

**УЧЕБНОЕ
ПОСОБИЕ**

ПИТЕР®

Н. М. Трофимова С. П. Дуванова Н. Б. Трофимова Т. Ф. Пушкина

ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

*Н. М. Трофимова, С. П. Дуванова,
Н. Б. Трофимова, Т. Ф. Пушкина*

Основы специальной педагогики и психологии

Серия «Учебное пособие»

Рецензенты:

Горбачева Е. И., доктор психологических наук, профессор

Сердюк С. Ф., доктор педагогических наук, доцент

Заведующий редакцией

Ведущий редактор

Научный редактор

Художник

Корректоры

Верстка

П. Алесов

Н. Кулагина

В. Пахальян

А. Татарко

О. Свитова, Е. Чудинова

Е. Бреславский, О. Валиуллина

ББК 74.30я7

УДК 37.013.77(075)

Трофимова Н. М., Дуванова С. П., Трофимова Н. Б., Пушкина Т. Ф.

О-75 Основы специальной педагогики и психологии. — СПб.: Питер, 2010. — 304 с.: ил. — (Серия «Учебное пособие»).

ISBN 978-5-49807-834-2

В учебном пособии излагаются основные цели, задачи и принципы специальной педагогики и психологии, раскрываются специальные и общепедагогические методы коррекционного педагогического воздействия на детей, обучающихся и воспитывающихся как в общеобразовательных, так и в специальных образовательных учреждениях. Основной задачей пособия является внесение коррективов в общепедагогическую и профессиональную подготовку студентов к работе с детьми, имеющими отклонения в развитии и поведении, испытывающими трудности в освоении школьных учебных дисциплин.

Пособие предназначено для студентов и преподавателей педагогических вузов.

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-49807-834-2

© ООО Издательство «Питер», 2010

ООО «Лидер», 194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., 29а.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;
95 3005 — литература учебная.

Подписано в печать 24.03.10. Формат 60×90/16. Усл. п. л. 19. Тираж 1000. Заказ

Отпечатано с готовых диапозитивов в ООО «Типография Правда 1906».
191126, Санкт-Петербург, Киришская ул., 2.

Содержание

Предисловие	7
Глава 1. Организационно-методические основы преподавания дисциплины	10
1.1. Цели дисциплины	10
1.2. Требования к знаниям и умениям обучаемого	10
1.3. Рекомендации к организации самостоятельной работы студентов	11
1.4. Тематический план изучения дисциплины	12
Глава 2. Предмет и задачи курса «Основы специальной педагогики и психологии»	13
2.1. Становление специальной психологии и педагогики	13
2.2. Проблема нормы развития	17
2.3. Развитие психики аномальных детей	21
2.4. Практические задачи специальной психологии	25
2.5. Материалы для семинарского занятия	26
Глава 3. Основные категории специальной педагогики и психологии	40
3.1. Специфика формирования понятийного аппарата дисциплины	40
3.2. Основные термины специальной педагогики и психологии	42
3.3. Медицинская абилитация и реабилитация	51
3.4. Медико-социально-педагогический патронаж	52
3.5. Медико-социальная профилактика и ранняя комплексная помощь	53
3.6. Социально-педагогическая помощь лицам с ограниченными возможностями	54
3.7. Материалы для семинарского занятия	60

Глава 4. Психология детей дошкольного возраста с аномалиями развития. Специальная дошкольная педагогика	62
4.1. Учреждения специального назначения для детей дошкольного возраста	62
4.2. Теория и практика детской дошкольной коррекционной педагогики и специальной психологии	70
4.3. Формы коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольного возраста	73
4.4. Материалы для семинарского занятия	76
Глава 5. Особенности психического развития детей с нарушениями интеллекта и проблемы их обучения и воспитания как предмет олигофренопедагогики	84
5.1. Понятие умственной отсталости, ее формы и причины	84
5.2. Классификации умственной отсталости	87
5.3. Краткая историческая справка и современная характеристика социальной политики в отношении умственно отсталых лиц	92
5.4. Проблемы обучения, воспитания и развития умственно отсталых детей	93
5.5. Зарубежная практика воспитания, обучения и развития детей с выраженными интеллектуальными нарушениями	96
5.6. Отечественный опыт психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми формами умственной отсталости	99
5.7. Рекомендации педагогам по осуществлению интеграционного обучения детей с умственной отсталостью в условиях общеобразовательной школы	101
5.8. Материалы для семинарского занятия	102
Глава 6. Психология детей с задержкой психического развития (ЗПР) и основные направления коррекционно-развивающего обучения	113
6.1. Представления о ЗПР и их классификации	113
6.2. Особенности психики детей с ЗПР	121
6.3. Психолого-педагогические особенности коррекционно-развивающего обучения детей с ЗПР	128
6.4. Материалы для семинарского занятия	131

Глава 7. Особенности психического развития детей с сенсорными нарушениями	136
7.1. Нарушения анализаторных систем	136
7.2. Особенности психического и речевого развития слабослышащих детей	147
7.3. Дети с нарушениями зрения	151
7.4. Профессиональное образование, трудовая деятельность, социальная адаптация лиц с нарушениями слуха и зрения	160
7.5. Материалы для семинарского занятия	166
Глава 8. Логопедия и логопсихология	170
8.1. Предмет, задачи и методы логопедии	170
8.2. Виды речи и основные причины ее нарушения	172
8.3. Развитие речевой деятельности в онтогенезе	174
8.4. Современные классификации речевых нарушений	176
8.5. Предмет, задачи и методы логопсихологии	183
8.6. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями речи в ПМПК	185
8.7. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения	188
8.8. Элементы психотерапии в работе логопеда	190
8.9. Материалы для семинарского занятия	192
Глава 9. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата	208
9.1. Этиология и патогенез детского церебрального паралича	208
9.2. Характеристика нарушений двигательных функций у детей с ДЦП	211
9.3. Нарушения психики при ДЦП	216
9.4. Речевые нарушения при детском церебральном параличе	218
9.5. Основные цели и принципы коррекционной работы при ДЦП	220
9.6. Система специализированной помощи детям, страдающим церебральным параличом	222
9.7. Материалы для семинарского занятия «Особенности развития личности детей с церебральными параличами»	225

