары бұзылған. Алайда, ақылы кем балаға қарағанда, соқыр-саңырау баланың ақыл дамуының едәуір әлеуетті мүмкіндіктері бар.

Дефекттің қол жетер компенсациялық каналдарының азаюы, компенсация құралдарының мүмкіндік диапазонының шұғыл қысандауы – күрделі бұзылыстардың тән салдары.

Сонымен күрделі биосенсорлық дефект барысында, компенсация жолдарының кемуі байқалады: естуді де, көруді де қолдану мүмкін емес. Әлдебір үшінші жолы альтернативті болады. Педагог дефектологтың міндеті – баланың бағдарлы іс-әрекетінің даму жолдарын анықтау. Мысалы, соқыр-саңырау бала үшін иіс сезу мен кинестетикалық қабылдаудың маңызы бар.

Кез-келген жағдайда дамудың шешуші фактор – баланы оқу үрдісіне тарту. Балалны мәдени тоқыраудан, қоршаған ортадан оқшаулануынан шығару - күрделі дефект компенсациясының жолдарын табуда алғашқы міндет болып саналады.

Дефектінің күрделі құрылымы бар балалардың реабилитациялық потенциалы арнайы психология мен педагогикада әлі де жақсы меңгерілген жоқ.

3.3. Күрделі дефектісі бар тұлғаларды дамыту мен білім берудің психологиялық-педагогикалық негіздері

Күрделі дефектісі бар балалардың өмір жағдайын психологиялық-педагогикалық ұйымдастыруға қатысты бірқатар жалпы ережелерді соқыр-саңырау балаларды дамыту теориясында атап өтуге болады. Профессор А.И.Мещеряков соқыр-саңырау балалардың қоғамдық өңделген білімді меңгеруді және ерекше адамдық мінез-құлықты қалыптастыруды қамтамасыз ететін бірқатар шарттарды өңдеді. Бұл, біріншіден, заттармен тәжірибелік әрекет, онсыз заттың толыққанды бейнесін қалыптсаытру мүмкін

емес. Екіншіден, адам айналасына тікелей қатысы бар заттармен әрекеттенудің әлеуметтік тәсілдерін қолдану. Үшіншіден, әрекеттерді баланың қажеттіліктерін қанағаттандыруына бағыттау.

Алдымен бұл балада бар органикалық қажеттіліктер (тамақ, ұйқы, суықтан қорғану және т.с.с.). Одан кейін пәндік әрекеттің дамуымен қатаржаңа қажеттіліктер құралады. Жаңа қажеттіліктерді қанағаттандыру баладан әрекеттің жаңа тәсілін меңгеруді талап етеді. Қажеттіліктер мен тәсілдер арасындағы қарама-қайшылықтарды шешуде баланың мінез-құлығының даму көзі сақталған. Бірлескен-бөлінген әрекеттер сияқты әдістерді қолданып, ересектер соқыр-саңырау балада өзіне-өзі қызмет көрсету тәсілдерін қалыптастырады.

Соқыр-саңырау балаларда сонымен қатар дамуында айқын бұзылыстары бар балалардың кейбір категориясында қатынас құралдарын қалыптастыру келесі сызба бойынша өтеді. Заттық әрекеттерді меңгеру мен оларды жалпылау негізінде пәндік әрекеттерді білдіретін бейнелік ымдардың көмегімен қатынасқа өтеді (Т.А.Басилова, 1987). Баланы ыммен таныстыру үшін ересектер сәйкес пәндік әрекеттерді, ымдарды үнемі қолданумен бекітеді. Содан соң баланы ымдардың мағыналық аналогтарымен таныстырады – бірінші қысқа сөздермен, олар дактильді немесе фазбаша формада беріледі. Осылайша баланың тілді меңгеруі мен қатынас үрдісінде бірте-бірте тілдің грамматикалық құрылымын қалыптастырады, лексика меңгеріледі. Мұнда тілдің жазбаша формасын қолданудың (Л.И.Пашенцева, 1983) және оқу мен «оқырман» әрекетін меңгерудің арнайы жүйесін қолданудың (Е.Л.Гончарова, 1990) үлкен маңызы бар. Тілді меңгерудің принциптік мүмкіндігі және мектепте білім алуға, еңбек білімін қоса, дамудың күрделі бұзылыстары бар балалардың реабилитациясының шешуші факторы болады.

Сонымен қатар күрделі дефектісі бар балалардың реабилитациялық әлеуетін жүзеге асыру оқу мазмұнының бала-мүгедек өмірімен қалай байланысқанына байланысты.

3.4. Дамуында күрделі бұзылыстары бар балалар үшін арнайы білімді ұйымдастырудың жолдары мен тәсілдері

Біздің елімізде соқыр-саңырау балалар мен күрделі сенсорлық бұзылыстары бар балаларға көмек көрсетудің белгілі түрлері

құрылып, қызмет етуде. Бірақ күрделі бұзылыстары бар балалар үшін көмек көрсету жүйесінің бары туралы айту әлі де ерте.

Шын мәнісінде бұл жағдай біркелкі емес. Күрделі дефектілері бар балалардың бірқатар субкатегориялары үшін арнайы көмек көрсету жүйесі мүлдем жоқ, мысалы, сенсорлық бұзылыстары бар аутикалық балалар үшін, соматикалық бұзылыстар мен көру және есту бұзылыстары бар балалар үшін. Күрделі дефектілері бар тұлғалардың көбі үшін мектепке дейінгі және мектептен кейінгі өмір жағдайы әсіресе жасалмаған.

Күрделі бұзылыстары бар балалар үшін мекемелер мен қызметтердің жиынтығынды жүйенің ерте буыны жетіспейді. Балаларға мектепке дейін қызмет көрсету үшін кеңес беретін орталықтар құрылмаған. Мұндай орталықтар («отбасы орталықтары») шетелде бар (Ұлыбританияда, Данияда, Швецияда және басқа елдерде).

Бақылау сұрақтары

1. Дамудың күрделі бұзылыстары туралы ұғым.
2. Үйлескен бұзылыстары бар балалардың негізгі топтарына сипаттама беріңіз.
3. Бұзылыстың күрделі құрылымы бар баланың дамуын психологиялық-педагогикалық қатар жүргізудің негізгі міндеттері қандай?
4. Күрделі дефектілері бар тұлғалардың дамуы мен білімінің психологиялық-педагогикалық негіздерінің мәні неде?
5. Дамуында күрделі бұзылыстары бар тұлғалар үшін арнайы білім беруді ұйымдастырудың жолдары мен тәсілдері.

Семинарлық сабақтар үшін материалдар

Негізгі ұғымдар

Дамудың күрделі бұзылыстары, үйлескен бұзылыстар, құрама бұзылыстар, бұзылыстың күрделі құрылымы, соқыр-саңырау балалар, тифлосурдопедагогика; ерте диагностика; ұзақ мәдени және материалдық депривация, объективті зерттеудің

нейрофизиологиялық әдістері, медициналық-генетикалық зерттеулер; Ушер синдромы; бұзылыстың ерте компенсациясының мүмкіндігі, бұзылыстың күрделі құрылымы бар балалардың реабилитациялық әлеуеті; бұзылыс салдарының көп компоненттігі, өзіне-өзі қызмет көрсету, қол еңбегі, әлеуметтік-эмоционалдық қатынас, баланың коммуникативтік белсенділігі, еңбекке оқыту, кәсіби-еңбек оқыту, әлеуметтік – тұрмыстық бағдар.

4.Арнайы педагогика мен психологияның негізгі категориялары

Тақырыптың қысқа мазмұны. Пәннің ұғымдық аппаратының қалаптасуының ерекшелігі. Арнайы педагогиканың негізгі терминдері. Арнайы психологияның негізгі терминдері.

4.1 Пәннің ұғымдық аппаратының қалыптасу ерекшеліктері

Әрбір ғылымының ғылыми пән ретінде оның ерекшелігін көрсететін өздік ұғым аппараты, өз терминологиясы бар.

Арнайы педагогика мен арнайы психология білімдерінің бірлігі түрлі физикалық немесе психикалық жетіспеушіліктері бар балаларды оқыту мен тәрбиелеу тәжірибесінің дамуының ұзақ үрдісінде қалыптасып, жиналды. Аталған білім салаларының ұғымдық аппаратының құрылуында бастапқы нүктесі ретінде этиология және симптоматика еді. Жиналған білім медицинадан алынған ғылыми ұғымдарда бекітілді: «диагностика», «коррекция», «аномалия», «дефект», «ақылы әлсіз», «саңырау-мылқау», «соқыр» және т.б. Психологияның дамуымен қатар арнайы педагогикада

психологиялық ұғымдар мен терминдер кірді, олар да өз мәні бойынша «диагностдық» болып келеді, мысалы «ПДК бар балалар». Әлдебір педагогикалық феноменнің өзіндік педагогикалық атаулары болмағандықтан, медициналық және психологиялық терминдер арнайы педагогиканың ұғымдық өрісінде өз орнын тапты; педагогтар үшін әлеуметтік-мәдени контексте ол терминдер өздік диагностдық мәнінен айырылды. Әрбір тарихи кезең басқа ғылымдардың (медицина, философия, мәдениеттану, психология, социология) дамуының ықпалынан, ескі ұғымдарды жаңасына ауыстырып, арнайы педагогика мен арнайы психология теориясының негізін қалыптастыра, өз ұғымдарын қосты. Ғылыми дамудың тарихы көрсеткендей, ұғымдық терминологияның проблемалары ғылымның тұрақтануы немесе «революциялық» даму кезеңдерінде ерекше шиеленіске түседі. Дәл осы кезеңде ғылыми тілдің тазалығына және нақтылығына жетудің үлкен қажеттілігі пайда болады.

Қазіргі кезде арнайы білім беру саласында педагогикалық терминология осы кезеңнен өтуде: білімнің жақын салаларының терминдерін ретсіз қолдану, белгіленген заттар мен құбылыстардың мәнін толық түсіндірмейтін терминдерді қолдану. Арнайы педагогикаға жақын білім салаларының көбінің өздік тұрақты ұғымдық-терминологиялық аппараты бар, оны сол саланың мамандары өзара қатынасында қолданады (мысалы, дәрігерлер, психологтар, мектеп әкімшілігі). Белгілі, әрбір ғылыми сала сол бір затты немесе құбылысты өз терминімен атайды. Бір объектіні атау үшін, бір ғылыми саланың терминін басқа ғылымның ұғымдық-терминологиялық аппаратына ауыстыру терминнің сол ауыстырылған ғылымда ақпараттық, мәнді мағынасын жоғалтуына әкеліп соқтырады.

Мысалы, бір балаға түрлі саланың үш маманы әр түрлі сипаттама береді және сол сипаттама тек сол саланың шегінде ғана қанағаттандырады. Клинист, мысалы, балада «минималды ми дисфункциясы» бар дейді; психолог балаға «ПДК» қалпын қосады; педагог бұл балаға «оқуда қиындықтары бар» деген сипаттама берді, мектеп әкімшілігі мұндай баланы «үлгермейді» деп атайды. Егер клинист балаға диагноз қойғанда, «оқуда қиындығы бар бала» деген терминді қолданса, мұндай диагноз, балаға мүмкін медициналық көмек құру үшін, ешқандай мағына бермейді: онда медициналық контекст жоқ. Педагог та осылайша, баланы «ПДК

бар оқушы» («дефектілі», «ауру») деп бөлек мамандық терминологиясын қолданады. Кәсіби тілді білмей, ол осы атауды өзінің мәнді педагогикалық саласын ашпайды, сондықтан педагогикалық көмек сипатын анықтау үшін, бұл терминдер жарамайды.

Қазіргі таңда мамандар арнайы білім беруде бар ұғымдық – терминологиялық мұраға ғылыми талдау өткізеді. Олар отандық ұғымдық тіл мен әлемдік қоғамдастықтың ұғымдық тілі арасындағы кедергіні жеңу жолдарын іздеп жатыр. Арнайы педагогиканың ұғымдық-терминологиялық қорын реттеу үшін, келесіні түсіну қажет:

- арнайы білім беру мен ұқсас салаларының дамуына қарай жиналып жатқан жаңа тәжірибе қолданып жатқан бірқатар ұғымдарды бірте-бірте қолданыстан шығарады, ғылыми қоғамдастықта талдау және келісім негізінде терминдерді ауыстыру қажет.
- жаңа фактілер мен құбылыстар арнайы педагогикаға ұқсас салаларда алған атаулармен кіруі мүмкін.
- бұл жағдайда арнайы педагогиканың міндеті-белгілі объектінің немесе құбылыстың ерекше *білімдік* мәнін ашатын өздік педагогикалық терминін табу.
- осыған байланысты арнайы педагогика мен ұқсас салаларда параллелді терминологиялық объективті бар екендігі туралы айтуға болады;
- әлдебір терминді қолдану проблемалық – мәнді контекстте сәйкес болу керек (яғни, проблема қай мәнді салаға қатысты болса)

4.2 Арнайы педагогика мен психологияның негізгі терминдері

Арнайы педагогиканың негізгі *категорияларын* қарастырайық.

Қалыптасу – барлық факторлардың ықпалы бар әлеуметтік ғаламзат ретінде адамның өсу үрдісі: биологиялық, әлеуметтік, экономикалық, идеологиялық, психологиялық және тағы басқа. Қалыптасу адамның орнығуының әлдеқандай аяқталуын, өсіп-өнудің белгіленген деңгейіне жетуін, адам бейнесінің қажет формасын жасауын білдіреді.

Даму – адамның ағзасы мен санасында болған сандық және сапалық өзгерістердің үрдісі мен нәтижесі. Ол үнемі болатын,

үзілмейтін өзгерістермен бір қалыптан екінші қалыпқа ауысуымен, қарапайымнан күрделіге өтумен, төмендегіден жоғарыдағыға шығумен байланысты.

Ауытқып бара жатқан даму - жалпы заңдылықтарға бағынбайтын даму, жеке даму, көбінесе стандарттан тыс, әрдайым түсініксіз, күрделі, қарама –қайшы.

Даму коррекциясы-баланың дамуын нормалы ағымға бағыттау.

Тәрбие – жеке тұлғаны қалыптастырудың мақсаты – бағыты және ұйымдастырылған үрдісі. Педагогикада тәрбие ұғымы әлеуметтік және педагогикалық мағыналарда қолданылады. *Әлеуметтік мағынадағы тәрбие* – бұл жиналған тәжірибені үлкен ұрпақтан кіші ұрпаққа жеткізу. Мұнда тәжірибе – адамдарға белгілі білім, білік, ойлау тәсілдері, әдептілік, құқықтық нормалары - жалпы тарихи даму үрдісінде жасалған адамзаттың рухани мұрасы. *Тәрбие кең педагогикалық мағынада* - бұл отбасында және оқыту –тәрбие мекемелерінде жүзеге асырылатын, оқушыда белгілі қасиеттерді қалыптастыру мақсатында арнайы ұйымдастырылған, мақсатты - бағытты және басқарылатын ықпал. *Тәрбие қысаң педагогикалық мағынада* бұл нақты тәрбие міндеттерін шешуге бағытталған тәрбие жұмысының үрдісі мен нәтижесі.

