

Специальная педагогика.

Раздел 3. Педагогические системы специального образования



ЛЕКЦИЯ №6 ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

•

Основными задачами системы обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата являются их социальная адаптация и интеграция в общество, включение в общественно полезную деятельность. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдаются у 5 —7 % детей. Нарушения его функций могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отклонения в развитии у детей этой категории отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией по степени их выраженности. В зависимости от причин и времени действия вредных факторов выделяются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.

Заболевания нервной системы — детский церебральный паралич (ДЦП); полиомиелит. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата — врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии развития позвоночника (сколиоз), недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз (врожденное уродство). Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата — травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

При всем разнообразии врожденных и рано приобретенных заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата для большинства детей характерны сходные проблемы. Ведущим в клинической картине является **двигательный дефект — задержка в формировании, недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций.** Большую часть контингента составляют дети с церебральными параличами — 89%. Двигательные расстройства у них сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности, что обусловлено органическим поражением нервной системы и ограниченными возможностями познания окружающего мира.

Часто отмечаются **речевые нарушения**, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Поэтому наряду с лечебной и социальной помощью многие дети с двигательной патологией нуждаются также в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Остальные, как правило, не имеют отклонений в развитии познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания. **Но тем не менее всем детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимы особые условия жизни, обучения и последующей трудовой деятельности.**

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга — большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками. ДЦП не прогрессирующее заболевание: с возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в весьма большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом — минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, имеют разную степень выраженности, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут отсутствовать или быть минимальными, и наоборот, при легких двигательных нарушениях наблюдаются грубые психические и речевые расстройства.

ДЦП возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы (ЦНС) под влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих во внутриутробном (пренатальном) периоде, в момент родов (интранатальном) или на первом году жизни (в раннем постнатальном периоде). Наибольшее значение в причинном анализе этого заболевания придается сочетанию поражения мозга во внутриутробном периоде и в момент родов.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено развитие всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития могут широко варьировать. В силу двигательных нарушений статические и локомоторные функции у детей не развиваются спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так степенью и локализацией мозгового поражения. Хронологическое созревание психической деятельности у детей с церебральным параличом резко задерживается. На этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего познавательной деятельности. Четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений не существует.

Детям с церебральными параличами свойственно своеобразное психическое развитие, обусловленное сочетанием раннего органического поражения головного мозга с различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе нарушений психического развития играют ограничения деятельности и социальных контактов, а также условия воспитания и обучения. При ДЦП нарушено формирование не только познавательной деятельности, но и эмоционально-волевой сферы и личности. Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей.

К ним относятся: неравномерность, дисгармоничность нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с «мозаичным» характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития; выраженность астенических проявлений — повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также является следствием органического поражения ЦНС; сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы и чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

Это обусловлено вынужденной изоляцией, ограничениями контактов со сверстниками и взрослыми людьми из-за длительной обездвиженности или трудностей передвижения; затруднениями познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанными с проявлениями двигательных и сенсорных расстройств.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем.

Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивая объем информации, затрудняя интеллектуальную деятельность детей. Около 25 % из них имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного прослеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения. Часто встречаются косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации.

Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности. При ДЦП имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора. У 20 — 25 % детей наблюдается снижение слуха, особенно при гиперкинетической форме.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов. Отмечаются трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти. Многие дети отличаются низкой познавательной активностью, проявляющейся в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов.

Наиболее отчетливо оно проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом обычно нарушается целенаправленная деятельность. Детям с церебральным параличом свойственны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других — в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций.

В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают **речевые расстройства**, частота которых составляет до 80%. Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности.

Это онтогенетически молодые отделы мозга, которые наиболее интенсивно развиваются уже после рождения (премоторно-лобная, теменно-височная области коры головного мозга). Отставание в развитии речи при ДЦП связано также с ограничением объема знаний и представлений об окружающем, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов. Больные дети имеют сравнительно небольшой жизненный опыт, общаются с весьма ограниченным кругом людей, как сверстников, так и взрослых.

Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто они чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом у ребенка не формируется потребность в речевом общении.

Доречевое и речевое развитие детей при ДЦП происходит в замедленном темпе. Более позднее становление речевой функции обусловлено задержкой развития мозга, так как «молодые» участки коры головного мозга продолжают развиваться после рождения. При ДЦП не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. Задержка речевого развития отмечается уже с доречевого периода, который у ребенка с церебральным параличом отличается оттого же периода у нормально развивающегося ребенка. Обычно при ДЦП доречевой период затягивается на 2 — 3 года.