Глава 10. Комплексные нарушения	238
10.1. Понятие о сложном нарушении развития	238
10.2. Задачи психолого-педагогического сопровождения развития ребенка со сложным дефектом	241
10.3. Психолого-педагогические основы развития и образования лиц со сложным дефектом	244
10.4. Пути и способы организации специального образования для лиц со сложными нарушениями в развитии	247
10.5. Материалы для семинарского занятия	251
Глава 11. Девиантное поведение детей и подростков. Его причины и пути коррекции	254
11.1. Девиантное поведение, его причины и проявления	254
11.2. Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению	260
11.3. Специфика употребления алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте	261
11.4. Динамика злоупотребления психотропными веществами в подростковом возрасте	264
11.5. Работа учителя с девиантными подростками	269
11.6. Материалы для семинарского занятия	276
Глава 12. Акцентуации характера	280
12.1. Характер и черты личности	280
12.2. Акцентуации характера у подростков. Типы акцентуаций	281
12.3. Развитие и трансформации акцентуаций характера	283
12.4. Материалы для семинарского занятия	287
Список литературы	296

Предисловие

Ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, но развитой иначе.

Л. С. Выготский

Данная книга является учебным пособием по дисциплине «Основы специальной педагогики и психологии». Она предназначена для самостоятельной работы студентов дневного и заочного отделений высших и средних специальных учебных заведений педагогического профиля.

Гуманизация общественного сознания, как и современное социальное право, считает неэтичным терминологию, смыслом которой является исправление (коррекция) человека или каких-либо его качеств и свойств. Человек имеет право на индивидуальность, самобытность, признание и учет обществом тех или иных его особенностей, в том числе и ограниченных возможностей жизнедеятельности. Общество обязано предложить такому человеку помощь (медицинскую, социальную, педагогическую, психологическую), но никак не коррекцию. Применительно к личности в целом речь может идти только о педагогической помощи, специальных образовательных услугах, которые сам человек или родители ребенка с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности могут выбирать, принимать или не принимать. Термин «коррекция», имея право на существование, может относиться либо к отдельным технологическим компонентам такой специальной педагогической помощи, либо к среде, окружающей человека с ограниченными возможностями.

В современном учебно-воспитательном процессе действует установка нового уровня:

«Учитель призван не исправлять ошибки, недочеты природной организации ребенка, а максимально использовать свои профессиональные возможности для отыскания такой формы, которая соответствует уровню культуры общества, природному и творческому потенциалу ребенка. Ребенок — не только и не столько объект воздействия, сколько источник культурного и профессионального роста самого учителя» (Н. М. Трофимова).

Особую роль играет эта установка в отношении детей, нуждающихся в специальной помощи на ранних этапах нарушений. Как известно, особенностью некоторых нарушений в детском возрасте является их обратимость, что связано с высокой пластичностью детского мозга. В связи с этим для студентов педагогических вузов сегодня как никогда актуальна интеграция знаний таких наук, как специальная психология и специальная педагогика. На основе данных специальной психологии строится система обучения, воспитания и социальной адаптации людей, имеющих различные типы нарушений психического развития, определяются наиболее эффективные методы обучения, система профессиональной консультации и профориентации.

Авторы ориентируют студентов на опережающий, рефлексивный и творческий характер усвоения педагогических знаний на основе традиционных источников. Это позволяет не только получить представление о содержании учебного курса, но и применить полученные знания в собственной научной и практической деятельности в гуманных целях.

В книге рассмотрены различные аспекты предмета интегрированного курса. Особое внимание уделено вопросам организации специальной психологической помощи в системе образования, проблемам психокоррекционной работы в рамках профессиональной компетентности будущего специалиста.

Структура пособия ориентирует студентов на ключевые проблемы учебной дисциплины. Оно состоит из нескольких разделов.

Первый раздел посвящен общим вопросам специальной психологии и специальной педагогики. Подробно рассмотрены основные категории дисциплины, параметры и классификация основных видов дизонтогенеза, общие закономерности психического развития детей с ограниченными возможностями.

Следующий раздел рассматривает актуальную психолого-педагогическую проблему эффективной работы с детьми с отклонениями по типу ретардации и дисфункции созревания.

В пособии уделено место особенностям работы с детьми в условиях дефицитарного развития. Отдельный раздел содержит материал о детях с эмоционально-волевыми нарушениями.

По каждой теме авторы предложили свои версии обсуждений проблемы на семинарско-практических занятиях, дали необходимые методические рекомендации. Существенное место в пособии отводится организации самостоятельной работы студентов: даны примерные темы, необходимые рекомендации.

Авторы пособия уверены в том, что полученные читателями в процессе творческого переосмысления материалов пособия знания помогут им стать настоящими профессионалами в педагогической деятельности. Наряду с общими представлениями о возрастной, среднестатистической, функциональной норме и основных тенденциях развития ребенка с различными отклонениями, так важно научиться видеть его уникальную неповторимость, все богатство индивидуальных различий, сильные стороны растущей личности. Пристальное внимание к внутреннему миру взрослеющего человека, его трудностям и проблемам, своевременная психологическая поддержка позволят выработать собственную продуктивную педагогическую систему уже со студенческой скамьи.

Глава 1

Организационно-методические основы преподавания дисциплины

1.1. Цели дисциплины

Курс «Основы специальной педагогики и психологии» направлен на расширение научного кругозора будущих специалистов и качество их теоретической подготовки к педагогической деятельности.