Оқыту – қойылған мақсаттарға сәйкес нәтижесі білім, білік, дағдыны меңгеру, дүниетанымдарды қалыптастыру, ақыл-күшті, дарынды және мүмкіндіктерді дамыту болып табылатын арнайы ұйымдастырылған, мақсатты-бағытты, басқарылатын оқушы мен мұғалімнің өзара қатынас үрдісі.

Білім беру – оқыту нәтижесі. Бұл оқыту үрдісінде алынған білім, білік, дағдының, ойлану тәсілдерінің жиналған жүйесі. Білімділіктің басты критерии-білімнің жүйелігі және ойлаудың жүйелігі, оларды қолданудың адамгершілік аспектісі.

Мінез-құлық – баланың, жасөспірімнің барлық әрекеттерінің жалпы атауы. Қысаң мағынада бұл оқушының белгіленген нормалар мен ережелерді орындауы.

Ауытқып бара жатқан мінез-құлық – жалпы белгіленген нормадан шығып кеткен, бала мен қоғам үшін зиян, әлеуметтік өмірде балаға нормалы бейімделуге кедергі жасайтын мінез-құлық. Ауытқып бара жатқан мінез-құлықтың тұрақты анықтамасы әлі жоқ, түрлі ғалымдар бұл анықтамаға түрлі мағына береді.

Мінез-құлық коррекциясы - педагогикалық әдістермен баланың, жасөспірімнің мінез –құлқын түзету.

Коррекциялық әдістеме - қойылған мақсатқа жетуді қамтамасыз ететін, балалар мен жасөспірімдерге деген ықпалдың құралдары мен формаларының бірлігі. Коррекциялық тәрбиенің тәжірибелік пайдасы зор. Уақытылы және сауатты өткізілген коррекция оң нәтиже береді. Селқостық, әрекетсіздік, көмектеспеу ешқашан оң нәтиже бермейді.

Арнайы педагогика мен психологияның **негізі категориялары:**

1. *Дамуында проблемалары бар балаларды тәрбиелеу* – олардың жалпы дамуы үшін, құрбыларымен және үлкендермен қатынасуы және тұлғаның қалыптасуы үшін үлкен маңызы бар.
2. *Тәрбиенің мақсаттары мен міндеттері* педагогиканың жалпы принциптерімен белгіленеді - белсенді қоғамдық пайдалы өмірге дайындық, азаматтық қасиеттерді қалаптастыру, бірақ олар дефектінің дәрежесі мен құрылымына сәйкес әдістер мен құралдардың жеткілікті көлемінде жүзеге асырылады. Бұзылыстардың сипатына қарай салдарын жеңумен байланысты арнайы міндеттер қойылады. Дамуында проблемалары бар баланы тәрбиелеу отбасы мен мектептің тығыз байланысында, өзара түсінушілік жағдайында, өзара көмекте, талаптылық пен аяу режимінің сапалы үйлесімділігінде жүзеге асырылады. Мұндай баламен тәрбие жұмысы жеке және оның жас ерекшеліктеріне қарай өткізіледі. Оның өз бетінше әрекеттенуінің қалыптасуына, өзіне - өзі қызмет көрсету, еңбек және мәдени мінез-құлық дағдыларының, ұжымда өмір сүру мен жұмыс істеу білігінің қалыптасуына бағытталған. Белгілі қасиеттердің, көзқарастардың және сенімдерінің жүйесін қалаптастырумен қатар аномалды баланы тәрбиелеудің мазмұнына ақыл, еңбек, әдептілік, эстетикалық, құқықтық және физикалық тәрбие мәселелерімен байланысты нақты тәрбие міндеттерін шешу кіреді. Аномалды баланы тәрбиелеу оның дефектіне зейінді қадауды, оның кемістіктерін

білдіртуді жоққа шығаратын, айналадағылардың оның физикалық және психикалық кемшіліктеріне деликатты, әдепті қарауын талап етеді. Балада оптимизм мен сенімділікті тәрбиелеу, қиындықтарды жеңу қабілетін қалыптастыру, оның компенсаторлық мүмкіндіктерін ынталандыру, жақсы қасиеттерге бағыттаумен қатар, өз әрекеттеріне сынды баға беру қабілетін дамыту өте маңызды.

3. *Дамуында проблемалары бар балаларды оқыту мен дамыту* - бұл әрекеттенудің білімін, білігін, дағдыларын беру мен меңгеруге бағытталған үрдіс, өмір сүру мен еңбекке дайындалудың негізгі құралы, оқытуда білім мен тәрбиенің мақсаттары жүзеге асырылады. Арнайы педагогика арнайы дидактика мәселелерімен айналысады. (аномалды балаларға білім беру мен оларды оқытудың теориялары). Оқу үрдісінің міндеттері, мазмұны, тереңдігі, принциптері, ұйымдастырылуы дефектінің тереңдігі мен сипатын ескерумен арнайы оқу орнының әрбір нақты типі үшін өңделеді. Осыған байланысты оқу әдістері, көрнекілік және техникалық құралдар таңдалады оқытуды дифференциациялау проблемасы шешіледі. Бұл проблема арнайы педагогикада да, арнайы психологияда да басты проблемалардың бірі болып саналады.
- Т.А. Власованың пікірі бойынша, осы ғылымдардың барлық тарауларының мақсаты – аномалды баланың даму ерекшеліктерін едәуір парапар ескеретін және бар ауытқуларын жеңуге максималды жағдай жасайтын оқу мен тәрбиенің шарттарын анықтау. Мысалы, дифференциалдық диагностиканы жетілдіру нәтижесінде жалпы білім беру мектептерінде үлгермейтін оқушылардың арасынан психикалық дамуында кідіріс бар балалар анықталды. Аномалды бала үшін, оқу жүйесі мен әдістерін таңдау барысында баланың жасы, дефектінің пайда болу уақыты ескеріледі. Есту немесе көру қабілетінен айырылу сәтінің ерекше маңызы бар (сөйлеу дамып үлгерді ме, көру бейнелері сақталды ма).

4. *Аномалды баланың дамуы*, нормалы баланың дамуына қарағанда, көбінесе оқытуға байланысты. Сондықтан оқудың болмауы немесе оның уақтылы басталмауы аномалды балалардың дамуына толтырмас шығын жасайды, олардың психикалық функцияларының қалыптасуы тежеледі, нормалы құбылыстарынан қалып қою тереңдей түседі; күрделі дефектілер болғанда, ақыл дамуының мүмкіндіктері жүзеге асырылмай қалуы мүмкін.

Белгілі, тәрбие мен оқыту аномалды баланың қалыптасып келе жатқан функцияларының, әлі де өз бетінше жүзеге асыра алмайтын, бірақ педагог көмегімен жүзеге асыратын әлеуметтік мүмкіндіктерінің қорын, яғни жақын даму өрісін, ескере, дамытушылық сипатта болу керек. Л.С.Выготскийге

сәйкес, жақын даму өрісі аномалды баланың бар мүмкіндіктерін ғана емес, психикалық дамуының болашағын да анықтайды. Оқытудың жақын даму өрісінің көкейкесті дамуға өтуін ынталандыру керек, яғни уақыт өте педагог жетекшілігі кемдеу, ал баланың міндеттерді шешуші - өз бетінше болады. Оқыту мен даму арасындағы ішкі өзара байланысты дәл осы құрайды, мұның барысында дұрыс ұйымдастырылған оқыту қалыптасып келе жатқан психикалық функцияларға сүйеніп дамуға алып барады.

Арнайы дидактиканың негізгі проблемасы - еңбекке баулу мен тәрбиелеу. Арнайы мектептерде еңбектің ерекше маңызы бар, өйткені мұнда оқушыларды өмір мен қол жетерлік мамандық жұмысқа дайындаумен ғана емес, ауру бұзған функцияларды қайта қалпына келтірумен, ақыл және физикалық дамудың дефектілерін әлсіретумен айналысады. Балалар еңбек білігі мен дағдыларын меңгеріп, жан-жақты дамуға мүмкіндік алады.

5. *Коррекциялық-тәрбие жұмысы, коррекция (латын сөзімен correctio – түзету).*

Біз коррекцияның жеке дефектілерді түзетумен қатар аномалды баланы оқыту, тәрбиелеу және дамыту үрдісінде оң нәтижеге жету мақсатында, жеке тұлғасына бүтін ықпал ету ретінде берілу туралы фактіге сіздердің назарларыңызды аударған балатынбыз (мысалы сөйлеу мен көру коррекциясы). Баланың танымдық және физикалық дамудың дефектілерін жою немесе тегістеу «коррекциялық-тәрбие жұмысы» ұғымымен белгіленеді.

Коррекциялық-тәрбие жұмысы жеке тұлғаның аномалды дамуының түрлі ерекшеліктеріне жалпы педагогикалық ықпалдың кешенді шараларының жүйесі болып табылады, өйткені кез-келген дефект жеке функцияға, теріс әсер етіп қоймай, баланың әлеуметтік толықтығын барлық жағынан төмендетеді. Ол аномалды балалардың қарапайым функцияларының механикалық жаттығулары немесе танымдық үрдістерді және әрекеттің жеке түрлерін дамытатын арнайы жаттығулардың жиынтығы ғана емес, бұл жұмыс арнайы мекемелердің оқу-тәрбие үрдісін, қызметтерінің жүйесін толық қамтиды. Коррекциялық-тәрбиелік міндетке оқушылардың жалпы білімдік және еңбек білімі, білігі, дағдысы қалаптасу үрдісіндегі сыныптық және сыныптан тыс жұмыстың барлық түрлері мен формалары тәуелді. Оқу мен арнайы мектептердің типтері мен оқушыларының жасына қарай дамудың алғашқы кезеңдерінде бұл жұмыс аномалды балаларды қоршаған орта туралы бейнелерді байытуды, өзіне-өзі қызмет көрсету дағдының, еркін қимылдар мен әрекеттің басқа түрлерінің қалыптасуын қарастырады. Коррекциялық-тәрбиелік жұмысы үшін үлкен мүмкіндіктерді еңбек тәрбиесі береді, оның үрдісінде кәсіби білік қалыптасып қана қоймай, өз жұмысын жоспарлау дағдылары, сөз нұсқаларын басшылыққа алу біліктері, жұмыс сапасын сынау білігі тәрбиеленеді. Осылайша, еңбек әрекетінің аномалды балаларды оқыту мен олардың дамуында жан - жақты мағынасы бар, сол еңбек үрдістері олардың ақыл және физикалық дамуының дефектілерін түзетуге үлкен ықпал етеді.

Коррекциялық - тәрбиелік жұмысының аномалды балалардың эмоционалдық - жігерлік өрісінің қалыптасуы және мінез - құлықтарындағы жеке тұлғалық кемшіліктерді және аутқуларды түзету үшін маңызы зор. Коррекциялық - тәрбиелік жұмыстың қажет жағдайларда қорғау режимін қолданумен немесе белсенді ақыл әрекетін ынталандыратын оқудың сәйкес формаларын қолданумен балалардың жеке ерекшеліктерін ескереді. Кемшіліктерді түзету мақсатында, аномалды балалардың нормалы балалармен қатынасу үшін жағдай жасау маңызды. Бірқатар жағдайларда аномалды балаларға емдеу - коррекциялық шаралар қажет (емдеу, денешынықтыру, сылау, артикуляциялық және тыныс гимнастикасы, медикоментоздық құралдарды қолдану).

Коррекциялық - тәрбиелік жұмысының жүйесі аномалды баланың сақталған мүмкіндіктерін белсенді қолданумен құрылады,

Л.С.Выготскийдің бейнелік сөзі бойынша, «денсаулық пудтары», «ауру алтыны» емес, бұл адамның өмір сүруі мүмкін емес жоғары психикалық үрдістерінің, функцияларының бұзылыстары мен әлсіздігін түзетіп дамытуға мүмкіндік береді. Арнайы мектептердің типтеріне қарай коррекциялық - тәрбиелік жұмысының формалары мен әдістері қолданылады, бірақ олардың бәрі балалардың жан-жақты физикалық және психикалық дамуына бағытталған.

6. *Компенсация* (латын сөзінен *compensation* – орын толтыру, теңестіру) – ағзаның бұзылған және дамымаған функцияларын ауыстыру немесе қайта құру. Бұл туа біткен немесе табылған ауытқулар салдарынан ағзаның бейімделуінің күрделі, көп жақты үрдісі. Психикалық дамуында бұзылыстары бар балаларды арнайы ұйымдастырылған оқыту мен тәрбиелеудің міндеті - бұзылған функциялардың орнын толтырудың тиімді жолдарын табу. Ішкі жүйелік компенсация зардап шеккен құрылымдардың сақталған нерв элементтерінің есебінен жүзеге асырылады. Жүйеаралық компенсация жүйе қызметінің қайта құрылу жолы мен бұрын тән емес функцияларды орындау есебінен басқа құрылымдардың жаңа элементтерінің жұмысқа кірісуі жолымен жүзеге асырылады. Функция компенсациясының екі типі де жиі байқалады. А.Адлер әлеуметтік фактордың рөлін белгілейтін, Л.С.Выготский компенсация ұғымына биологиялық және әлеуметтік факторлардың синтезі ретінде дәйектеме берді. Бұның даму үшін үлкен маңызы бар. Компенсация үрдістеріне биологиялық, әлеуметтік факторлар кіреді.

Дамуында бұзылыстары бар балаларды зерттеп, психологтар «Олардың психикасы қай дәрежеде зақымдалған және сау баланың әдеттегі функциялардың қайсысы оларда қалды екен?» деген сұраққа жауап беруге тырысты. Бұл психологтар физикалық дефективті баланың сипаттамасымен шектелді (соқыр, саңырау және т.с.с) олар жартылай дұрыс шешті, өйткені әңгіме бала туыла функциялардың және физикалық дефективті балада зардап шеккен функциялардың тағдырын зерттеу туралы еді. Бірақ

мұндай теріс сипаттамада қалуға болмайды. Бұл ең мәндінің бәрін өткізіп алу болар еді. Дефективтінің теріс сипаттамасының жанына оң сипатты да беру керек.

Тәжірибені жинау үрдісінде бала өзінің табиғи кемшіліктерінің «дефективті мінез-құлық» базасында дефектінің орнын толтыратын және қол жетпейтін міндеттерді жаңа жолдармен шешуге мүмкіндік беретін (айналма жол) мәдени тәсілдер мен дағдылар пайда болады. «Дефективті натуралды мінез-құлық» компенсациялық мәдениетке ие болады, дефектінің белгілі мәдениеті құрылады, осылайша, физикалы дефективті теріс сипаттамадан басқа оң сипаттама алады. Дәл осы оң сипаттаманы психолог зерттеу керек.