Имеется определенная патогенетическая общность между нарушением до речевого развития и двигательными нарушениями в целом. Почти у всех детей с церебральным параличом в раннем возрасте крайне медленно увеличиваются активный словарь, длина предложений, слабо улучшается разборчивость речи. Пассивный словарь (понимание обращенной речи) обычно значительно больше активного. Нарушаются развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма.

Речевая активность детей низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже — простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие, часто они заменяются словами, обозначающими предметы. Нередко отмечается недифференцированное употребление слов.

У всех детей с церебральными параличами в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита прежде всего фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков. На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится искаженно либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к общей невнятности речи. Для многих детей с церебральными параличами характерно атипичное (патологическое) усвоение фонем, не совпадающее с последовательностью их усвоения при нормальном онтогенезе.

Уже на ранних этапах овладения фонетическим строем речи могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые в дальнейшем закрепляются по мере формирования патологического речевого стереотипа. Для многих характерны нарушения фонематического восприятия, что вызывает трудности звукового анализа. В тяжелых случаях дети не различают звуки на слух, не выделяют их в словах, не могут повторить слоговые ряды. В более легких случаях отмечаются трудности звукового анализа слов и дефектное произношение отдельных звуков.

В дошкольном возрасте многие дети общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений из двух-трех слов. Возрастная динамика речевого развития при ДЦП во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интеллект ребенка, тем более благоприятна динамика развития речи, более эффективна логопедическая работа. Выявляются различные формы речевых нарушений, однако они редко встречаются в изолированном виде. Наиболее часто при ДЦП обнаруживается дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры.

Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется их своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью и преемственностью в работе различных звеньев. Важнейшее условие комплексного воздействия — согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции. В комплексное восстановительное лечение ДЦП включаются медикаментозные средства, различные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры.

Комплексный характер коррекционно-педагогической работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике развития ребенка. Многое зависит от своевременного начала онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции. В последние годы в практику широко внедрена **ранняя диагностика ДЦП**. Несмотря на то что уже в первые месяцы жизни можно выявить патологию доречевого развития и нарушения ориентировочно-познавательной деятельности, коррекционно-педагогическая и, в частности, логопедическая работа с детьми нередко начинается только после 3 — 4 лет.

Имеется определенная патогенетическая общность между нарушением до речевого развития и двигательными нарушениями в целом. Почти у всех детей с церебральным параличом в раннем возрасте крайне медленно увеличиваются активный словарь, длина предложений, слабо улучшается разборчивость речи. Пассивный словарь (понимание обращенной речи) обычно значительно больше активного. Нарушаются развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма.

Речевая активность детей низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже — простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие, часто они заменяются словами, обозначающими предметы. Нередко отмечается недифференцированное употребление слов.

У всех детей с церебральными параличами в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита прежде всего фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков.

На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится искаженно либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к общей невнятности речи. Для многих детей с церебральными параличами характерно атипичное (патологическое) усвоение фонем, не совпадающее с последовательностью их усвоения при нормальном онтогенезе. Уже на ранних этапах овладения фонетическим строем речи могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые в дальнейшем закрепляются по мере формирования патологического речевого стереотипа.

Для многих характерны нарушения фонематического восприятия, что вызывает трудности звукового анализа. В дошкольном возрасте многие дети общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений из двух-трех слов. Возрастная динамика речевого развития при ДЦП во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интеллект ребенка, тем более благоприятна динамика развития речи, более эффективна логопедическая работа. Выявляются различные формы речевых нарушений, однако они редко встречаются в изолированном виде.

Основными целями коррекционной работы при ДЦП являются оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи; обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду.

Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется их своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью и преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важнейшее условие комплексного воздействия — согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции.

В комплексное восстановительное лечение ДЦП включаются медикаментозные средства, различные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры.

Комплексный характер коррекционно-педагогической работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике развития ребенка. Вследствие этого необходимы совместная стимуляция развития всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений. Многое зависит от своевременного начала онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохраненные функции.