Изучение курса «Основы специальной педагогики и психологии» способствует формированию знаний:

- ♦ об особенностях познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности детей с нарушениями общего развития;
- ♦ о проблемах их обучения и воспитания;
- ♦ о принципах организации и комплектования коррекционно-образовательных учреждений для детей дошкольного, школьного возраста и взрослых.

Знание основ специальной педагогики и психологии поможет педагогу в следующем:

- ♦ правильно организовать систему коррекционной работы с детьми, имеющими трудности обучения в условиях общеобразовательной школы;
- ♦ приобрести практические навыки, необходимые для самостоятельных экспериментальных исследований с целью совершенствования коррекционно-воспитательной работы.

1.2. Требования к знаниям и умениям обучаемого

По окончании курса студент должен иметь полное представление:

- ♦ об основных категориях детей с нарушениями психического развития;
- ♦ об отраслях специальной педагогики и психологии, изучающих вопросы их обучения и воспитания;

- ♦ о причинах возникновения врожденных и приобретенных аномалий.

Изучив данный курс, студент также должен:

- ♦ понимать, какие условия влияют на формирование ребенка с проблемами в развитии;
- ♦ уметь определить соотношение первичного дефекта и вторичных отклонений;
- ♦ учитывать, что чем дальше они разведены между собой, тем больше возможностей открывается для коррекции и компенсации последнего с помощью рациональной системы обучения и воспитания;
- ♦ владеть основами дифференциальной диагностики;
- ♦ уметь определять основные формы и методы коррекционно-воспитательной работы, направленные на разностороннее физическое и психическое развитие детей.

1.3. Рекомендации к организации самостоятельной работы студентов

Подготовка современного специалиста предполагает, что еще в стенах института он овладеет методологией самообразования, самовоспитания, самосовершенствования, поэтому так важна проблема активизации самостоятельной работы. С целью организации данного вида работы необходимо, в первую очередь, использовать материал лекционных и семинарских занятий. Лекционный материал создает проблемный фон с обозначением ориентиров, наполнение которых содержанием производится студентами на семинарских занятиях после работы с учебными пособиями и монографиями.

Большую пользу в овладении специальными знаниями приносит знакомство с психолого-педагогической литературой, статьями журналов «Дефектология», «Коррекционная педагогика». Реферирова и конспектируя наиболее важные вопросы, имеющие научно-практическую значимость, новизну, актуальность, делая выводы, заключения, высказывая практические замечания, выдвигая различные положения, студенты глубже понимают вопросы курса.

Наряду с традиционной формой контроля — зачетом, считаем необходимым, использовать внутрисеместровую аттестацию в виде коллоквиума а также написание контрольных работ, рефератов, собеседования, фронтальный и индивидуальный опрос, выполнение различных заданий как способов активации самостоятельной работы студентов.

1.4. Тематический план изучения дисциплины

При организации работы по учебному курсу «Основы специальной педагогики и психологии» мы опираемся на такое построение тематического плана, которое представлено ниже.

№	Название темы	Всего	Лекции	Семинары
1	Предмет, цели, задачи, принципы и методы специальной педагогики и психологии	4	2	2
2	Основные категории специальной педагогики и психологии	2	1	1
3	Психология детей дошкольного возраста с аномалиями развития. Специальная дошкольная педагогика	2	1	1
4	Особенности психического развития детей с нарушениями интеллекта и проблемы их обучения и воспитания как предмет олигофренопсихологии и олигофренопедагогики	4	2	2
5	Психология детей с задержкой психического развития и основные направления коррекционно-развивающего обучения	4	2	2
6	Особенности психического развития и обучения детей с сенсорными нарушениями. Тифло- и сурдопсихология, тифло- и сурдопедагогика	4	2	2
7	Логопсихология и логопедия	4	2	2
8	Психология детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, особенности их обучения, воспитания и развития. Проблемы развития детей с комплексными нарушениями	4	2	2
9	Девиантное поведение детей и подростков. Его причины и пути коррекции. Акцентуации характера	8	4	4
	Итого:	36	18	18

Глава 2

Предмет и задачи курса «Основы специальной педагогики и психологии»

Краткое содержание темы. Предмет и задачи курса. История становления специальной психологии и специальной педагогики, соотношение наук. Понятие среднестатистической и функциональной нормы развития. Условия нормального психического развития ребенка. Аномальное развитие. «Первичные» и «вторичные» дефекты развития. Учение Л. С. Выготского о компенсации. Факторы риска недостаточности психофизического развития. Содержание основных параметров дизонтогенеза. Основные направления дизонтогенеза. Классификация видов психического дизонтогенеза. Общие закономерности отклоняющегося развития. Основные факторы продвижения ребенка с отклонениями в развитии. Диагностика в специальной психологии.

2.1. Становление специальной психологии и педагогики

Систематическую работу по сбору статистических данных о частоте и видах нарушений развития проводят международные общественные организации ЮНЕСКО и ВОЗ, а также государственные статистические органы большинства цивилизованных стран. Однако абсолютно точных и исчерпывающих мировых статистических данных нет, т. к. многие страны имеют свои, отличные от других стран, критерии выделения лиц с ограниченными возможностями. Особенно сложен сбор данных в развивающихся странах вследствие специфических социально-культурных условий и недостаточного обеспечения медицинской и педагогической помощью.

Например, в странах с низким уровнем развития больше всего грубых нарушений зрения и слуха. В высокоразвитых странах наиболее частыми являются нарушения речи, затруднения при чтении и письме, при освоении математики. Статистика свидетельствует о достаточно устойчивом

процентном соотношении между различными категориями отклонений в каждой возрастной группе. На 100 школьников (от 7 до 15 лет) приходится 4–5 человек, имеющих нарушения интеллекта. На 800 человек — 1 ребенок с синдромом Дауна. С возрастом увеличивается число людей, страдающих нарушениями слуха (после 50 лет).