1905 жылы неміс психологы А.Адлер тұлға туралы ерекше негіз салған болатын, бұл ілім ауытқулары бар баланың психикасының және мінез-құлығының дамуында көп нәрсені түсіндіреді. Сол кезде дәрігер болған Адлердің зейіні әлдебір мүшенің күрделі ауыруынан зардап шеккен науқастардың сол кемшілікпен, әйтеуір, бір амалмен өмір сүргендеріне қадалды (жүп органдарымен оңай, басқа жағдайларда күрделі). Денеміздің жүп мүшелерінің көбі толық зақымдануы мүмкін. Алайда мұндай жағдайда, Адлер көрсеткендей, адамдар бұл бұзылыстардың, туа біткен кемшіліктердің орнын толтыра, тіпті артығымен толтыра, өмір сүреді.

Бұзылыстың компенсациясының және артық компенсациясының негізгі механизмі - ол индивид зейінінің орталығы болады және табиғи кемшілікті жаттығулармен, ең алдымен сол бұзылған функцияны (егер әлсіз болса) немесе басқа ауыстырылған функцияларды (егер жоқ болса) жөндеу мәдениетімен орнын толтыруға тырысатын белгілі «психологиялық құрылым үсті» жасалады. Нәтижесінде күтпеген бейне көрінеді: көзі нашар көретін адам сол бұзылысты өз зейінінің орталығына қалдырып, нерв-психикалық әрекеттерді соған бағыттайды, алып жатқан көру бейнелерін максималды қолданудың ерекше білігін дамытады, жұмысының негізі көру қабілеті болатын адамға айналады. Психиканы төмендететін, оны әлсіз қылатын бұзылыс дамудың ынталандырғышы болады, оны көтеріп едәуір күшті қылады.

Саңыраулықта ымдау эмоцияларды бейнелеудің қарапайым жолы болмай қалады, керісінше, едәуір жетік тәсілдер (еріннен

оқу, тактильді сөйлеу) осы қарапайым байланысты ауыстырғанға дейін маңызды коммуникативтік құрал болып келеді, сонымен бірге біз қол-аяқтың ампутациясын мысалға келтіре аламыз. Адам өзінің толыққанды өмірін жасанды аяқ-қол көмегімен қайтара алады. Оларды қолдануды үйрену осындай субъектінің мінезін қайта құрды. Соғыс жылдарында «протез психикасы» осындай жасанды қол мен аяқтың бірқатар ерекшеліктерін көрсетті.

Джеймс айтқан: «Жеке тұлға саусағының ұшымен емес, бәтеңкесінің ұшымен аяқталады, бәтеңке де, бас киім де, киім де, бас, шаш, тырнақ сияқты, тұлғаның құрамына кіреді». Жеке тұлға мәдениетінің ұғымы ағза сыртында бітпейді, ал мәдениетін зерттеу мінез-құлықты түсінуге материал береді. Көптеген физикалық дефектілер тұлғаға қосымша және оны түзету ретінде қабылданатын «костюм стратегиясымен» компенсацияланады. Жеке психикалық бұзылыстар сияқты физикалық кемшіліктер сыртқы тәсілдермен ғана емес, жеке тұлғаның мінезін бағыттауымен ұйымдастырумен компенсацияланды, бұл тұлғаның мәдени қайта ұйымдастырылуына мықты ынталандырғышы болады. Психолог тек компенсация мүмкіндіктерін ажыратып, оларды қолдана алу керек. Компенсация үрдісі жоғары нерв қызметінің маңызды қор мүмкіндіктеріне сүйенеді. Бұл үрдіс жануарларға да тән. Адамның бұзылған функцияларының компенсациясының сипаты басқа. Ол «негізінде биологиялық және әлеуметтік құбылыстардың бірлігі жатқан жеке тұлғаның барлық жақтарының адамның терең ерекше үрдісін білдіреді. Адамның компенсациясының үрдістерінің дамуында еңбек әрекеті мен қоғамдық қатынастар негізгі болып саналады».

Аномалды балаларда компенсация үрдісінде шартты байланыстардың жаңа динамикалық жүйелерінің қалыптасуы бұзылған немесе әлсіз функциялардың түзелуі, жеке тұлғаның дамуы болады. Ағзаның және оның функциялары жүйелерінің бірінің бұзылысынан болатын аномалды балалардың ерекше дамуы патологиялық үрдістерге қарсылық көрсететін қорғаныс құралдарының белсенділігін және қорының жоғарлануы фонында өтеді. Осы жерде компенсацияның әлеуметтік мүмкіндіктері айқындалады. Арнайы оқыту мен тәрбиелеу функциялардың дамуының кең мүмкіндіктерін ашады.

Біз жоғарыда атап өткенбіз, осыған байланысты Л.С.Выготский дефект минусы компенсация плюсін айналу заңы

туралы айтқан болатын, дефективті баланың оң ерекшелігі, әлдебір функцияның жоғалуында емес, жеке тұлғаның дефектіге реакция, даму үрдісінде компенсация болатын жаңа құрылымдардың бірлігінде. Егер соқыр, саңырау бала, нормалы бала сияқты, дамуында әлдегене жетсе, дефектісі бар балалар оған басқа тәсілмен басқа жолмен, басқа құралдармен жетеді және педагог үшін баланы алып баратын жолдың ерекшелігін білу өте маңызды.

Сонымен қатар зақымданған органды ауыстыратын сақталған органдар функцияларының оптималды дамуын Л.С. Выготский олардың аномалды балада ерекше туа біткен құрылымымен емес, өмірлік қажеттіліктен туған функциялардың белсенді қызметімен түсіндіреді. Аномалды баланың дамуында алдыңғы рөлді алғашқы дефект емес, оның туынды әлеуметтік салдары, оны әлеуметтік – психологиялық жүзеге асыруы атқарады. Компенсация үрдістері дефектіні толық түзете алмайды, бірақ олар дефект жасайтын қиындықтарды жеңуге мүмкіндік береді.

7. *Отбасы тәрбиесі*-реабилитацияның белсенді фактілері. Отбасы мен мектептің бірлескен күштері аномалды баланың белсенді қоғамдық пайдалы іс-әрекетке тартылуын, оның еңбек мүмкіндіктерін анықтауды және қол жетімді мамандықты таңдауды қамтамасыз етеді.

Жыл сайын реабилитация мүмкіндіктері кеңейіп келеді. Ғылыми және техникалық жетістіктер, реабилитацияның әдістері мен тәсілдерін жетілдіруде. Саңыраулар мысалы, дыбысталған сөйлеуді оптикалық белгілерге айналдыратын құралдар мен соқырлар үшін мектептерге қолданылып жатқан оқудың жаңа құралдары және қазіргі аппаратура оқу нәтижесін жоғарылататын, даму кемшіліктерін компенсациялайды.

4.3. Медициналық абилитация және реабилитация

Ерте жастағы *медициналық абилитация* - бұл медицина құралдарымен (медикаментоздық, физиотерапевтикалық, сылау, протез қою және т.б.) жасына сәйкес баланың рефлекторлық, сенсорлық, қозғауыш, психоэмоционалдық реакцияларын қалыптастыру, дамыту және жаттықтыру үшін жағдай жасауға бағытталған емдеу-алдын алу шараларының жүйесі.

Психологиялық-педагогикалық абилитацияны (психологиялық-коррекциялық жұмысты) өткізу үшін, күштерді оптималды біріктіру үшін, педагогтар мен психологтарға медициналық абилитацияның негізгі кезеңдерін білу қажет.

1 кезең – дамуда ауытқулары бар туудың болжамы (жүктіліктің алғашқы 12 аптасы) және ауру баланың тууының алдын алу (босанғанға дейін 12 апта), акушер-гинекологтар жүзеге асырады. Жүктіліктің жағымсыз ағымында алдын алу шаралары жүргізіледі.

2 кезең - жүктілікті жүргізу техникасы мен тәжірбиесі. Бала туылғаннан соң, оның нерв жүйесінің, мүшелері мен терісінің қалпын нақтылау үшін, мамандармен зерттеледі.

3 кезең - кешенді емдеу шаралары.

Медициналық реабилитация – реабилитациялық жұмыстың бастапқы кезеңі, бұзылған функциялардың қанағаттанарлық деңгейі дейтін қайта қалпына келтіру үшін, компенсаторлық және қайта құрылу үрдістерінің тұрақтануы, науқастың жаңа өмір жағдайларына бейімделу мүмкіндіктерінің қалыптасуы және дамуы үшін, бұзылыс ерекшелігін ескерумен, кәсіби дағдыларының қайта қалпына келуінде және дамуында медициналық көмек көрсету үшін, қазіргі медицинаның барлық мүмкіндіктерін қолдану.

Медициналық реабилитацияның құрамына келесі кіреді:

- медициналық емдеу мен фитотерапия;
- физиотерапевтикалық құралдармен емдеу;
- еңбек терапиясы, арттерапия;
- қайта қалпына келтіру шұғыл араласу;
- протездеу, ортездеу;
- санитарлық-курорттық емдеу.

Медициналық реабилитация педагогикалық реабилитациямен бірге өткізіледі. Реабилитациялық бағдарламаны құру келесі принциптерге негізделеді:

- 1) реабилитациялық шаралар аурулардың бірінші күндерінен басталады және бағдарлама кезеңдік құрылым шартында үздіксіз өткізіледі;
- 2) реабилитациялық шаралар кешенді, жан-жақты болу керек;
- 3) реабилитациялық бағдарлама этиологияға, патогенезге, науқас жасына және басқа факторларға қарай әрбір науқас үшін жеке дайындалу керек;

4) үлкендер үшін реабилитациялық бағдарламаның қорытынды кезеңін кәсіби бағдар мен жұмысқа орналастыру, ал бала үшін – балалық жасындағы әрекет үшін әдеттегі өмірге оралу құрастыру керек.

Балалардың реабилитациясы денсаулық сақтау, халықтық білім және әлеуметтік қамтамасыз ету мекемелерінің базасында жүзеге асырылады.

Реабилитациялық үрдістің кезеңдері:

- 1) стационарда реабилитациялық-қайта қалпына келтіріп емдеу (1-3 ай).
- 2) Реадаптация (қайта бейімделу)- функцияның қайта қалпына келу мен компенсациясына сәйкес әлдеқандай деңгейде өмір сүру жағдайларына науқастың бейімделуі.
- 3) Реабилитацияның өзі - әдеттегі іс-әрекеттерінде, өзінің бұрынғы міндеттеріне оралу. Балаларда бұл кезең дамуда туынды және келесі ауытқуларды болдырмау үшін, бұзушылықты толық немесе бөлшекті жеңуді, оның компенсациясын және уақытылы коррекциялық – педагогикалық көмекті қарастырады.

Өмір сүрудің шектеулі мүмкіндіктері бар тұлғалардың санын азайтуға бала дамуындағы ауытқуларды ерте анықтау және ерте диагностика арқылы медициналық құралдармен алдын алуды жетілдіру арқылы, реабилитациялық және реабилитациялық шараларды жетілдіру, коррекциялық - білімдік үрдістің медицинамен қатар жүру сапасын жоғарлату арқылы жеткізуге болады.

4. 4. Медициналық- әлеуметтік- педагогикалық патронаж

Патронаж балаға аман қалдырудың, емдеудің, арнайы оқу мен тәрбиенің күрделі проблемаларын шешуге көмек берудің ерекше түрі. Оған диагностика кіреді - білім алуда таңдауда ақпараттық іздеу мен көмек көрсету; жеке реабилитациялық бағдарламаларды жобалау.

Жоспарларды жүзеге асыруда бірінші көмекті психологиялық – медициналық – педагогикалық комиссиялар (ПМПК); диагностикалық және реабилитациялық орталықтар және т.б. көрсетеді.

Медициналық - әлеуметтік, педагогикалық патронаж келесі бағыттар бойынша жүзеге асады:

- 1) жеке білім алу бағытын таңдауға көмектесу;
- 2) коррекциялық-дамыту бағдарламаларын өңдеу мен жүзеге асыру;
- 3) ата – аналар үшін арнайы оқу бағдарламаларын жүзеге асыру және оларды коррекциялық-педагогикалық үрдіске қосу;
- 4) оқуға бүтін тұрғыдан қарауды қамтамасыз ету;
- 5) білім беру жүйесінің дамуына балаларды оқыту мен әлеуметтендірудің нұсқаулық жүйесін құруға бағытталған қазіргі жазбалар ауқымында көмек көрсетеді;
- 6) арнайы білім беру жүйесіндегі мекемелерде педагогикалық технологияларды жүзеге асыру;
- 7) баланың мүмкіндіктеріне сәйкес еркін дамуына бағыт алу – арнайы білім беру саласында инновацияларды жүзеге асыру үшін БАҚ тарту;
- 8) қазіргі қоғамда мүмкіндіктері шектеулі адамның мәртебесінің дамуына жағдай жасау.

4.5 Медициналық-әлеуметтік профилактика (алдын-алу) және ерте кешенді көмек

Ерте диагностика қазіргі арнайы педагогика мен психологияның көкейкесті мәселесі болып келеді.

1993 жылдың БҰҰ Ассамблеясы келесінің маңыздылығы мен қажеттілігін атап өтті:

- мүгедектер үшін тең мүмкіндіктерді қамтамасыз ету;
- мүгедектік беру үрдісіне кешенді тұрғыдан қарауды белгілеу;
- физикалық, ақыл, сенсорлық дефектілердің пайда болуының алдын алуға бағытталған шаралар кешенін әзірлеу.

Қазіргі кезде ерте көмектің диагностикалық бағдарламалары өңделіп, тәжірибиеде қолданылып жатыр, олардың ішінде біз келесілерін бөлеміз:

- коннектикуттық тест (нәрестелер мен 3 жасқа дейінгі балалардың дамуын зерттеу)
- Мюнхендік функционалдық диагностика.

Е.А.Мастюкова, Е.А.Стребелева және басқа мамандар өңдеген дамуында ауытқулары бар балалардың ерте диагностикасымен оларға психологиялық-педагогикалық көмек көрсетудің бағдарламалары ПМПК орталықтарында тәжірбиелік қолдану үшін негіз болып табылады. Әлеуметтік профилактиканың міндеті - педагогикалық орта жағдайында коррекция жасау.

4. 6 Мүмкіндіктері шектеулі тұлғаларға әлеуметтік-педагогикалық көмек көрсету

Әлеуметтік көмек халықтың едәуір әлсіз қатарларын әлеуметтік қорғаудың мемлекеттік жүйесінің құрылымдық элементі болып келеді.

Әлеуметтік көмек – қабілеттерін және әлеуметтік қызметін жақсарту мақсатында, халықтың экономикалық қамтамасыз етілмеген, әлеуметтік әлсіз, психологиялық әлсіз қатарларының өкілдеріне гуманитарлық қызмет көрсету кешені.