Необходимость ранней коррекционно-логопедической работы при ДЦП вытекает из особенностей детского мозга — его пластичности и универсальной способности к компенсированию нарушенных функций, а также из того, что наиболее оптимальными сроками созревания речевой функциональной системы являются первые три года жизни. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок. Коррекционно-педагогическая работа организуется в рамках ведущей деятельности.

Нарушения психического и речевого развития при ДЦП в значительной степени обусловлены отсутствием или дефицитом деятельности детей. Поэтому при коррекционно-педагогических мероприятиях стимулируется ведущий для данного возраста вид деятельности: в младенческом возрасте — эмоциональное общение со взрослыми; в раннем возрасте — предметная деятельность; в дошкольном — игровая.

В настоящее время расширяется сеть специальных учреждений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. К ним относятся специальные ясли-сады, санатории, школы-интернаты, реабилитационные центры и др. В них осуществляется:

Коррекционно-педагогическая работа в младенческом возрасте (в доречевой период).
Коррекционно-педагогическая работа в раннем возрасте.

Коррекционно-педагогическая работа в школьном возрасте.

В нашей стране в предотвращении роста детской инвалидности вследствие ДЦП большую роль играет поэтапная система помощи, при которой возможны ранняя диагностика и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом. Раннее выявление еще в родильном доме или детской поликлинике среди новорожденных детей с церебральной патологией и своевременное оказание им специальной помощи — вот основа этой системы.

В стране действует сеть специализированных учреждений Министерств здравоохранения, образования и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты Министерства труда и социальной защиты и различные реабилитационные центры.

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в специализированных (коррекционных) дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ). Специальное ДОУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата — это учебно-воспитательное заведение, где проводятся обучение, воспитание, психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии, подготовка к школе и лечение дошкольников данной категории. Лечебно-педагогический процесс построен с учетом специфики заболевания и связанных с ним особенностей детей.

Основными целями коррекционного обучения и воспитания являются всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями и максимальная адаптация к окружающей действительности с тем, чтобы создать базу для дальнейшего школьного обучения. Эти цели достигаются при решении следующих задач:

дифференциальной диагностики;
развития двигательных, психических, речевых функций, профилактики и коррекции их нарушений;
подготовки к обучению в школе.

Комплектование специальных ДОУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата осуществляется психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК). В эти учреждения направляются дети от 3 — 4 до 7 — 9 лет. Несколько недель после поступления ребенка в детский сад отводится на специальное психолого-педагогическое (в том числе и логопедическое) обследование. При этом проверяется и уточняется уровень знаний, умений и навыков по всем видам детской деятельности, выявляются основные трудности в овладении ими, определяются коррекционные мероприятия по преодолению имеющихся затруднений.

Противопоказанием к направлению в такие ДООУ оказывается выраженная умственная отсталость. По окончании срока пребывания в дошкольном учреждении по достижении школьного возраста дети, которые еще не готовы к обучению в школе, могут быть оставлены там до 8 —9 лет. В ДООУ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата создаются специальные условия для пребывания детей с двигательной патологией — имеется необходимое оборудование для передвижения и занятий, организуется восстановительное лечение.

Здесь работают разные специалисты медико-педагогического блока: дефектологи, логопеды, воспитатели, психологи, инструкторы ЛФК, невропатологи. Каждый из них не только выполняет свой раздел работы, но и включает в свои задания материал, рекомендуемый другими специалистами для закрепления их работы. В свою очередь он дает рекомендации по своему разделу и контролирует правильность их выполнения. Результаты динамического изучения детей периодически обсуждаются и анализируются всем педагогическим коллективом.

Развитие познавательной деятельности детей осуществляют дефектологи. Воспитатели формируют навыки самообслуживания в процессе выполнения режимных моментов, организуют деятельность детей вне занятий, прогулки. При этом дефектологи и воспитатели распределяют между собой обязанности по проведению следующих коррекционных занятий: изобразительная деятельность и конструирование, развитие предметной и игровой деятельности, развитие речи и ознакомление с окружающим, трудовое воспитание, формирование элементарных математических представлений.

Развитие речи и коррекцию дизартрических расстройств осуществляют логопеды. Методисты ЛФК проводят специальные занятия по физическому воспитанию, а также отвечают за организацию и соблюдение ортопедического режима. Психологи корригируют нарушения личностного развития, работая непосредственно с детьми и их окружением — семьей и персоналом детского сада. Развитием функциональных возможностей рук занимаются и логопеды, и воспитатели, и методисты ЛФК.