В нашей стране также ведется статистический учет лиц с ограниченными возможностями: 4,5 % всей детской популяции (1,7 млн детей) — дети с ограниченными возможностями здоровья и нуждающиеся в специальном образовании. В это число входит более 35 тыс. детей дошкольного возраста, и 63,6 % таких детей находятся в дошкольных образовательных учреждениях вместе с обычными детьми. 272 тыс. детей школьного возраста обучаются в 1905 специальных образовательных учреждениях.

Отношение к детям, имеющим различные отклонения в развитии, несет на себе следы длительной истории эгоизма и себялюбия общества еще со времен инфантицида. Так назывался в истории период античности (IV в. до н. э.), когда применялось массовое детоубийство. Каждого родившегося с физическими или умственными дефектами ребенка уничтожали, сбрасывая в пропасть. Этот обычай кое-где в Европе сохранялся еще и в Средние века. В XVI–XVII вв. человеческая жизнь приобретает уже некоторую ценность, и к дефективным детям относятся более гуманно, начинают искать пути помощи и возвращения их в общество. Тип странного, погруженного в себя человека, вызывающего уважение своими особыми способностями, но беспомощного и наивного в социальной жизни, неприспособленного в быту, связан с представлениями о чудаках. В российской культуре особое, почетное место занимает образ юродивого. Не случайно в персонаж Иванушки-дурачка народная мудрость вложила способность видеть то, чего не видят умные, говорить правду там, где лукавят социально приспособленные (Никольская О. С.).

Позднее появилась мысль лечить, воспитывать, обучать ремеслам таких людей. У истоков ее стояли французский врач и просветитель Ж. Итар (1775–1838), его соотечественник Э. Сеген (1812–1880). Они считали, что при разумном сочетании лечения с обучением возможно развитие аномальных детей.

Курс «Основы специальной педагогики и психологии» предполагает интеграцию психолого-педагогических знаний по данной проблеме. Остановимся на составляющих этой дисциплины. Возникновение *специальной психологии* как самостоятельной отрасли психологической науки и практики относят к 60-м годам прошлого столетия. До этого она являлась частью дефектологии — науки о причинах и механизмах отклоняющегося развития человека.

Специальная психология изучает психофизиологические особенности аномальных детей, закономерности их воспитания, обучения, подготовки к социальной адаптации и реабилитации различных категорий детей с проблемами в развитии.

Специальная педагогика — это теория и практика специального образования лиц с отклонениями в физическом и психическом развитии, для которых образование в обычных педагогических условиях, определяемых существующей культурой, при помощи общепедагогических методов и средств, затруднительно или невозможно.

Развитие отечественной науки в этом направлении связано с именами Л. С. Выготского, Т. А. Власовой, И. И. Данюшевского, Л. В. Занкова, Р. Е. Левиной, Н. М. Морозовой, И. А. Соколянского, В. Г. Петровой и др.

Соотношение наук в нашем курсе можно представить, уяснив предысторию вопроса, объект, предмет, цели и задачи курса. В советский период в нашей стране широко использовался термин «*дефектология*» как теоретическая и практическая область специального образования лиц с отклонениями в развитии. Параллельно ему, применительно к науке, использовались два тесно связанных между собой термина «*специальная педагогика*» и «*специальная психология*». Появление и закрепление термина «дефектология» в СССР было обусловлено бурным развитием *педологии*. Заслуга педологии в том, что она обогатила педагогику системным видением развивающейся личности ребенка, а так же предопределила необходимость всестороннего изучения растущего человека в физиологическом, психологическом и социальном аспектах и учета этих особенностей в педагогическом процессе. С 1936 года, после известного постановления ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе Наркомпроса», педология и все связанное с ней было уничтожено (педологическая специальность, учебники и научные работы), репрессированы выдающиеся ученые. Труды Л. С. Выготского, например, были запрещены почти на 30 лет. Дефектология была отделена от педологии, но, в отличие от нее, проблемное поле дефектологии осталось почти не тронутым репрессиями. Большую роль в сохранении, защите и развитии этих направлений в разные годы сыграли руководители Научно-исследовательского института дефектологии АПН СССР, такие, как И. И. Данюшевский, А. И. Дьячков, Т. А. Власова, В. И. Лубовский.

Развитие контактов с мировым научным сообществом и зарубежной педагогической практикой с начала 90-х годов показало «диагностную» в контексте гуманистической парадигмы образования сущность

термина «дефектология». Так же как и «дефектология», термин «коррекционная педагогика» заставляет оставаться в «диагностном» терминологическом поле, ибо объект (дефект) лишь заменили на относящееся к нему действие (коррекция). В предисловии мы уже отмечали, что применительно к человеку, личности в целом речь может идти только *о педагогической помощи, специальных образовательных услугах*, которые человек или родители ребенка с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности могут выбирать, принимать или не принимать. Термин «коррекция», имея право на существование, может относиться либо к отдельным технологическим компонентам такой специальной педагогической помощи, либо к среде, окружающей человека с ограниченными возможностями. Название «специальная педагогика» используется как общепонятный международный педагогический термин, т. к. соотнобразуется с современными гуманистическими ориентирами мировой системы образования: корректность, отсутствие ярлыка, унижающего человека. Английский корень — *special* (особый, индивидуальный) подчеркивает личностную ориентированность этой области педагогики, ее способность решать сложные индивидуальные образовательные проблемы конкретного человека. Специальная педагогика охватывает весь жизненный цикл человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности, у которого спектр образовательных проблем неизмеримо шире, чем у одаренного ребенка.