Әлеуметтік көмек келесіде көрінеді:

- зейнетақы мен жәрдемақыға кезеңдік және бір уақытылы қосымша төлем беру;
- халықтың едәуір кем қорғалған қатарларына мекен-жайлық көмек көрсету, жағымсыз әлеуметтік-экономикалық жағдайлар туғызатын өмірлік тоқырау кезеңдерін жою немесе болдырмау мақсатында ұзақ уақыт қызмет көрсету.

Мүмкіндіктері шектеулі тұлғаларды қорғау барысында әлеуметтік – педагогикалық іс-әрекет – бұл қоғамның түрлі қатарларындағы жас кезеңдерінде ерекше қажеттіліктері бар адам тұлғасының даму ерекшеліктерін ескерумен және барлық әлеуметтік институттардың, тәрбие мен әлеуметтік көмектің барлық субъектілерінің қатысуымен өтетін әлеуметтік тәрбиенің үздіксіз педагогикалық мақсатты ұйымдастырылған үрдісі.

Мұндай қызметтің пәнаралық сипаты бар, түрлі бағдар мамандарының күшімен жүзеге асырылады, бірақ алдыңғы орынға әлеуметтік педагогтар ие болады.

Мүмкіндіктері шектеулі тұлғаларға қазіргі әлеуметтік-педагогикалық көмек құрылымының көп бағдарлы сипаты бар:

- Мемлекеттік сектор: мекемелер, кәсіпорындар, министрліктер мен ведомстволардың қызметтері (Еңбек және

әлеуметтік даму министірлігі, Білім және ғылым министірлігі, Денсаулық сақтау министірлігі, және т.с.с)

- Муниципалдық сектор – аумақтық және жергілікті басқару қызметтері, мекемелер, кәсіпорындар.

- Мемлекеттік емес сектор – қайырымдылық, діни және басқа мемлекеттік емес ұйымдар құрайтын мекемелер, қызметтер, кәсіпорындар.

Әлеуметтік-педагогикалық көмектің қазіргі жүйесінің негізгі ережесі – қоғам мен мемлекет қатынасы бойынша жеке тұлға мен отбасы приоритетін бекіту. Қазіргі кезде әлеуметтік - педагогикалық қызмет мүмкіндіктері шектеулі тұлғалар туралы сынақ ақпаратының жоқтығымен тежелуде.

Әлеуметтік педагог барлық әлеуметтік институттарының өкілдерімен, педагогтармен, дәрігерлермен, ата-аналармен және басқа мүдделі тұлғалармен бірге өзара әрекет жасайды.

Әлеуметтік педагогтың *жұмыс мазмұнын* келесі бағыттар құрайды:

- социумда гуманды (адамгершілік) қарым - қатынасты қалыптастыру;
- бала тұлғасының өзін-өзі дамытуына көмектесу;
- бітірушілерге әлеуметтік бейімделуде және реабилитацияда көмек көрсету;
- отбасында қарым-қатынасты сауықтыруға және нормаға келтіруге күшті бағыттау, қарым-қатынас дефицитін (тапшылығын) жою;
- оқушылардың жеке және әлеуметтік проблемаларын жою;
- тұлғааралық қатынаста конфликт жағдайларын анықтау және шешу;
- құқықтық ағартушылықты ұйымдастыру;
- полиция немесе сот органдарында мекеме атынан оқушылардың мүдделерін қорғау;
- балалардың әрі қарай жұмысқа орналасу мен оқу үшін қажет құжаттарды дайындауда арнайы мекемелердің әкімшілігімен, психологтармен, педагогтармен, басқа қызметкерлермен бірге жұмыс істеу.
- Әлеуметтік, медициналық көмекті қажет ететін балалардың патронажы.

Әлеуметтік-педагогикалық көмекті ұйымдастыруда кешенді психологиялық – медициналық-педагогикалық кеңестер,

реабилитациялық және психологиялық – медициналық – педагогикалық орталықтар инновациялық мекемелер болып келеді.

Еңбек және әлеуметтік даму министрлігінің жүйесінде мүмкіндіктері шектеулі балалар мен үлкендер үшін арнайы мекемелердің желісі бар:

- терең ақыл кемдігі бар балалар үшін интернат үйлер;
- ауыр физикалық ауытқулары бар балалар үшін балалар үйі;
- арнайы техникалық училищелер;
- қартайғандар мен мүгедектер үшін интернат үйлер;
- психоневрологиялық интернаттар.

Мүмкіндіктері шектеулі тұлғаларға әлеуметтік-педагогикалық көмек саласының дамуының негізгі бағыттарын бөлейік:

1. Әлеуметтік педагогикалық көмек мемлекеттік қоғамдық жүйесінің дамуы.
2. Арнайы мектеп негізінде мектеп бітірген соң мектеп жасының шегінен де тыс әлеуметтік тәрбие үрдісін жетілдіру.
3. Жаңа ведомствоаралық мекемелердің ықпалы (ПМПК, реабилитациялық мекемелер)
4. Профилактика мақсатында ерте диагностика және ерте көмек қызметтерін ұйымдастыру.
5. Барлық қатысушылардың субъект-субъект қатынасын қалыптастыру негізінде тәрбие үрдісін басқаруды ұйымдастыруын қайта бағдарлау.

Реабилитацияның жеке бағдарламасы іс-әрекеттің белгілі түрлерін, оның ішінде кәсіби еңбек, орындауға қабілетін қайта қалпына келтіру немесе қалыптастыру және ағзаның жоғалған немесе бұзылған функцияларын қайта қалпына келтіруге, компенсациясына бағытталған шаралардың кешені (медициналық, педагогикалық, психологиялық, әлеуметтік).

Реабилитацияның жеке бағдарламасы шегінде адамның еңбек қабілеттілігінің мүмкіндіктерін ескерумен кәсіби бағдар қарастырылады. Реабилитацияның жеке бағдарламасы ұсынымдық болып келеді және оның тегін, ақылы бөлімдері бар.

Мүгедектіктің 1 тобы – ауру, жарақат немесе даму дефектісінің салдарынан болған ағза функцияларының тұрақты және өте айқын бұзылуы бар тұлғаларға беріледі. Оның салдарынан келесі едәуір маңызды бұзылыстар болуы мүмкін:

- өзіне -өзі қызмет көрсету, қоғамдық айналымдағы кеңістікте бағдар табу қабілеттерінің бұзылуы;

- қатынас пен өз әрекеттерін бақылау қабілеттерінің бұзылуы.

Мүгедектіктің 2 тобына ауру, даму дефектілерінің зақымдандыру салдарынан ағза функцияларының тұрақты айқын бұзылыстары бар тұлғалар кіреді.

Денсаулықтың бұзылуы оқу мүмкіндіктері мен еңбек әрекетінің, өзіне-өзі қызмет көрсету мүмкіндіктерінің шектелуіне әкеледі.

Мүгедектіктің 3 тобы ауру, жарақат немесе даму дефектілерінің нәтижесінде ағза функцияларының тұрақты, бірақ маңызды емес немесе баяу айқын бұзылыстары бар адамдарға беріледі.

Екінші және үшінші топ мүгедектері оқу мен еңбектенуге мүмкіндіктері бар.

Еңбек қабілетінде болашақ шектеулері бар, дамуында ауытқулары бар балалар мен жасөспірімдер үшін, кәсіби-бағдарлы жұмыстың мазмұны мен әдістеріне және бұзылыс ауырлығының дәрежесіне қарамастан, кәсіби-бағдарлы және кәсіби-кеңестік жұмыс мектепте оқу кезеңінен басталады.

Мұндай жұмысты ұйымдастырудың жалпы заңдылықтары бар.

Әлдебір еңбекке қабілеттілігі шектеулі адамның қабілеті тәуелді ішкі және сыртқы факторларды анықтау үшін келесі қажет;

- 1) ағзаның түрлі жүйесінің бұзылыстарының, жеке және психофизиологиялық ерекшеліктерінің сипаты мен айқындылық дәрежесін анықтау;
- 2) жасөспірімдер мен үлкендер үшін еңбектің қол жетімді түрлерін анықтау;
- 3) іс-әрекетте немесе мамандықта тұлғаның жеке қызығушылықтарын анықтау.
- 4) ақыл және физикалық еңбекке қабілеттігінің қандай екендігін анықтау;
- 5) эмоционалдық - жігерлік, сенсомоторлық, интеллектуалдық өрістердің қалпын анықтау;

Үлкен адам үшін аурумен, жарақатпен немесе даму бұзылысымен байланысты психологиялық және әлеуметтік мәртебесінің өзгерістерінің сипатын анықтау маңызды.

Дамуында бұзылыстың барын және онымен байланысты шектеулерді саналы сезу өзін-өзі адекватсыз бағалауға,

психиканың әлсіреуіне, маргинализация мен айналадағылармен қатынасты шектеуге алып келеді.

Егде жастағы мүгедектік психологиялық жарақат береді, адам қоршаған ортаны, өмірін, қатынастағы айналасын ауыстыруға мәжбүр болады; оның айналасындағыларға тәуелді болуы, еңбек әрекетін ауыстыру моралдық және материалдық шығын жасауы мүмкін.

Мамандықты мектеп жасында таңдау ерекше білікті өткізілуі керек және оқушылар үшін вакансиялар жүйесі бар.

Бұзылыстың сипаты мен ауырлық дәрежесіне қарай еңбек қабілеттілігі шектеулі адам кәсіби білімнің түрлі түрлерін алуы мүмкін: бастауыш кәсібиден жоғары кәсібиге дейін.

Еңбек қабілеттілігі шектеулі тұлғада интеллектуалдық норма болған жағдайда, оның жоғары және орта кәсіби білім мекемелерінде оқуға бірдей мүмкіндіктері болады.

Бақылау сұрақтары

1. Педагог пен психолог үшін ғылымның ұғымдық аппаратын білу неге маңызды?
2. Арнайы педагогиканың негізгі категорияларын атаңыз.
3. Арнайы психологияның негізгі категорияларын атаңыз.
4. Осы ғылымдардың ұғымдық аппараттарының қалыптасу ерекшеліктері неде?
5. Компенсаторлық үрдістердің психологиялық мәнін түсіндіріп беріңіз.
6. Дамуында ауытқулары бар балалармен коррекциялық-педагогикалық жұмыстың ерекшеліктері неде?

Семинарлық сабақтар үшін материал

Негізгі ұғымдар. Балаларды іріктеу медициналық –педагогикалық комиссия, психологиялық – педагогикалық кеңес, ПМПК құрамы, құжаттама, қортынды, бақылау принциптері, бақылау бағыттары, психологиялық зерттеу үшін базаның диагностикалық жиынтығының маңызды функциялары мен дағдылар.

Әдістемелік сілтемелер. Бұл семинардың негізгі міндеті - дамудағы ауытқулардың диагностикасының кешенді, жан-жақты

жүйелі сипатын ашу және баланың бар бұзылысы анықталуын және дұрыс диагностикасы

зерттеуде тек түрлі бағдар мамандары қатысқанда ғана болуы мүмкіндігін көрсету. Ол үшін МПК алдындағы ПМПК артықшылығын, сол мекеменің құрылысы мен ұйымдастырылуын түсініп алу қажет. Сонымен бірге ПМПК мамандары басшылыққа алатын арнайы мекемелерге балаларды іріктеу принциптерін сипаттау қажет: патологияның белгілі түрі бар балаларды басқа топ балаларынан дәрежесі бойынша дифференциалдық оқыту, жас бойынша принцип.

Зерттеудің негізгі бағыттары медициналық, психологиялық, логопедиялық

болғандықтан, олардың әрқайсысын талдау қажет. Сонымен қатар зерттеу принциптерін бөліп, оларға сипаттама берген жөн.

ПМПК түрлі жастағы балаларды психологиялық зерттеу үшін, проблемаларды қарастыру мен әдістерді таңдау сонымен қатар жасқа сәйкес мектеп үшін маңызды функциялар мен дағдылардың қалыптасу талаптарын ескерту ерекше зейінді талап етеді.

Қазіргі кезде мектепке дейінгі арнайы педагогика мен логопедия мен тәжірбиесі белсенді дамып келе жатыр. Медициналық-психологиялық – педагогикалық қызметтердің алдында коррекциялық-тәрбиелік, дамытушы және емдеу-профилактикалық ықпалдың парапар жекеленген шараларын анықтау үшін, әрбір баланың психикалық дамуының ерекшеліктерін терең зерттеу міндеті тұр.

Кейбір бұзылыстар орталық сипатта, қалғандары-перифериялық. Кейбір жағдайларда сөйлеудің немесе интеллект дамуы бұзылады, басқа жағдайларда сенсорлық дефекті айқындалады (есту, көру, бұзылыстары), кейбір бұзылыстар қимыл өрісінде болады. Кейбір бұзылыстар едәуір жеңіл, басқалары ауыр органикалық сипатта болады. Соңғы уақытта ауыр емес, әлсіз айқын (немесе, басқаша айтқанда, парциалды, бөлшекті) бұзылыстар жиі кездеседі, бірақ олардың комбинозында (құрамасында) оларды анықтау, коррекциялық ықпалды бағалау мен ұйымдастыру қиын.

Дамуында ауытқулары бар мектепке дейінгі жастағы балаларға кешенді психологиялық - педагогикалық коррекциялық

ықпал ету әдістемелік - әдістік принциптерінің бірқатар негізінде жүзеге асырылады:

- жүйелілік;
- жұмыстық бірізділігі;
- балаға дифференциация және жеке тұрғыдан қарау;
- қол жетімділігі.

Ең бірінші және едәуір маңызды принциптердің бірі - *онтегенетикалық принцип*. Бұл принцип баланың жас және психофизикалық ерекшеліктерін оларда бар бұзылыстардың сипатын ескереді. Бұл принцип коррекциялық ықпалды интеллектуалдық, сөйлеу, сенсорлық, қимылдық және эмоционалдық дефект бұзылыстарын жоюға немесе әлсіретуге, коррекцияға немесе компенсацияға, тұлғаның әрі қарай өзін-өзі дамыту үшін тек дамудың негізгі буындарының қалыптасуында ғана мүмкін толыққанды негіз құруға бағыттайды.

Әрекеттік принцип – коррекциялық тәрбие мен оқудың негізгі принциптерінің бірі. Ол іс-әрекетті баламен бірге ұйымдастыру барысында баламен жұмыс өткізуді көздейді.

Есту мен көру мүшелерінің дамымауы баланы ақпараттық маңызды көздерінен айырады, әсіресе егер бала есту мен көру қабілетінен ерте жаста айырылса. Психикалық дамуда қалып кетудің айқындылық дәрежесі, көру мен есту бұзылыстарының пайда болу уақыты мен ауырлығына байланысты көру мен есту бұзылыстары қаншалықты ерте және ауыр болса, баланың психикалық және сөйлеу дамуындағы кідіріс соншалықты айқын көрінеді. Тілдің барлық компоненттерінің дамымауы (дыбысты дыбыстау, сөздіктер, грамматикалық қатар, байланысты сөлеу) баланың дерексіз-логикалық ойлауының қалыптасуын тежейді. Баланың қалпы үшін коррекциялық ықпал сипатының да маңызы зор.