Закрепление достигнутых результатов наиболее полно осуществляется в специализированных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Дети школьного возраста с церебральным параличом, проживающие в крупных городах (60 — 70%), обучаются в таких школах-интернатах, где предусмотрено не только сочетание учебно-воспитательного и лечебного процессов, но и проведение трудового обучения, своевременной и целенаправленной профессиональной ориентации.

В таких учебных заведениях учатся самостоятельно передвигающиеся и обслуживающие себя дети с сохранным интеллектом, с ЗПР или с легкой степенью умственной отсталости. В подготовительном классе выявляется истинное состояние интеллекта, проводится подготовка к дальнейшему обучению в школе по массовой программе, адаптированной и удлиненной на два года, или по вспомогательной программе.

В школах-интернатах осуществляется единый, целостный подход к личности ребенка со стороны педагогического и медицинского персонала. От педагогов требуются большой такт, знание индивидуальных особенностей детей, умение предугадать возможные реакции на критические замечания, чтобы постепенно выработать у ребенка объективное отношение к своему состоянию и возможностям.

Базисный план общего образования детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ориентирован на базисный план школы общего назначения. Обучение в начальной школе осуществляется за 4 года (без подготовительного класса); продолжительность обучения в основной школе увеличивается на 1 год. Увеличение сроков обучения связано с замедленным темпом психического развития детей, трудностями при овладении письмом и чтением вследствие речевых и двигательных нарушений, необходимостью введения в учебный план предметов коррекционного цикла. Срок обучения в основной школе составляет шесть лет.

Общий срок обучения — 12 лет (с подготовительным классом — 13). В базисный учебный план включены предметы коррекционного цикла, индивидуальные и групповые коррекционные занятия. Все обучение имеет коррекционно-развивающий характер и направлено на преодоление отклонений в физическом развитии, в познавательной и речевой деятельности. При определении содержания обучения учитываются как общие задачи образования и воспитания учащихся, так и специальные. Специальные коррекционные задачи в значительной степени определяют содержание обучения детей этой категории.

Наибольшим своеобразием отличается содержание обучения в подготовительном классе и в начальной школе. Обучение здесь ведется в соответствии со специально разработанными программами. Особое внимание уделяется формированию движений, обеспечивающих правильную технику письма. В программах определены основные требования к знаниям и умениям учащихся. На 2-й и 3-й ступенях образования (средние и старшие классы) учащиеся занимаются по программам массовой общеобразовательной школы. В связи с увеличением срока обучения в основной школе на 1 год предусмотрено иное распределение учебного материала по годам обучения по сравнению с общеобразовательной школой.

Содержание обучения для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата имеет ряд общих черт с содержанием обучения в общеобразовательной школе: оно является цензовым, т.е. обеспечивает школьникам образование в объеме соответствующих ступеней общеобразовательной школы; в учебных планах и программах реализуется принцип последовательности изучения предметов; обучение строится в соответствии с принципом единства системы образования; построение программ соответствует основным дидактическим принципам.

В школах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата создаются классы для умственно отсталых детей с двигательными нарушениями. Их контингент составляют дети с церебральным параличом и легкой умственной отсталостью. Эти классы работают по учебным планам и программам школ для умственно отсталых (школы VIII вида); требования к уровню подготовки этих учеников также соответствуют требованиям, предъявляемым к учащимся указанных школ.

Трудовое воспитание осуществляется как в процессе повседневной жизни, так и на специальных занятиях. Профориентация детей с церебральными параличами проводится в течение всего периода обучения с целью подготовки к будущей профессии, более всего соответствующей психофизическим возможностям и интересам подростка. В школах-интернатах работают различные трудовые мастерские — швейные, столярные, слесарные. Детей обучают делопроизводству и машинописи, фотоделу, садоводству и другим специальностям. После окончания школы подростки могут продолжить профессиональное обучение в профтехучилищах, техникумах или в высших учебных заведениях, для поступления в которые они имеют определенные льготы.

Существует также сеть специализированных профтехучилищ Министерства социальной защиты. Для выбора профиля учреждения, в котором наиболее целесообразно учиться или работать подростку, страдающему церебральным параличом, проводится экспертиза трудоспособности. При трудоустройстве инвалидов необходимо строго следовать рекомендациям медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК). При сохранном интеллекте подростки могут овладеть профессиями программистов, экономистов, бухгалтеров, библиотекарей, переводчиков и др. Люди с низким интеллектом занимаются клеейкой коробок, штамповкой почтовых конвертов.