Вопрос о названии *объекта* данного курса неоднозначен. В последнее время в отечественных правовых документах встречается термин *лицо с ограниченными возможностями здоровья*. Предлагаемая медицинским контекстом терминология также часто используется рассматриваемыми науками за неимением своей собственной: аномальные (дети, лица и др.), дети (лица) с патологией развития, с дефектом развития, с отклонениями в развитии и т. п. Наиболее оптимальным в этом смысле представляется термин, предложенный еще в конце 70-х годов английскими специалистами: *«дети (лица) с особыми образовательными потребностями»*. Современная наука исходит из того, что о недостатке, отклонении в развитии можно говорить там и тогда, где и когда возникает несоответствие возможностей данного человека (в том числе и ребенка) общепринятым социальным ожиданиям, школьно-образовательным нормативам успешности, установленным в обществе нормам поведения и общения, т. е. когда налицо ограничение социальных возможностей.

Объектом исследования курса «Основы специальной педагогики и психологии» как отрасли научного познания являются дети (лица) с особыми образовательными потребностями.

Цели и задачи обучения и воспитания ребенка с особыми образовательными потребностями определяются общими принципами психологии и педагогики: *подготовка к активной общественно-полезной жизни, формирование гражданских качеств.*

Задачи курса:

- ◆ выявление закономерностей психического развития аномального ребенка;
- ◆ изучение особенностей развития познавательной деятельности людей с различными нарушениями; изучение закономерностей развития личности человека с ограниченными возможностями;
- ◆ разработка диагностических методик и способов психологической коррекции различных типов нарушений;
- ◆ изучение психологических проблем интеграции и интегрированного обучения;
- ◆ психологическое обоснование наиболее эффективных путей и методов психологического воздействия на психическое развитие детей с различными типами нарушений.

Таким образом, *значение специальной психологии для специальной педагогики* определяется тем, что на основе ее данных строится система обучения, воспитания и социальной адаптации людей, имеющих различные типы нарушений психического развития, выявляются наиболее эффективные методы обучения и строится система профессиональной консультации и профориентации.

2.2. Проблема нормы развития

Когда речь заходит об отклонениях в развитии человека, необходимо уяснить понятие «норма». Личностно ориентированный подход как стратегия отечественного образования требует от педагога обеспечить индивидуальный путь развития не только среднестатистическому ребенку, но и тому, кто отличается неповторимостью.

Норма предполагает такое сочетание личности и социума, когда она бесконфликтно и продуктивно выполняет ведущую деятельность, удовлетворяет свои основные потребности, отвечая при этом требованиям социума соответственно ее возрасту, полу, психосоциальному развитию.

Ориентация на норму важна на этапе выявления недостатков в развитии с целью определения специальной помощи. Актуальны несколько значений этого понятия.

Среднестатистическая норма — уровень психосоциального развития человека, который соответствует средним качественно-количественным показателям, полученным при обследовании представительной группы популяции людей того же возраста, пола, культуры и т. д.

Функциональная норма — индивидуальная норма развития. Любое отклонение можно считать отклонением только в сопоставлении с индивидуальной тенденцией развития каждого человека.

Существенное различие между нормальными и ненормальными людьми состоит в том, что психические черты у первых являются случайным признаком, от которого они могут легко освободиться, если захотят приложить соответствующие усилия.

Исследователи считают ребенка нормальным при следующих условиях:

- ♦ когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;
- ♦ когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим путем, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения;
- ♦ когда ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости (Пожар Л.).

Рассмотрим *условия нормального развития ребенка*. Г. М. Дульнев и А. Р. Лурия считают основными из них следующие показатели:

- 1) нормальная работа головного мозга и его коры. Патогенные воздействия нарушают нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов, анализ и синтез поступающей информации, взаимодействие между блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека;
- 2) нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов;

- 3) сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром;
- 4) систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.

Под *дефектом* (от лат. *defectus* — недостаток) понимается физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка.

Дефект одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Влияние дефекта всегда двойственно: с одной стороны, он затрудняет нормальное протекание деятельности организма, с другой — служит усиленному развитию других функций, которые могли бы компенсировать недостаток. Л. С. Выготский: «Минус дефекта превращается в плюс компенсации». Следует различать две группы дефектов:

- ◆ *первичные дефекты*, к которым относятся частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, явления ретардации, регресса и акселерации), нарушения межфункциональных связей. Он является следствием таких нарушений, как недоразвитие или повреждение мозга. Проявляется первичный дефект в виде нарушений слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности, мозговых дисфункций и т. д.;
- ◆ *вторичные дефекты*, которые возникают в ходе развития ребенка с нарушениями психофизиологического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а, напротив, детерминирует отклонения в личностном развитии.

Механизм возникновения вторичных дефектов различен. Вторичному недоразвитию подвергаются функции, непосредственно связанные с поврежденной. Например, по этому типу возникает нарушение формирования речи у глухих. Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые во время повреждения находились в чувствительном периоде развития. В результате этого разные повреждения могут приводить к сходным результатам. Так, например, в дошкольном возрасте в чувствительном периоде развития находится произвольная моторика. Поэтому различные повреждения (перенесенный менингит, травма черепа и т. д.) могут привести к явлениям задержки в формировании этой функции, что проявляется как двигательная расторможенность.

Важнейшим фактором возникновения вторичного дефекта является *социальная депривация*. Дефект, препятствующий нормальному общению ребенка со сверстниками и взрослыми, тормозит усвоение им знаний и навыков, развитие в целом.

Особое место в группе вторичных дефектов занимают личностные реакции на первичный дефект. Возможны несколько *типов личностного реагирования*.

Игнорирование — часто встречается при олигофрении, связано с недоразвитием мышления и недостаточной критикой к успешности своей деятельности.

Вытеснение — относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.

Компенсация — такой тип реагирования, при котором происходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных.

Гиперкомпенсация — усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам.

Астенический тип реагирования приводит к возникновению заниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.

Когда можно говорить об опасности отклонений?

По времени воздействия *патогенные факторы* делятся на:

- ◆ пренатальные (*до начала родовой деятельности*);
- ◆ натальные (*в период родовой деятельности*);
- ◆ постнатальные (*после родов, особенно в период с раннего детства до трех лет*).