Есту мен көру бұзылыстары бар балалардың әлеуметтік бейнесі эмоционалдық және мінез-құлықтық бұзылыстармен күрделенеді. Олар ерте госпитализмнен, баланың отбасында тәрбиелеудің адекватсыз шарттарынан пайда болатын әлеуметтік депривация мен алғашқы дефекттен пайда болған туынды ауытқулар ретінде қалыптасады. Мұндай деффектілер бар балалардың мінез-құлықтық және эмоционалдық бұзылыстары орталық нерв жүйесінің органикалық зақымдануының барымен де дәйекті.

Көру бұзылыстары бар балаларда (соқыр және нашар көретіндер) қоршаған әлем туралы білім мен бейнелердің шектеулігі, дерексіз ойлаудың жетіспеуі, сөздердің мәнді сәйкестігінің дәлсіздігі белгіленеді. Көрудің бұзылуы қимыл дағдыларының дамуын тежейді, балалардың моторлық белсенділігі жоғары емес, оларға оптикалық-кеңестік дамымау, жалпы баяулық, жоғары шаршау мен азу тән.

Көру бұзылыстары бар балалардың психикалық қалпы микроәлеуметтік ортаға баланың жалпы және тіл белсенділігін ынталандыру факторларына және көптеген басқа факторларға байланысты.

Сенсорлық алалияның негізгі симптомы - қаратпа тілді түсінудің әлдебір дәрежеде бұзылуы: бір жағдайларда бала сөйлегенді тіпті түсінбейді, басқа жағдайларда тілдің дыбысталуын тыңдап, және сөздерді түсінуде, едәуір жеңіл жағдайларға қарапайым қаратпа тілді түсінеді, бірақ оның фонематикалық қабылдауы толық қалыптаспаған, жіңішке акустикалық дифференциациялар жоқ, жоғары акустикалық анализі мен синтезі жоқ. Бұл ми қыртысының дамуымен байланысты. Сенсорлық алалия, моротлық алалияға қарағанда, сирек кездеседі. Логопедиялық жұмыс күрделі, болжам белгісіз, әсіресе ауыр жағдайларда.

Сенсорлық алалиясы бар балаларды естуі төмен балалардан ажыратуға мүмкіндік беретін дифференциалдық диагностика үлкен теориялық және тәжірбиелік қызығушылық туғызады. Соңғы ғылыми мәліметтер бойынша, сенсорлық алалия барысында естудің әлдеқандай төмендеуі кездесуі мүмкін (кездеспеуі де мүмкін), бірақ ол дефект бейнесінде алдыңғы болмайды; бала қаратпа тілді естімегендіктен түсінбейді емес, ол естіген нәрсесін түсінбейді.

Сенсорлық алалиясы бар баланың есту қабілетін тексеру керек. Есту қабілетін аппаратуралық зерттеуді (аудиометриялар) бірнеше рет (8-10) өткізген дұрыс, ал салыстыру барысында едәуір жиі ұқсастықтарына сүйенген жөн.

Сенсорлық алалиясы бар және әлсіз еститін балаларды ажырату үшін, бірнеше диагностикалық көрсеткіштер белгіленген. Олардың ішінде;

- 1) әлсіз еститіннің қабылдаудың тұрақты шамасы бар (тәуліктің кез келген уақытында, түрлі жағдайларда оның естуі

бірдей), ал сенсорлық алалиясы бар балада есту функциясының тұрақсыздығы белгіленеді: бірде едәуір төмен дыбысты естіп түсінеді, бірде едәуір жоғары дыбыстағанды қабылдамайды. Аудиометриялық зерттеулер көрсеткіштерінің тұрақсыздығы ми қыртысының дамымаған жасушаларының жұмысының бұзылғанына куәлік етеді. Мидың дамымаған жасушалары өте тез шаршайды, оларда жоғары акустикалық анализ бен синтездің үрдістері нормалы өтуі мүмкін емес, қозу мен тежелу үрдістері кезектесе алмайды, сондықтан түрлі жағдайларда естіп қабылдаудың түрлі көрсеткіштері анықталады. Ал сенсорлық алалиясы бар адамдар аса жоғары дауысты дыбыстарды елемейді; едәуір төмен, салмақты дыбыстарды бала жақсырақ қабылдайды.

2) әлсіз еститін бала есту аппаратын қолдану барысында жақсы естиді, ал сенсорлық алалиясы бар бала есту аппаратын қолдана алмайды; құлағы мен басы ауырады; дыбыстардың күшеюі ол үшін жағымсыз қоздырғыш болады. Сенсорлық алалиясы барысында көп жағдайда гиперакузия болады - қоршағандар елемейтін төмен дыбыстарға сезімталдылық (мыжылып жатқан қағаздың шуы, краннан тамшылап жатқан су). Естуі әлсіз мұндай төмен дыбыстарды елемейді, ал сенсорлық алалиясы бар бала мұндай жағдайда жағымсыздықты сезеді. Естуі әлсіздің дауысы дыбыссыз, тыныш және төмен болады, ал сенсорлық алалиясы бар баланың даусы ұяң, дыбысты, нормалы болады.

3) естуі әлсіз баламен, сенсорлық алалиясы бар балаға қарағанда, байланыс жасау оңай.

Проблемалық баланың дамуының әрбір кезеңі және ода бар бұзылыстардың формасы отбасының баламен жұмыс істеудің ерекшелігін белгілейді.

Балалардың психикалық және физикалық денсаулығын шыңдау, олардың мінез - құлықтарының толыққанды дамуы мен қиындықтарын коррекциялау мақсатында, мектепке дейінгі мекеме мен отбасының жан-жақты өзара әрекеттесуі қажет. Ата –аналар мен педагогтардың өзара әрекеттесу үрдісі балалардың толыққанды дамуы үшін едәуір жағымды жағдайлар жасайды.

Оқыту, тәрбиелеу және қайта тәрбиелеу педагогтардың, ата-аналардың және баланың өзінің қызметтестігі арқылы ғана тиімді болады. Педагогтар мен ата-аналар мақсатты белгілеуде,

талаптарды қоюда біртұтас болу керек, баланың қиындықтары мен ерекшеліктері туралы бір-біріне ақпарат беру керек, оның оң сапасына сүйенуі керек, баланың кіші позитивті табыстарын бекіту керек.

Педагогтар мен ата-аналардың қызметтестігі баланы табысты оқу мен тәрбиеленуінің негізі. Анализ, болжам, іс-әрекет жасау – баланың дамуындағы ауытқуларды, мінез-құлықтарындағы ерекшеліктерді, олардың салдарынан болатын қиындықтарды кешенді жеңудің жолы.

Көптеген жағдайларда дамуында ауытқулары бар балалар емдеу-сауықтыру және психологиялық-педагогикалық ықпалды қажет етеді. Баланың отбасында тәрбиеленудің және сауықтыру мен оқыту кешенді шаралардың ерте басталуының коррекциялық нәтиже үшін маңызы бар.

Кешенді шаралар жүйесінде үлкендердің балада бар қиындықтарға, проблемаларға, бұзылыстарға дұрыс көзқарастың болуы маңызды. Шектен тыс қамқор (гиперқамқорлық), балаға көңіл бөлмеу сияқты (гипоқамқорлық) баланың жалпы нерв-психикалық қалпын едәуір дәрежеде ауырлатады, оның әлеуметтік бейімделу үрдісін қиындатады. Сөзсіз, барлық жағдайларда ерте коррекцияның ықпалы көрсетілген, бұл жұмыстың максималды тиімділігін қамтамасыз етеді.

Арнайы педагогиканың маңызды проблемасы – бала үйінде, отбасынан тыс тәрбиеленіп жатқан балаларды зерттеу.

Мектепке дейінгі бала үйінің тәрбиеленушілерінде көрнекі - бейнелік ойлау дамуында қалып қою белгіленеді. Балалар төмен психикалық белсенділікпен, тіл қатынасының жеткіліксіз мотивациясымен көзге түседі. Олар жиі енжар, көңілсіз, өз жұмысын бағалауға немқұрайлы, азған, шаршаған, негативті, эмоциялық реакциялары тұрақсыз және терең емес. Балалар белсенді өз бетінше әрекеттену дағдыларының жоқтығымен ерекшеленеді.

Мектепке дейінгі балалар үйінің тәрбиеленушілерін сипаттағанда, сөйлеу мен ойлаудың дамымауына себеп болатын биологиялық үйлесімін белгілеген жөн.

Көптеген себептерге байланысты (баладағы бұзылысты уақтылы анықтамау, ата-ана мен тәрбиеленушілердің баладағы қиындықтарға көңіл бөлмеуі, арнайы мекеменің жоқтығы және басқа) жалпы типті балабақшада онша айқын көрінбейтін,

нәтижесінде, қиын айқындалатын, қимыл, сенсорлық немесе интеллектуалдық өріс дамуындағы ауытқулардың дұрыс диагностикасы өткізілмеген балалар, сөйлеу дефектілерімен, эмоционалды бұзылыстары бар, мінез-құлықтарының бұзылыстары және тағы сол сияқты балалар жиі кездеседі. Бұл, әдетте, есту мен фонематикалық қабылдаудың бұзылыстары бар, көру мен оптика – кеңістіктік бейнелердің бұзылыстары бар, тірек-қимыл аппаратының бұзылыстары бар және дамуында психофизикалық кідірісі бар, соматикалық немесе нервтік-психикалық әлсіз балалар.

Әрбір баланы, оның дамуының ерекшеліктерін жете зерттеу, арнайы таңдалған оқу құралдары бойынша онымен жеке жұмыс істеу, адекватты әдістер мен ықпал тәсілдерін қолдану баланың әрі қарай оқуы мен әлеуметтік бейімделуіне жақсы дайындауға мүмкіндік береді.

Танымдық, сенсорлық, қимыл, сөйлеу, эмоционалды - жергілікті өрістерінің уақытылы коррекциясы коррекциялық бағытта қосымша сабақтарды өткізумен және емдеумен қамтамасыз етіледі.

Бақылау сұрақтары

1. Сіз қандай арнайы мекемелерді білесіз?
2. ББМ оқу мен тәрбиенің ерекшеліктерін атаңыз?
3. Дамуында бұзылыстары бар мектепке дейінгі жастағы балалардың психикалық дамуының ерекшеліктерін атаңыз.
4. Дамуында ауытқулары бар балаларға кешенді коррекциялық ықпал ету барысында қандай әдістемелік-әдістік принциптер қолдану керек?
5. Көру бұзылыстары бар балалардың дамуында қандай кемшіліктер байқалады?

Семинарлық сабақтар үшін материалдар

Семинар сабағында тақырып бойынша сұрақтарды талқылау ұсынылады, сонымен қатар студенттерді, дамуында аномалиялары бар мектепке дейінгі жастағы балалардың кейбір психикалық үрдістерін коррекциялауға болатын ойындармен таныстыру қажет.

5. Интеллект бұзылыстары бар балалардың психикалық дамуының ерекшеліктері және олигофренопедагогиканың пәні ретінде оларды оқыту мен тәрбиелеудің проблемалары

Тақырыптың қысқа мазмұны. Ақыл кемдігі ұғымы, оның формалары мен себептері. Ақыл кемдігінің сұрыптамасы. Ақылы кем тұлғаларға қатысты қысқа тарихи ақпарат және әлеуметтік саясаттың негізгі сипаттамасы. Ақылы кем балаларды оқыту, тәрбиелеу және дамыту проблемалары. Ақыл кемдігінің ауыр формалары бар балаларға психологиялық-педагогикалық көмек көрсетудің отандық тәжірибесі. Айқын интеллекттуалдық бұзылыстары бара балаларды тәрбиелеудің, оқытудың және дамытудың тәжірибесі. Жалпы білім беру мектеп жағдайында ақылы кем балаларды оқытуды жүзеге асыру бойынша педагогтарға ұсыным.

5.1. Ақыл кемдігі ұғымы, оның формалары мен себептері

Олигофренопсихология мен олигофренопедагогиканың едәуір маңызды міндеттері - дефектінің түрлі құрылымдары бар ақылы кем балалардың психикалық дамуының заңдылықтары мен ерекшеліктерін, сонымен қатар коррекциялық оқыту мен тәрбиелеудің ықпалымен дефект компенсациясының дәйектілігін дәлелдейтін психологиялық проблемаларды зерттеу.

Белгілі болғандай, интеллекттуалдық бұзылыстардың клиникасы ақыл кемдігін бас миының органикалық зақымдануының нәтижесінде пайда болған танымдық әрекеттің тұрақты қалпына келмес бұзылысы ретінде түсінеді.

Ақыл кемдігінің пайда болу себептері әртүрлі. Оларға тұқым қуалайтын аурулар (микроцефалия, фенилкетонурия, қосатын тіндердің тұқым қуалайтын аурулары, орталық нерв жүйелерінің тұқым қуалайтын дегенеративті аурулары) хромосомалардың құрылымдағы және санындағы бұзылыстар (Даун синдромы, Х –хромосомалы олигофрения, Клайнфельтерн синдромы, Шеренивский-Тернер синдромы және т.б.) кіреді.

Ақыл кемдігі құрсақтық даму кезеңінде ұрыққа әсер ететін патогенді (зиянды) факторлардың түрлі тектерінің салдарынан болуы мүмкін.

Ең алдымен оларға құрсақтық инфекциялар, созылмалы – токсоплазмоз, листериоз, сифилис, цитолитолия және басқа вирустық аурулар -қызамық, эпидемиялық паратит, қызылша, жел шешегі, грипп және т.б. кіреді. Жүктіліктің едәуір кеш кезеңдерінде ананың өткір инфекциялық аурулары ұрықтың құрсақтық зақымдануының және құрсақтық энцефалит пен менингоэнцефалит пайда болуы мүмкін. Ұрық миының дамуына анасының кейбір созылмалы аурулары жағымсыз ықпал етеді. Жүктілік кезеңінде қолдануға болмайтын дәрілік препараттарды қолдану ұрықтың интоксикациясын болдыруы мүмкін (кейбір антибиотиктер, нетролептикалық және құрсаққа қарсы препараттар, гормондар, ұрықты түсіретін). Ата-аналардың темекі шегуі, маскүнемдігі, есірткі қолдануы ұрықтың дамуына өте үлкен зиянын тигізеді, ананың дұрыс тамақтанбауы, жүктілік кезінде болған түрлі физикалық және психикалық жарақаттар, жүктілікке дейін және жүкті кезінде әйелдің зиянды өндірісте жұмыс істеуі. Қоршаған ортаның жағымсыз жағдайлары, жүкті әйел тұратын жердің жоғары радиациясының болуы- осының бәрі өте зиян. Ана мен ұрық арасындағы резусфактор бойынша немесе қанның топтық антигендігі бойынша иммунологиялық конфликт те ақыл кемдігінің себебі болуы мүмкін.

Босану кезеңінде мидың босанған кездегі жарақаттары патогенді фактор болып келеді.