Наиболее грубое недоразвитие психических функций возникает вследствие повреждений головного мозга на ранних этапах эмбриогенеза, т. к. это период интенсивной клеточной дифференциации структур головного мозга.

Факторы риска недостаточности психофизического развития:

- ◆ *биологические* (наследственные отклонения, инфекционные, вирусные и эндокринные заболевания матери во время беременности, токсикозы, гипоксия и др.);
- ◆ *генетические* (недостаток или избыток хромосом, хромосомные аномалии);
- ◆ *соматические* (невропатии);

- ◆ *социальные* (алкоголизм, наркомания родителей, неблагоприятная среда);
- ◆ *индекс повреждения головного мозга* (энцефалопатии);
- ◆ *ранние, до 3-х лет, средовые воздействия, текущие средовые воздействия* (Л. В. Кузнецова).

2.3. Развитие психики аномальных детей

Развитие психики аномальных детей подчиняется тем же основным закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормального ребенка:

- ◆ цикличность психического развития;
- ◆ неравномерность психического развития;
- ◆ развитие отдельных психических функций на базе сформированных ранее;
- ◆ пластичность нервной системы;
- ◆ соотношении биологических и социальных факторов в процессе психического развития.

Зная их, можно продуктивно искать пути, факторы и направления развития различных категорий детей с отклонениями. Надо различать и *общие закономерности отклоняющегося развития*:

- ◆ снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации;
- ◆ трудность словесного опосредования;
- ◆ замедление процесса формирования представлений и понятий об окружающей действительности;
- ◆ риск возникновения состояний социально-психологической дезадаптированности (по В. И. Лубовскому).

В. В. Лебединский на основе представлений отечественных и зарубежных ученых (Л. С. Выготский, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев, Л. Каннер и др.) предложил свою *классификацию видов психического дизонтогенеза* (разных форм нарушения нормального онтогенеза). Критерием деления стало учение об основных нарушениях психического развития человека:

- ◆ *ретардация* (задержанное развитие) — запаздывание или приостановка всех сторон психического развития или преимущественно отдельных компонентов;
- ◆ *дисфункция созревания*;

- ◆ *поврежденное развитие* — изолированное повреждение какой-либо анализаторной системы или структур головного мозга;
- ◆ *асинхрония* — диспропорциональное психическое развитие при выраженном опережении темпа и сроков развития одних функций и запаздывании или выраженном отставании других.

Итак, к основным видам дизонтогенеза относят:

- ◆ отклонения по типу ретардации и дисфункцию созревания (УО, ЗПР);
- ◆ отклонения по типу повреждения (органическая деменция, тяжелые нарушения анализаторных систем);
- ◆ отклонения по типу асинхронии с преобладанием эмоционально-волевых нарушений (ранний детский аутизм, психопатии).

На тип возникшей у ребенка дизонтогенезии влияют так называемые *параметры дизонтогенеза*. В соответствии с представлениями М. С. Певзнер, В. В. Лебединского, Э. Г. Симерницкой называют такие параметры, как:

- ◆ время и длительность воздействия повреждений (возрастная обусловленность дизонтогенеза). Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее является недоразвитие психических функций;
- ◆ этиология (причины и условия возникновения нарушений);
- ◆ локализация, интенсивность и распространенность патологического процесса. Локальные формы: дефекты отдельных анализаторных систем. Системные нарушения: интеллектуальные дефекты (УО, ЗПР);
- ◆ степень нарушения межфункциональных связей и иерархических координаций. При общем повреждении нервной системы в первую очередь страдают те функции, которые находятся в сенситивном периоде развития.

Нарушения психического развития могут иметь *частный* и *общий* характер. *Частные нарушения* — это нарушения в деятельности анализаторов: зрения, слуха, речи, движений.

Общие нарушения функций головного мозга связаны с деятельностью регуляторных систем.

Поражения мозга на подкорковом уровне приводят к снижению уровня бодрствования, постоянному снижению работоспособности. На этом же уровне поражений встречаются нарушения элементарных эмоций — беспричинные вспышки ярости, чувство общей тоски, тревоги и т. д. При поражениях головного мозга на уровне коры происходит специфическое нарушение интеллектуальной деятельности: недостаточность

функций целеполагания, программирования и контроля. Поражение лобных отделов головного мозга приводит к нарушению произвольности целенаправленной деятельности. Ребенок испытывает трудности с планированием выполнения ряда заданий, отмечается неустойчивость произвольного внимания, теряется функция контроля и критического отношения к результатам деятельности.

Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее будут проявления недоразвития психики. При более поздних поражениях характерны повреждения и распад ранее сформированных функций. Каждая функция в ходе своего развития проходит сенситивный период с наибольшей интенсивностью развития, но в этот же период данная функция является наиболее уязвимой.

Так, периодом формирования фразовой речи является возраст от 2 до 3 лет: проходит бурное накопление словарного запаса, усвоение лексико-грамматических конструкций. В это же время психические травмы, соматические заболевания, перенесенные в этот период, могут привести к возникновению заикания. В возрасте от 5 до 7 лет происходит формирование основных морально-этических чувств. Ребенок в этот период развивает навык произвольной регуляции эмоций, и повреждающие воздействия в этот период могут способствовать возникновению органической психопатии. Поэтому в этом же возрасте часто возникают и проявляются психопатические особенности характера: злобность, раздражительность, склонность к внезапным колебаниям настроения. В младшем школьном возрасте происходит становление логического мышления. У ребенка формируются понятия о сохранении числа, массы, объема, автоматизируются навыки чтения и письма.

Недоразвитие какой-либо частной функции, не позволяющее освоить данный объем информации, социальная и педагогическая запущенность и т. д. могут привести к недостаточности либо задержке в формировании логического мышления. В подростковом возрасте происходит сложная гормональная перестройка организма и развивается ряд весьма существенных функций.