Босанғаннан кейін кезеңінде ақыл кемдігі нейроинфекциялардың салдарынан болуы мүмкін (менингит, менингоэнцефалит, парайнфекциялық энцефалит). Сирек бас-ми жарақаттары, интоксикациялар (улану) болуы мүмкін.

«Ақыл кедімгі» термині интеллекттің тұрақты бұзылыстарын қосатын жалпылама ұғым болып келеді, яғни орталық нерв жүйесінің (ОНЖ) асқынған аурулармен дәйектелген резидуалды, прогрессивті сияқты интеллектуалдық дамымаудың түрлі клиникалық формалары. Ақыл кемдігінің клиникалық формаларының ішінен *олигофрения* мен *деменцияны* бөледі.

Олигофрения – онтогенездің ерте кезеңдерінде орталық нерв жүйесінің зақымдануының салдарынан пайда болатын танымдық іс-әрекеттің күрделі формаларының тұрақты

дамымауы, мұның барысында ағымды ауыратын үрдіс байқалмайды. Демениция – бұл қатынасқан интеллекттің бұзылысы, ол ағымды нервтік-психикалық аурумен қатар жүруі мүмкін. Олигофрения тұқым қуалаушы факторлардың, хромосомалық абберациялардың, экзогенді зияндықтардың, босану және ерте постнаталды кезеңде орталық нерв жүйесінің зақымдануының салдарынан болады.

М.С.Певзнер, К.С.Лебединскаяның пікірлері бойынша «олигофрения баланың аномалды дамуының бір түрі, күрделі үрдіс, оның барысында даму бұзылысы баланың жалпы психикалық дамуындағы әлдебір бұзылған функцияның алатын маңызына және бұзылыс ситогенездің қай кезеңінде пайда болуына байланысты».

Олигофренияда нормадан қалуда ғана емес, терең ерекшіліктерінде де көрінетін психиканың тұрақты дамымауы байқалады. Олигофрениясы бар балалар дамуға қабілетті, бірақ дамуы баяу, атипті жүзеге асады. Олар ақылы кемдердің едәуір көп санын құрайды.

Саны бойынша аз топ – ақыл кемдігі 3 жастан кейін пайда болған тұлғалар. Ми жарақаттарының, түрлі аурулардың нәтижесінде қалыптасқан функциялардың бұзылысын **демениция** деп атайды.

Демениция барысында интеллектуалдық дефект қайта қалпына келмейді. Мысалы, төрт жасар балада демениция фразалық тілдің бұзылыстары, өзіне-өзі қызмет көрсетуде, ойынға сурет салуға қызығушылықтың төмендеуінде немесе жоғалуында көрінеді.

Ерекше топты ақыл кемдігі нерв жүйесінің ағымды ауруымен үйлескен тұлғалар: эпилепсия, шизофрения және т.б. – құрайды. Бұл аурулар күшейген сайын, психикалық құрылымдар тоқырайды, ақыл кемдігі тереңдейді, ауыр дәрежеге жетеді, эмоционалдық-жігерлік өрістің, әрекеттердің және жалпы тұлғаның айрықша ерекшіліктері айқындалады. Уақытылы емдеу аурудың күшеюін тежейді.

5.2. Ақыл кемдігінің сұрыптамасы

XX ғ. басында неміс психологтары Э.Кренемин интеллектуалдық жетіспеушіліктің ауырлық дәрежесі бойынша

ақыл кемдігінің сұрыптамасын әзірлейді: идиотия, имбецилдік және дебилділік (жарыместік)

Батыс Еуропа мен АҚШ-та бұл терминдерді тек кәсіпкер-мамандар қолданады (мысалы, медиктер). Әлеуметтік және педагогикалық кең тәжірибеде «қиын оқытылатындар» жалпы анақтамасы қолданылады.

1994 жылы Денсаулық сақтаудың әлемдік ұйымы қабылдаған сұрыптамаға сәйкес, ақыл кемдігі интеллект төмендеуінің 4 дәрежесін қосады: кіші, орташа, ауыр және терең (интеллектің сандық бағалауына қарай).

Интеллекттің төмендеуінің сапалық сипаттамасын (Ресей) мен сандық сипаттамасымен (шет елдері) салыстыру келесі ара қатынасты береді (2 кесте)

2 кесте.

Интеллект төмендеудің сипаттамасы

Интеллект коэффициенті	Халықаралық жүйе	Ресей жүйесі
71 және жоғары	Норма	Норма
50-70	Кіші ақыл кемдігі, оқуда қиналу	Жарыместік
35-49	Орташа ақыл кемдігі, оқуда қиналу	Имбецилділік
25-39	Ауыр ақыл кемдігі оқуда едәуір қиналу обучений	Идиотия
20 және төмен	Терең ақыл кемдігі	—

Дебилділік (жарыместік) – ақыл кемдігінің кіші дәрежесі. Бұл тұлғалардың категориясын ақыл кемдігімен зардап шеккендердің көбі құрайды (70-80%).

Балалар нормалы дамымаған құрбыларынан дамуында қалып қояды. Олар, әдетте, кеш жүреді, сөйлейді, өзіне-өзі қызмет көрсету дағдыларын өте кеш меңгереді.

Бұл балалар икемсіз, физикалық әлсіз, жиі ауырады. Олар қоршаған ортаға аз қызығады: заттарды зерттемейді, олар туралы үлкендерден білуге тырыспайды, табиғатта және әлеуметтік өмірде болатын үрдістер мен құбылыстарға немқұрайлы қарайды.

Мектепке дейінгі жастың соңында сөздік қорлары аз болады. Фразалары қарапайым. Балалар элементарлық байланысқан

мазмұнды жеткізе алмайды. Олар болымсыз құрылымдарды түсінбейді, екі-үш сөзден құрылған нұсқауларды да түсінуі қиын, өйткені әңгімелесушінің сұрақтарының өзін онша жақсы түсінбейді.

Коррекциялық оқыту болмаса, мектепке дейінгі жастың соңында мұндай балаларда пәндік қызмет қана қалыптасады. Ойын әрекеті жүргізуші болмайды. Кіші мектепке дейінгі жаста ойындарда мақсатсыз әрекеттер көп (кубикті аузына салу, қуыршақты лақтыру), мектепке дейінгі жоғары жаста пәндік-ойын әрекеттері пайда бола бастайды (қуыршақты тербету, машинаны жүргізу), үрдістік ойын – бір әрекетті қайта-қайта жасау. Ойын әрекеті эмоционалдық реакциямен және сөйлеумен қатар жүрмейді. Сюжеттік-рөлдік ойын арнайы коррекциялық оқытусыз өз бетінше қалыптаспайды.

Баланың нормалы дамыған балалармен қатынасы қиын: оны ойынға қоспайды, өйткені ол ойнай алмайды. Құрбыларының арасында оған теріс қарайды, сондықтан ол өзінен кіші балалармен ойнауға мәжбүр болады.

Мұндай бала әдеттегі балабақшада элементарлық математикалық ұғымдарды, тіл дамытуды, айналадағымен таныстыруды, құруды қалыптастыру бойынша сабақтарда бағдарламалық материалдарды меңгеруде тұрақты қиындықтарға тап болады. Егер бала балабақшада арнайы педагогикалық көмек алмаса, ол бала мектепте оқуға дайын болмайды.

Кіші ақыл кемдігі бар балалар жалпы балабақшада тәрбиеленіп жүр, өйткені олардың қалып қоюы айқын көрінбейді. Бірақ, жалпы білім беру мектебіне келгенде, мұндай балалар математика, тілдер, оқу сабақтарында тақырыптарды меңгеруде едәуір қиындықтармен кезігеді. Жиі екінші жылға қалады, бірақ сонда да оқу материалын меңгермейді. Қиындық себептерін ерте анықтау мен балаға арнайы педагогикалық көмек көрсету үшін, ПМПК оның психологиялық-медициналық-педагогикалық тексерілуін өткізу қажет. Егер бұл қажет болса, оған мектептің басқа типінде оқу ұсынылады.

Білім мен дағды ұғымдарының қалыптасуы мен меңгерілуінің қиындықтарына іс-әрекеттің түрлі түрлерінің дамуындағы кідірістеріне қарамастан, кіші ақыл кемдігі бар балалардың дамуы үшін әлде болса да мүмкіндіктері бар. Олардың негізінен, нақты ойлау қабілеті сақталған, олар тәжірибелік жағдайларда

бағдарлануға, үлкендерге бағдарлануға қабілетті, олардың көбінің танымдық өрісіне қарағанда, эмоционалдық-жігерлік өрісі едәуір сақталған, олар бар ынтасымен еңбек әрекетіне кіріседі.

Ақыл кемдігінің кіші дәрежесі бар балалар оқудың арнайы әдістері, тәсілдері мен құралдарын қажет етеді, олардың психикалық дамуының ерекшеліктері ескеріледі. Олар үшін арнайы балабақшалар, жалпы балабақшалардағы арнайы топтар бар, мұнда олардың дамуы үшін барлық жағдайлар жасалған. Мұндай балалардың екі-үшеуін нормалы дамып келе жатқан құрбыларының ұжымына қосуға болады.

Ақыл кемдігінің кіші дәрежесі бар балалар жеті-сегіз жастан арнайы (коррекциялық) мектептің 8 түріне бара алады, мұнда оқыту арнайы бағдарламалар бойынша өтеді. Кішкентай қалаларда жалпы мектептерде интеллект бұзылыстары бар балалар үшін арнайы сыныптар ашылған. Алайда ондай сыныптарда оқитын бітірушілердің, интеллект бұзылыстары бар балалар үшін арнайы мектептердің бітірушілеріне қарағанда, кәсіби дайындық мүмкіндіктері едәуір төмен.

Мектеп бітіру кезеңінде мұндай балалар өздерінің психометриялық және клиникалық белгілері бойынша нормалы дамыған балалардан айырмашылығы жоқ. Олар жұмысқа жақсы орналасып, өндіріс ұжымына кіріп, отбасын құрып, бала өсіреді.

Мұндай адамдар әрекетті, сондықтан қоғам оларды заң алдында жауап бере алатын, әскери міндетін өтей алатын және т.б. қабілеттерінің барына сенеді.

Имбецилділік – ақыл кемдігінің орташа дәрежесі. Бұл формада мидың үлкен жартыбөлшегінің қыртысы да, төменгі құрылымдары да зақымданған. Бұл бұзылыс баланың дамуының ерте кезеңдерінде анықталады. Нәресте кезінде мұндай балалар басын кеш ұстайды (4-6 айда немесе кеш), өз бетінше аунауды, отыруды кеш бастайды. Жүруді үш жастан кейін меңгереді. Олар былдырлап сөйлемейді, «тірілу кешені» қалыптаспайды.

Сөйлеу мектепке дейінгі жастың соңында пайда болады, жеке сөздерден, фразалардан сирек құралады. Жиі дыбыстарды айту едәуір бұзылған. Моторика көп зардап шегеді, сондықтан өзіне-өзі қызмет көрсету дағдылары қиындықпен және кеш қалыптасады.

Танымдық мүмкіндіктері өте төмен: түйсік, қабылдау, жады, зейін, ойлау бұзылған.

Осы категория тұлғаларына тән негізгі белгі - өз бетінше ұғымдық ойлауға қабілеттің болмауы. Ұғымдарының нақты тұрмыстық сипаты бар, олардың диапазоны өте қысаң. Сөйлеудің дамуы өте қарапайым, сөздік қоры аз, бірақ тұрмыстық дәрежеде түсіну сақталған.

Ақыл кемдігінің орташа дәрежесі бар балалар (имбецилділік) балалық шақ мүгедектері болып танылады. Бұл балалардың оқуға қабілеті бар, яғни олар қатынас, әлеуметтік-тұрмыстық дағдыларын, сауатты, есепті, қоршаған орта туралы кейбір мәліметтерді меңгеруге, әлдебір кәсіпті үйренуге қабілетті. Сонымен қатар олар өз бетінше өмір сүре алмайды, оларға қамқорлық қажет.

Мектепке дейінгі жаста бұл балалар интеллект бұзылыстары бар балалар үшін арнайы балабақшаға бара алады, ал 7-8 жасында арнайы (коррекциялық) мектептің 8 түріне қабылдануы мүмкін, ол жерде осындай балалар үшін арнайы сыныптар ашылған. Сонымен бірге, олар интеллекттің айқын бұзылыстары бар балалар үшін мектептерде оқи алады.

Мектеп бітірген соң мұндай балалар отбасында болады, олар қарапайым қызмет көрсету еңбегін орындай алады, кәсіби еңбекті талап етпейтін жұмысты үйлеріне ала алады (конверт, қорап жабыстыру және т.с.с.). Ақыл кемдігінің орташа дәрежесі бар адамдар ауылшаруашылық еңбегімен айналысқанды жақсы көретінін тәжірибе талай көрсеткен.

Идиотия – ақыл кемдігінің ең ауыр дәрежесі. Бұл бұзылыстардың диагностикасы бала өмірінің бірінші күндерінде-ақ мүмкін. Көптеген белгілердің арасында статикалық және моторлық функциялардың бұзылыстары; дифференциалдық эмоционалдық реакциялардың кідірісі, айналадағыға адекватсыз реакция, тұру, жүру дағдыларының кеш пайда болуы, былдырлау мен алғашқы сөздердің қатысты кеш пайда болуы, қоршаған объектілерге және ойынға қызығушылықтың төмендігі ерекше бөлінеді.

Сонымен қатар диагностика отбасы мүшелерінің денсаулығы, жүктіліктің және босанудың ағымына, генетикалық және пренаталды зерттеулердің нәтижелеріне негізделеді.

Үлкендерде жады, қабылдау, ойлау, зейін үрдістері шұғыл бұзылған, сезімталдылық шамасы төмен. Олар қоршағанды түсіне алмайды, тілдері өте баяу, шектеулі дамиды немесе тіпті

дамымайды. Моторикасының, қимыл координациясының, кеңістік бағдарлануының ауыр бұзылыстары байқалады. Бұл бұзылыстардың ауыр болғаны соншалық, жатып өмір сүруге мәжбүр етеді. Өзіне-өзі қызмет көрсету, оның ішінде гигиеналық, дағдылары баяу және қиындықпен қалыптасады.

Алайда ауыр ақыл кемдігі бар балалар да дамуға қабілетті. Олар толық болмаса да, өздеріне қызмет көрсету, қатынас (тілмен немесе тілсіз) дағдыларына үйрене алады, қоршаған орта туралы өз бейнелерін кеңейте алады.

Бұл категорияның тұлғалары негізінен әлеуметтік қорғау мекемелерінде болады, мұнда оларды тек қана қараумен қамтамасыз етеді.

5.3. Ақылы кем тұлғаларға қатысты әлеуметтік саясаттың қысқа тарихи анықтамасы мен қазіргі сипаты

Қоғамның ақылы кем тұлғаларға қатысты көзқарасы әр кезеңдердің дамуында әр түрлі болған. Ақылы кем тұлғаларға ұйымдастырылған қоғамдық көмек ХІХ ғасырдың басында дами бастады.

ХІХ ғасырдың ортасынан міндетті бастауыш білім туралы заңдардың шығуына байланысты ақыл кемдігінің кіші дәрежесі бар балалар анықтала бастады. Ақылы кем тұлғаларды оқыту мен дамытудың теориясы мен тәжірибесін дамыту үшін Э.Сегенаның (1812-1880) дәрігерлік-педагогикалық жүйесінің, Й.Т.Вайзенің (1793-1859), М.Монтессоридің (1870-1952), О.Декролидің (1871-1932) идеяларының көп маңызы болды.

ХХ ғасырдың 70 жылдарында біздің елімізде алғаш рет ақылы кем балалар үшін бірінші балабақшалар ашылды, олигофренопедагогиканың жаңа саласы – мектепке дейінгі олигофренопедагогика қарқынды дами бастады.

Қазіргі кезде олигофренопедагогикада нәрестелік және ерте жастағы ақылы кем балаларға коррекциялық көмек көрсетудің жолдары мен әдістері өңделіп жатыр (Е.А.Стребелева, Ю.А.Разенкова, Г.А.Мишина және басқалары). Мектепке дейінгі және мектеп жастағы балаларды оқыту мен тәрбиелеудің әдістері мен тәсілдерінің мазмұны жетілдіріліп жатыр (Л.Б.Баряева, О.И.Гавршгушкина, А.А.Аксенова, М.И.Перова, Б.Б.Горскин, И.Соломина, И.М.Яковлева және басқалары). Ақылы кем балаларды және имбецилділік пен идиотия

дәрежесіндегі олигофрениясы бар балаларды оқытудың қазіргі технологиялары өңделіп жатыр (Г.В.Цикото, А.Р.Маллер, А.А.Еремина және басқалары).

5.4. Ақылы кем балаларды оқыту, тәрбиелеу және дамыту проблемалары

Қазіргі зерттеулер көрсетіп жатқандай, оқытылмайтын бала жоқ, ең ауырларының өзін, оқытудың ерекше әдістерін, тәсілдері мен құралдарын пайдаланып, қадамдық оқытуды, оқудың терең дифференциациясын және жеке түрін ұйымдастырып, бір нәрсеге болса да, үйретуге болады. Педагогикалық үрдіске міндетті түрде ата-аналар тартылу керек.

Соңғы жылдары арнайы педагогикада интеграция ойы кең таралды. Олар ақылы кем тұлғаларға қатысты да таралды.

Ақыл кемдігінің кіші және орташа дәрежесі бар балалар үшін жалпы мектепке дейінгі және мектеп мекемелерінде арнайы топтар мен сыныптарды ашқан дұрыс, олигофренопедагог балалармен үзілістерді және екінші жартыкүндікте айналысуы және түрлі қосымша сабақтар мен мерекелерге қатысуы керек.

Ақылы кем балалар мен жасөспірімдерді оқытуды ұйымдастырудың едәуір көп тараған формалары - интеллекттің бұзылуы бар балалар үшін балабақшалар және арнайы (коррекциялық) мектептердің 8 типі.

Ақылы кем баламен ерте басталған коррекциялық жұмыс дефектіні коррекциялауға және туынды дефектілердің пайда болдырмауына мүмкіндік береді.

Өкінішке орай, нәрестелік және ерте жаста ақыл кемдігінің барлық формаларын диагностикалау мүмкін емес. Бұл жаста олигофренияның тұқым қуалау формалары, хромосомалардың құрылуы мен санындағы бұзылыстар және айқын ақыл кемдігі (имбецилділік, идиотия) анықталады.

Әдетте, ерте жастағы ақылы кем балалар отбасында немесе денсаулық сақтау жүйесінің арнайы яслилерінде тәрбиеленеді. Оларға коррекциялық көмек ерте кірісу орталықтарында, реабилитациялық және абилитациялық орталықтарда, психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңестерде көрсетіледі. Ақылы кем сәбилер ата-анасының қамқорынан қалған соң, балалар үйінде қалады, 3-4 жасқа келгенде, интеллект бұзылыстары бар балалар үшін арнайы балалар үйлеріне ауыстырылады. Ерте жастағы баламен үй жағдайында жұмыс істеу үлкендермен, құрбыларымен эмоционалдық және жеке

қатынастарын байытуға, үлкен тарапынан мейірімді көңілмен қажеттіліктерін қанағаттандыруға және онымен қызметтесуге, заттық әлемді зерттеуде қажеттіліктерін қанағаттандыруға, сонымен қатар психомоторлық дамуды ынталандыруға бағытталған.

Отбасында тәрбиеленетін сәбимен коррекциялық жұмысты жүргізу ата-анасының қатысуымен өтеді.

Ерте жастағы ақылы кем баламен ата-аналардың жүйелі жұмыс істеу және сол жұмысқа олигофренопедагогтың жетекшілік жасау барысында сәбидің дамуында едәуір табыстарға жетуге болады.

Арнайы балабақшаларда ақылы кем балаларға кешенді көмек көрсетіледі. Олигофренопедагогтар, топ тәрбиешілері, логопед, психолог, музыка мұғалімі өткізетін коррекциялық-педагогикалық шаралармен қатар емдеу – алдын алу шаралары жүзеге асырылады. Көптеген арнайы балабақшаларда хауыздар мен фитобарлар ашылған.

Арнайы мектепке дейінгі мекемелерде аяу және қорғау режимі сақталады: байсалды атмосфера, конфликт жағдайларының алдын алу, әрбір баланың ерекшеліктерін есепке алу.

Мектепте оқуға дайындық баланың балабақшада болу кезеңінің барлығында үш бағытта өтеді: физикалық дайындықты қалыптастыру; элементарлық танымдық қызығушылықпен танымдық белсенділікті қалыптастыру және білім мен білікті жинау; құлықтылық-жігерлік дайындықты қалыптасатыру.

Мектепке дейінгі ақылы кем балалар жағымды жағдайларда дамуында жақсы жылжиды, бұл оларды арнайы мектепте оқуға дайындауға мүмкіндік береді.

7-8 жастан ақылы кем балалар арнайы (коррекциялық) мектептердің 8 түрінде оқиды. Бұл мектептерде жалпы пәндермен қатар (тіл дамыту, география, математика, жаратылыстану, сурет салу, тілдер) арнайы коррекциялық сабақтар оқытылады.

Бастауыш сыныптардың коррекциялық сабақтарына қоршаған ортаның заттары мен құбылыстарымен таныстыру негізінде тіл дамыту сабақтары, ырғақ бойынша арнайы сабақтар, ал жоғары (5-9) сыныптарда - әлеуметтік-тұрмыстық бағдар (ӘТБ) бойынша сабақтар кіреді.

Сабақтарды ұйымдастырудың ерекше формасы – жеке және топтық логопедиялық сабақтары, психомоторикалық және сенсорлық үрдістердің дамыту бойынша сабақтар.

Арнайы мектептерде ерекше орын еңбекке баулу сабақтарына

бөлінген. Еңбекке баулу үрдісінде жасөспірімдер өздері қолжетер мамандықтарын меңгереді.

Мектепте оқу сегіз жылдан – он екі жылға дейін созылады. Арнайы (коррекциялық) мектептердің 8 түрінде үлкен орынды тәрбие жұмысы алады, оның мақсаты – тәрбиеленушілерді әлеуметтендіру, ал негізгі міндеттері – оң қасиеттерді өңдеу, қоршағандарға және өзіне дұрыс баға беруді қалыптастыру, оларға құлықтық көзқараспен қарауды қалыптасатыру. Арнайы мектептің тәрбие жұмысының ерекше міндеті – іс-әрекеттің түрлі жағдайларында және түрлі үрдістерінде оқушылардың мінез-құлықтарында интеллекттің реттеуіш рөлін арттыру. Арнайы мектеп бітірушілерін әлеуметтік педагогтың, шетелде жүзеге асырылып жатқандай, ұзақ уақыт жүргізіп бақылағаны жөн.

5.5. Интеллекттік айқын бұзылыстары бар балаларды тәрбиелеудің, оқытудың және дамытудың шетел тәжірибесі

Терең ақыл кемдігі бар тұлғаларды оқыту мен тәрбиелеу әрбір елде әртүрлі өтеді, бұл экономикалық жағдайларға, тарихи дәстүрлерге, мәдени дамуына, әлеуметтік саясатына байланысты

Батыс Еуропа мен АҚШ елдерінде айқын бұзылыстары бар балаларды *оқытылатындарға* – жалпы білім беру мектептерінде бейімделген жеке білімдік бағдарламасымен оқуға қабілеттілерге, және *жаттықтырылатындарға* – арнайы ұйымдастырылған оқу үрдісінде әлдебір қоғалысқа қабілеттілерге, бөледі.

Шетел мамандарының пікірі бойынша, интеллекттің айқын бұзылыстары бар балаларға, дефектінің тереңдігі мен құрылымына қарамастан, мектептегі интеграциялық сыныпта басқа балалардың ортасында адекватты жүру және қарапайым оқу дағдыларын меңгеру қажет (үлкендердің сөздерін тыңдай алу, өзіне-өзі қызмет көрестудің қажетті дағдылары).

Батыс елдерінде қалыптасқан интеллекттік терең бұзылыстары бар балаларды оқыту мен тәрбиелеуде ата-аналар үшін немесе қамқоршылары үшін баланы мемлекеттік білім жүйесінде және мемлекеттік емес білім мекемелерінде оқытудың бірнеше нұсқасы ұсынылады. Бірақ білім берудің бұл саласында жүйе мен стандарттау жоқ.

Ауыр интеллектуалдық бұзылыстары бар балаларға білім беру саласындағы соңғы жетістіктердің едәуір маңыздысы – дамуға ерте кірісу бағдарламаларын әзірлеу. Мұндай бағдарламалардың үлкен пайдасы туралы мәліметтер бар. IQ өскенін және дамуының

әлеуметтік мүмкіндіктерінің жақсарғанын көрсетеді. Ерте кірісу бағдарламасы шегінде терең ақыл кемдігі бар балаларда кітап оқудың оң нәтижелері бар. 32 төмен IQ бар терең ақыл кемдігі барлар мәтінді оқуға және оны түсінуге қабілетті. Толық сөздермен мәтінді оқу (глобалды оқу) когнитивтік дағдылардың қатыстық дамуына алып келеді, сөйлеу әрекетіне «кірудің» негізгі тәсілі болып келеді. Бірақ моториканың шектеулі мүмкіндіктері мұндай балаларға жазуға көшуге мүмкіндік бермеді. Сонымен қатар меңгерілген дағдылардың да жоғалуы белгіленді. Оқуды, жазуды, сурет салуды оқыту бойынша ерте кірісу бағдарламалары негізінен тренингті, жақсы меңгерілген жеке элементтерді қайталауды құрайды.

Вальдорф балабақшаларының тәжірибесі қызықтырады, мұнда балалардың интеллект бұзылысының айқындық дәрежесіне қарамастан, айналадағыларға эмоционалдық оң көзқарасты дамытуға тырысады.

Бірқатар еуропалық елдерде физикалық және интеллектуалдық бұзылыстары бар балалар емдеу-педагогикалық мекемелерде оқытылады. Оқуға қабілеті жетпегендер тәжірибелік әрекетте дамытылады.

Мектепке дейінгі мекемелерде оқыту барысында балаларды жас сипаттарына, жалпы және интеллектуалдық даму деңгейіне қарай бөледі. Бұл топтардың минималдық қажет, жеткілікті білім мен дағдыларды белгілейтін оқу бағдарламасының өздік нұсқасы бар. Әлеуметтік-тұрмыстық дағдылардың қалыптасуына ерекше көңіл бөлінеді.

Айқын интеллектуалдық бұзылыстары бар тұлғалардың әрі қарай бастауыш және кәсіби оқуға құқықтары бар. Бастауыш оқытудың мазмұнын оқу, жазу, санау бойынша элементарлық білім мен білік құрайды.

Айқын интеллектуалдық бұзылыстары бар тұлғалар меңгере алатын мамандықтар әр түрлі:

- Автослесарлық іс;
- Машиналық және металдық техника;
- Тоқу;
- Жайларды жинау;
- Бақшылық, қоймалық шаруашылық.

Әдетте, мұндай адамдар кәсіби училищелердің қарамағындағы арнайы топтарда оқытылады.

Шетелде (мысалы, Финляндияда) «қорғау» еңбегінің жүйесі бар, ақылы кем адамдар түрлі мекемелерде жұмыс істеп, еңбекақы алады немесе аз күнделікті қолдану ақшасын алады. Әрбір аумақта ақылы кемдер үшін шеберханалар мен еңбек орталықтары бар. АҚШта, Бельгияда және басқа елдерде мүгедектер, оның ішінде ақылы кемдер, жұмыс істейтін. өндірістік операциялар автоматизациясы мен өндіріс бақылауының жоғары деңгейлі зауыттар мен фабрикалар бар.

Әлеуметтік қамқорлық пен қорғау орталықтарының мамандары, айқын интеллектуалдық бұзылыстары бар адамдарды өз бетінше өмір сүруге жағдайлармен және мүмкіндіктермен қамтамасыз ету мақсатында патронажды жүзеге асырады.

5.6. Ақыл кемдігінің ауыр формалары бар балаларға психологиялық-педагогикалық көмек көрсетудің отандық тәжірибесі

Көптеген жылдар бойы Ресейде шұғыл төмендеген интеллектуалдық кемшіліктері бар балалар мен ересектер Әлеуметтік қорғау министрліктің арнайы интернат-үйлерінде тәрбиеленіп, өмір сүреді.

Соңғы онжылдықтарда көптеген қалаларда интеллектуалдық дамудың ауыр бұзылыстары бар балаларға медициналық, психологиялық және педагогикалық көмекті көрсететін емдеу-педагогикалық орталықтар ашылған.

Кейінгі кезде интеллекттің ауыр бұзылысы бар балалар пайда болған отбастары жиі баланы үйде тәрбиелеуге қалауын білдіріп жатыр. Ата-аналарға баланы отбасында толыққанды тәрбиелеу үшін педагогикалық және психологиялық көмек қажет, алайда ата-аналарға және балаға өмірінің бірінші күндерінен, айларынан психологиялық-педагогикалық көмектің қалыптасқан жүйесі әлі де жоқ.

Көптеген мамандар (А.В.Бабушкина, Я.Г.Юдилевич, А.Р.Маллер, Н.В.Погосов, Н.Г.Полосатова, А.А.Еремина, А.А.Ватажина, Г.В.Цикого және басқалары) ауыр интеллектуалдық бұзылыстары бар балаларды мақсатты арнайы оқыту ерте жастан басталу керек деп есептейді.