В сфере мышления — развитие абстрактно-логического мышления, способность к установлению отдаленных связей.

В сфере эмоций — прохождение стадии платонической любви, расширение сферы чувств и эмоций.

В сфере мотиваций — изменение ведущих мотивов деятельности, формирование самостоятельной самооценки, шкалы ценностей, решение проблем общения со сверстниками и установление взрослого стереотипа отношений с родителями.

В физиологическом плане подростковый возраст характеризуется большой интенсивностью влечений, сильным влиянием гормонального

фона на деятельность головного мозга. За счет значительного разнообразия функций, бурно развивающихся в подростковом возрасте, неблагоприятные социальные и биологические воздействия в этот период приводят к разнообразным отклонениям. Это могут быть значительные изменения и искажения со стороны мышления, выступающие как начало шизофренического процесса. Нарушения со стороны эмоций и влечений закладывают фундамент будущих сексуальных девиаций. Недостаточная помощь со стороны взрослых при формировании мировоззренческих установок может привести к тяжелым личностным кризисам утраты смысла жизни. Трудности общения со сверстниками либо избыточные реакции группирования также могут наложить свой отпечаток на последующую жизнь человека в обществе. Возможно появление характерных для подросткового возраста невротических реакций в виде *нервной анорексии, дисморфомании*.

В детском возрасте психические функции еще не стабилизировались. Недостаточная устойчивость психических функций может обусловить явления *регресса* — возврата функции на более ранний возрастной уровень. Различные события, вызывающие стресс и мобилизацию усилий организма на борьбу за выживание, приводят к явлениям *временного регресса*, т. е. временной утрате сформированных ранее навыков.

Например, при тяжелых соматических заболеваниях дети первых лет жизни могут утрачивать навыки ходьбы, опрятности, перестают произносить слова. У детей старшего возраста, школьников явления временного регресса затрагивают прежде всего интеллектуальную и мотивационную сферу личности. Так, у детей, переживших шоковые психические травмы (после землетрясений, железнодорожных катастроф), отмечался возврат к более примитивным формам рисунка, утрата потребностей и интересов, свойственных возрасту, и появление эмоциональных форм реагирования и потребностей, характерных для более младшего возраста: страх темноты, одиночества, потребность в физическом контакте и т. д. *Стойкий регресс* — это устойчивый возврат на более ранний возрастной уровень, связанный с существенным повреждением функции. Такое состояние чаще всего связано с тяжелым психическим заболеванием — ранней детской шизофренией. Чаще регрессу подвергаются менее зрелые, недавно возникшие функции. Так, более вероятно утрата навыков чтения и письма, чем навыка ходьбы и приема пищи.

Основными факторами, влияющими на продвижение в развитии ребенка с отклонениями, являются:

- 1) *биологические*: характер и выраженность нарушения в зависимости от времени его приобретения, состояния здоровья ребенка;

- 2) *социальные*: спонтанное обучение (воздействие социальной среды: семейное влияние, воздействие коллектива сверстников, отношения с взрослыми); организованное обучение неспециалистами — пребывание ребенка в детском саду или школе, систематические занятия с родителями, которые оказывают недостаточное влияние; специально организованное воспитание и обучение в домашних условиях, в закрытом учреждении, а также интеграция в среду нормально развивающихся сверстников, в результате которого происходит коррекция и компенсация нарушений развития ребенка; собственная психическая активность (интересы, склонности, эмоции, способность к волевому усилию, сформированность произвольных процессов).

2.4. Практические задачи специальной психологии

В число важных практических задач специальной психологии входят:

- ◆ выявление детей с нарушениями в развитии;
- ◆ их дифференциальная диагностика;
- ◆ разработка соответствующих психодиагностических методик.

Принципы, которыми следует руководствоваться при обследовании детей с нарушениями в развитии:

- ◆ принцип комплексного изучения ребенка;
- ◆ принцип динамического изучения ребенка (исследование ЗБР и ЗАР; принимается обучающий эксперимент);
- ◆ принцип целостного, системного обучения, выявляется первичный дефект и вторичное нарушение, изучение происходит в процессе деятельности;
- ◆ принцип качественно-количественного подхода при анализе данных, полученных в процессе психолого-педагогической диагностики.

Необходимость реализации этих принципов сформировала объективную потребность в создании психологической службы в системе специального образования, нацеленную на профилактическую, диагностическую, развивающую, коррекционную и реабилитационную работу с личностью.

На сегодняшний день актуальный подход: от диагностики отбора — к диагностике специфических особенностей психического развития.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте предмет и задачи изучаемой дисциплины. Как вы представляете соотношение составляющих ее наук?
2. В чем сущность и значение для работы педагога понятий «среднестатистическая норма развития», «функциональная норма развития»?
3. Каковы условия нормального психического развития ребенка?
4. Какие факторы отклоняющегося развития вы знаете?
5. Раскройте общие закономерности отклоняющегося развития.
6. В чем сущность учения Л. С. Выготского о первичном и вторичном дефектах развития? Как проявляется двойственность и противоречивость влияния дефекта на общее развитие организма?
7. Классификация детей с отклонениями в развитии по В. В. Лебединскому. Что легло в основу данной классификации?
8. Каковы основные параметры дизонтогенеза?

Литература

1. Коррекционная педагогика / Под ред. Б. П. Пузанова. — М., 1999.
2. Специальная педагогика / Под ред. Н. М. Назаровой. — М., 2000.
3. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития детей. — М., 1985.
4. *Лубовский В. И.* Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М., 1989.
5. *Максимова Н. Ю., Милютин Е. Л.* Курс лекций по детской патопсихологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д, 2000.
6. Основы специальной психологии: Учебное пособие / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М., 2002.