5.7. Жалпы білім беру мектеп жағдайында ақылы кем балаларды оқытуды жүзеге асыру бойынша педагогтарға ұсыным

Жалпы білім беру мекемесі, ақылы кем баланы қабылдап жатқанда, оның ата-анасымен, мұғалім-дефектологтарымен бірге баланың тағдыры, оқуы мен тәрбиесі үшін жауапкершілікті алуға дайын болу керек. Ақылы кем балаларқазіргі кезде жалпы балабақшаларға және жылпы білім беру мектептеріне жиі келіп жатыр. Ата-аналар балаларының, диагнозына қарамастан, нормалы дамыған балалармен бірге тәрбиеленгенін қалайды. Кез-келген жағдайда ата-аналардың қалауын сыйлау керек. Тәрбиеші мен мұғалім осындай баламен кездесуге онымен әрекеттесуге дайын болу керек.

Нормалы дамыған балалардың тобындағы немесе сыныптарындағы ақылы кем балаға ерекше көңіл бөлу керек, Бірақ жалпы мекеменің тәрбиешісі мен мұғалімі басқа балалардың көңілін ақылы кем баланың кемшіліктеріне аудартпау керек. Педагог балаға құрбыларының ұжымына бейімделуге көмектесу керек, оны басқа балалармен достастыруға тырысуы керек. Бала сыныптың жұмысына, күш келгенше, сабақ өткізу қарқынын тоқтатпай, қатысуы керек. Әлдебір маңыздының бәрі түсініксіз болып қалуын болдырмау керек, өйткені бұл келесі оқу материалын меңгеруде қиындық туғызады.

Жалпы білім беру мекемесінің педагогы ақылы кем баланы оқыту барысында оның танымдық әрекеттерінің ерекшеліктерін ескеру керек. Меңгеру қажет жаңа оқу материалын, аз мөлшерлемелерге бөліп, көрнекі-тәжірибелік, әрекеттік жағдайларда ұсыну қажет, бекітуді көп жаттықтыру жаттығуларының негізінде өткізген жөн, меңгерген материалды басқа түрлі материалдар негізінде көп рет қайталау қажет.

Ақылы кем мектепке дейінгі бала мен оқушыны жалпы білім беру мекемесінде оқыту ата-ананың қатысуын қажет етеді, өйткені коррекциялық жұмыстың негізгі бөлімін солар өткізеді. Балаға олигофренопедагогтың және психологтың арнайы көмегі, ал ата-аналар мен мұғалімдерге олардың кеңестері қажет.

Бақылау сұрақтары

1. Ақыл кемдігіне анықтама беріңіз.
2. «Олигофрения» және «демения» ұғымдарының айырмашылықтары неде?
3. Олигофрения және демения арасындағы клиникалық сипаттарының айырмашылықтары қандай?
4. Жарысестігі, имбецилділігі және идиотиясы бар балаларға психологиялық-педагогикалық сипаттама беріңіз.
5. Э.Крепелин және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ақыл кемдігі дәрежелерінің сұрыптамасының ара қатынасы қандай?
6. Қоғамның түрлі даму кезеңдеріндегі ақылы кем тұлғаларға деген көзқарасқа мінездеме беріңіз.
7. Ақылы кем тұлғаларға қатысты қазіргі әлеуметтік саясат қандай?
8. Ақылы кем балаларды оқытудың, тәрбиелеудің көкейкесті проблемаларын атаңыз.
9. Ақыл кемдігінің ауыр формалары бар балаларға психологиялық-педагогикалық көмек қалай көрсетіледі?
10. Айқын интеллектуалдық бұзылыстары бар балаларды тәрбиелеудің, оқытудың және дамытудың шетелдік тәжірибесі қандай қалыпта?
11. Жалпы білім беру мектеп жағдайында ақылы кем балаларды интеграциялық оқытуды жүзеге асыру бойынша педагогтарға ұсынымдар қандай?

Семинарлық сабақтар үшін материалдар

Негізгі ұғымдар. Ақыл кемдігі, олигофрения, демения, идиотия, имбецилділік, дебилділік (жарыместік), дифференциалдық диагностика, олигофренопсихология, олигофренопедагогика, коррекциялық-тәрбиелік жұмыс.

Семинарлық сабақтарға дайындалу үшін әдістемелік сілтемелер

Бұл тақырыптың маңыздысы – ақылы кем балалардың психикалық дамуының ерекшелігін көрсету. Көрсету барысында «ақыл кемдігі», «олигофрения», «демения» сияқты ұғымдардың

анықтамасын беру керек, олардың пайда болу себептерін, сонымен қатар ақыл кемдігінің дәрежелеріне сипаттамасын атап өту керек.

Мектепке дейінгі жастағы ақылы кем балалардың психикалық дамуының ерекшеліктерін ашып, коррекциялық оқудың рөліне көңіл аударған маңызды: балабақшада арнайы педагогикалық көмектің болмауы баланың мектепке дайын болмауына себеп болады. Бұл сұрақ өз бетінше дайындалуға арналған, өйткені әдебиетте жете ашылған (№6, 7, 11).

Арнайы (коррекциялық) мектептердің 8 типінің негізгі контингентінің клиникалық*психологиялық-педагогикалық сипаттамасына ерекше көңіл бөлу керек – олигофрениясы бар жарыместік дәрежесіндегі балалар (оқушылар). Ол үшін олигофренияның төрт формасын бөлген және оларды оқыту, тәрбиелеу мен дамыту үшін психологиялық-педагогикалық ұсынымдарды берген М.С.Певзнердің зерттеулерімен танысу керек.

Психикалық үрдістері дамымаған балардың психологиялық-педагогикалық сипаттамасы

Олигофрения – онтогенездің ерте кезеңдерінде орталық нерв жүйесінің зақымдануының салдарынан пайда болатын танымдық іс-әрекеттің күрделі формаларының тұрақты дамымауы. Бұзылыстың дәрежесіне қарай *дебилділікті (жарыместікті), имбецилділікті және идиотияны* бөледі.

Идиотия – психикалық дамымаудың едәуір терең дәрежесі, ойлаудың толық жоқтығымен сипатталады. Мұндай науқастарда тазалық дағдылары жоқ, олар элементарлық өзіне-өзі қызмет көрсетуге қабілеттері жоқ.

Имбецилділік психиканың кіші дәрежесімен, элементарлық ойлаумен, тілдің дамымауымен сипатталады. Имбецилділіктің келесі дәрежелерін бөледі:

- 1) *терең имбецилділік* – идиотияға жақын ($IQ = 5-19$), бірақ бұл науқастарда тазалық дағдыларының қалыптасуы мүмкін. Олар жақындарын таниды, олардың әдеттегі өтініштеріне көңіл аударады, қатынасу мақсатында жеке сөздерді қолданады. Фразалық тілдері жоқ.
- 2) *шұғыл айқын имбецилділік* ($IQ = 20-34$). Балалар тек тазалық дағдыларын меңгеріп қана қоймай, элементарлық өзіне-өзі қызмет көрсетуге қабілетті. Тілі кедей, алайда 2-3 сөзден құралған фразалардан тұрады.

3) *орташа имбецилділік* (IQ = 35-49). Науқастың тілі фразалық, әріптерді, буындарды, қарапайым сөздерді қабылдай алады. Қарапайым еңбек дағдыларын меңгереді алады. 1-3 жаста анықталады. Балалардаң моторлық дағдылары шұғыл кешігуде: олар құрбыларынан кейін кеш басын ұстайды, отырады, жүреді; ұзақ уақыт бойы қолдың нақты қимылдары болмайды: бала ойыншықтарды, қасықты ұстамайды. Ойыншықтарға қызықпайды, заттарға зейінді қадау кеш қалыптасады.

Дебилділік (жарыместік)- балалар нормалы дамымаған құрбыларынан дамуында қалып қояды. Олар, әдетте, кеш жүреді, сөйлейді, өзіне-өзі қызмет көрсету дағдыларын өте кеш меңгереді. Бұл балалар икемсіз, физикалық әлсіз, жиі ауырады. Олар қоршаған ортаға аз қызығады: заттарды зерттемейді, олар туралы үлкендерден білуге тырыспайды, табиғатта және әлеуметтік өмірде болатын үрдістер мен құбылыстарға немқұрайлы қарайды.

Мектепке дейінгі жастың соңында сөздік қорлары аз болады. Фразалары қарапайым. Балалар элементарлық байланысқан мазмұнды жеткізе алмайды. Олар болымсыз құрылымдарды түсінбейді, екі-үш сөзден құрылған нұсқауларды да түсінуі қиын, өйткені әңгімелесушінің сұрақтарының өзін онша жақсы түсінбейді.

Психологиялық-педагогикалық коррекция ретінде науқас балалар мен ата-аналарына ерте, 1 жасқа дейін, психологиялық-педагогикалық көмек көрестіледі. Бұл көмекті сенсорлық, эмоционалдық ынталандыру, тіл мен моториканы дамыту бойынша жаттығулар. Даун ауруымен науқас балалар жағдайлардың 40 % дейін оқу мен жазу дағдыларын меңгеруге қабілетті. Оқуды үйрету бойынша сабақтар ауызша тілдің дамуына жағдай жасайды.

Мұнысына қарамастан, Даун ауруымен науқас балалар арнайы мектепте оқуды қажет етеді.

Пайдаланылган әдебиеттер

1. Алдамұратов Е. Жалпы психология. Алматы – 1996
2. Абрамова Г.С. Практическая психология. М. – 2001
3. Абрамова Г.С. Психологическое консультирование. М. – 2001
4. Аймауытұлы Жүсіпбек. Психология. Алматы – 1995
5. Асмолов А.Г. Психология личности. М.- 1990
6. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. М.: Наука – 1977
7. Ботаршев А.В. Тестирование. Основной инструментарий практического психолога. Р.-на Дону 2000
8. Бадмаев Б.Ц. Методика преподавания психологии. Москва 2001
9. Бажович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. Москва 1986
10. Богословский В.В., Ковалева А.Г. Жалпы психология. Қ. Жарықбаевтың аударылымымен. Алматы – 1980
11. Бодалев А.А. Личность и общение. М. – 2000
12. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций М., 1993г.
13. Гиляровский В.А. Психиатрия М., 1954г.
14. Габриял М.Т. Вопросы экспериментальной патопсихологии М., 1965г.
15. Ельгазина Л.М. О синдроме психического автоматизма Кандинского. «Невропатология имени С.С. Корсакова». – М., 1954г.
16. Жарықбаев Қ. Жантану негіздері. /қайта өңделуі/ Алматы – 2004
17. Зейгарник Б.В. Патопсихология М., 2000г.
18. Зейгарник Б.В. Патология мышления М., 1962г.
19. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности М., 1971г.
20. Зейгарник Б.В., Кабаченко Т.С., Рубенштейн Л.Н. Психологический подход к профессиональным рекомендациям больным. Невропатология имени Корсакова М. 1974г.
21. Запорожец А.В., Лисина М.А. Развитие общения у дошкольников. М., Педагогика, 1974.
22. Иванова А.Я. Обучающий эксперимент как метод психологического исследования детей с аномалиями психического развития. М., 1965г.
23. Карева М.А. Об одном виде формирования патологического мотива в подростковом возрасте М., 1975г.

24. Кияченко Н.К. Апробация методики Тат. М., 1965г
25. Кречмер Э. Медицинская психология М., 1987г.
26. Кожуховская И.И. Критичность психических больных М., 1972г.
27. Колоколов Г.Р., Фоменко Н.Л. Психология «Лекция для студентов» Москва-2006
28. Кузмина Н.В. Способность, одаренность, талант учителя Л – 1985
29. Калюжный А.А. Педагогическая имиджелогия А.-1999г.
30. Коррекционная педагогика/ Под ред. Б. П. Пузанова. — М., 1999.
31. Леонтьев А.Н. Проблема деятельности психологии М., 1972г.
32. Лонгинова С.В. «Пиктограмма» как метод исследования расстройств мышления при шизофрении М., 1972г.
33. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы М., 1970г.
34. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики М., 1965г.
35. Лурия А.Р. Язык и мышление. Москва 1979
36. Лурия А.Р. Внимание и память. Москва 1975
37. Лебединский М.С. Об особенностях нарушений психики при поражениях правого полушария М., 1975г.
38. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей. — М., 1985.
39. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М., 1989.
40. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М. – 1998
41. Лурия А.Р. Ощущения и восприятие. М.: изд-во МГУ – 1975
42. Меграбян А.А. Теоретические проблемы «психопатологии» Ереван, 1967г.
43. Мерлин В.С. Структура личности. Пермь – 1988
44. Мерлин В.С. Личность как предмет психологического исследования. 1/2 том Москва 1983
45. Максимова Н. Ю., Милютина Е. Л. Курс лекций по детской пато- психологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д, 2000.
46. Немов Р.С. 3-томдық Психология. М.: ВЛАДОС – 2000
47. Общая психология /курс лекции/ Составитель Рогов Е.И. М. – 2004
48. Основы специальной психологии: Учебное пособие/ Под ред. Л. В. Кузнецовой. – М., 2002.
48. Психологическое Тестирование личности [http://www. Ravnovesie. Com](http://www.Ravnovesie.Com), [www.salebook. ru](http://www.salebook.ru).

49. Психологические тесты от Пси – Корпуса. Интернет сайт: [www.Mediahouse. Ru](http://www.Mediahouse.Ru)
50. Психологические тесты от Пси – Корпуса. Москва – 2007
51. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении М., 1974г.
52. Петровский А.В. Психология. М. – 1989
53. Петровский А.В. Общая психология. Москва 1986
54. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. Москва 2001
55. Психологические тесты под ред.Корелиной. Москва 2000
56. Платонов К.К. Структура и развитие личности. М.: Наука – 1986
57. Психологический словарь / под ред. В.Копорулиной. М. – 2003
58. Робер М.А., Тильман Ф. Психология индивида и группы. Москва 1988
59. Ротенберг Е.Т. Нарушение личности компонента восприятия психических больных М., 1971г.
60. Рубенштейн С.Я. Экспертиза и восстановление трудоспособности послевоенных травм мозга М., 1966г.
61. Рубенштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии М., 1970г.
62. Рефераты психология для студентов Москва-2006
63. Рибо Р. Болезни личности С.-П., 1986г.
64. Рубенштейн С.Л. О мышлении и путях его исследования М., 1958г.
65. Столяренко Л.Д. Психология и педагогика. Р.-на Дону 2001
- 66.Смирнов С.А. Педагогика: педагогические теории, системы, технологии..А. – 1980
67. Снежневский А.В. Общая психопатология Валдай, 1970г.
68. Специальная педагогика/ Под ред. Н. М. Назаровой. — М., 2000.
69. Токарский А.А. О глупости М., 1969г.
70. Тихомиров О.К. Структура мыслительной деятельности человека М., 1969г.
71. Темірбаева А.А., Балаубаева С. Психология. Алматы – 1966
72. Филатов Ф.Р. Общая психология. Ростов на Дону – 2003
- Фрейд З. Введение в психоанализ. М. – 1989
73. Штерринг Г. Психопатология в применении к психологии С.-П., 1983г.
74. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах. — М.1997. стр.55-60, 101-116, 118-201.
75. Ярошевский М.Г. История психологии М., 1966г.