2.5. Материалы для семинарского занятия

Основные понятия Аномалии развития, дизонтогенез, депривация, первичный дефект, вторичные нарушения, классификация, закономерности психического развития, психомоторное развитие (пренатальное, натальное, постнатальное), перинатальное неблагоприятное воздействие, патологии родовой деятельности, прижизненные факторы, полиэтиология, наследственная отягощенность, органические и функциональные нарушения, индивидуально-личностные особенности ребенка.

Методические указания

Главное в этой теме — уяснить, какие патогенные факторы приводят к врожденным и приобретенным нарушениям, какие из них воздействуют в пренатальном, натальном, постнатальном периодах. Для этого необходимо:

- ♦ охарактеризовать факторы, действующие во внутриутробный период, в период родовой деятельности, прижизненные факторы, отметив также их полиэтиологию;
- ♦ уделить внимание проявлениям наследственной отягощенности и хромосомным нарушениям.

Важно отметить различие органических и функциональных причин. Следует подчеркнуть глубокий научный и практический смысл положений Л. С. Выготского о включении детей с отклонениями в развитии в разнообразную социально значимую деятельность для создания активных и действенных форм детского опыта, о структуре дефекта, включающей первичные нарушения и вторичные отклонения, о полном раскрытии компенсаторных возможностей психических функций только при включении в процесс компенсации и биологических, и социальных факторов.

Подготовка к ответу на пятый вопрос дает возможность ознакомиться с существующими в настоящее время классификациями нарушений в развитии. Целесообразно для этого обратиться к учебным пособиям.

Параметры, определяющие тип нарушения психического развития В. В. Лебединский связывает с функциональной локализацией нарушения, временем поражения, системным строением нарушения, нарушением межфункциональных взаимодействий. Основные закономерности развития психики детей в норме и патологии, согласно положению Л. С. Выготского, совпадают. Дальнейшие исследования позволили выделить также закономерности, общие для всех типов нарушений развития, специфические закономерности, характерные для всех нарушений физического и сенсорного развития, а также только для данного вида нарушения психического развития. Важно уяснить специфику основ специального образования. Усвоению этого материала помогут тексты приложений.

Клинические основы специальной психологии

Важно своевременно выявить причины возникновения отклонений в развитии, понять сущность произошедших в организме нарушений, особенности развития ребенка с отклонениями в деятельности поврежденных органов,

определять обходные (компенсаторные) пути развития ребенка на основе сохраненных органов, построить специальную педагогическую систематику и педагогическую классификацию, внутри которой квалифицированно вести профилактическую работу по предупреждению нарушений в развитии психологическими и педагогическими средствами.

На выполнение врачебного постулата: «Лечить не болезнь, а больного» и направлена работа специальной психологии и педагогики по решению вопросов абилитации и реабилитации, оздоровления, коррекции, компенсации, медико-педагогической поддержки и сопровождения не только самого ребенка, но и его семьи.

В специальную школу ребенка направляют органы управления образованием при условии согласия родителей; по заключению (или по рекомендации) психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК). При этих условиях ребенок может быть переведен внутри специальной школы в классы для умственной отсталости только после 1-го года обучения в ней. В специальных школах могут быть созданы классы или группы для детей со сложной структурой дефекта, с выраженными нарушениями в умственном развитии, с другими нарушениями. Такие классы могут быть организованы по решению педсовета школы. Ученик специальной школы может быть переведен в общеобразовательную школу с согласия родителей и по решению ПМПК, если в школе есть условия для интегрированного обучения:

- 1) осуществляется охранительный режим (соответствующие специалисты осуществляют медицинское и психологическое сопровождение);
- 2) социальной адаптации и интеграции способствует социальный педагог;
- 3) осуществляется трудовое воспитание и профессиональная подготовка.

Характеристика системы специального образования

Система школьного образования для детей с нарушениями развития на сегодняшний день отражена в табл. 1.

До недавнего времени выделялась категория необучаемых детей — дети с тяжелыми формами умственной отсталости, осложненной другими недостатками в развитии. В настоящее время таких детей и подростков в нашей стране около 32 тыс. Сегодня доказано, что при систематической и квалифицированной коррекционно-педагогической работе эти дети поддаются обучению — самообслуживанию, гигиене, социальному поведению и т. д.

Таблица 1

Система школьного образования для детей с нарушениями развития

Вид школы	Количество школ	Количество учащихся
1	84	11 413
2	75	10 963
3	18	3040
4	61	8605
5	60	11 362
6	44	6171
7	69	12 562
8	1461	207 836

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности преобладают лица мужского пола, особенно в городах (55 %). Ведущая возрастная группа — с 8 до 13 лет. Выявление связано с началом школьного обучения.

Деятельность учреждений школьной системы специального образования регламентируется Постановлением правительства РФ от 12 марта 1997 г. № 228 «Об утверждении типового положения о специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии» и письмом Министерства образования РФ «О специфике деятельности специальных (коррекционных) учреждений 1–8 видов».

Характеристика специальных (коррекционных) школ

1 вид специальных школ: для глухих детей. Здесь образовательный процесс организован следующим образом:

- ◆ начальное общее образование осуществляется в течение 5–6 лет (6–7 лет, если есть подготовительный класс);
- ◆ полное среднее общее образование — 2 года, но осуществляется как вечерняя школа. В 1 класс принимаются дети с 7 лет, количество не более 6 человек, в класс со сложной структурой — не более 5 человек.

Учебная деятельность направлена на формирование и развитие устной и письменной речи, общения, умения воспринимать и понимать речь окружающих на слухо-зрительной основе, умения использовать остатки слуха для восприятия речи на слух и умозрительно с использованием звукоусилительной аппаратуры.

2 вид специальных школ: для слабослышащих, имеющих частичную потерю слуха и различное недоразвитие речи, поздно оглохших, оглохших в раннем школьном возрасте и сохранивших самостоятельную речь.

В таких школах существует два отделения: для детей с легким недоразвитием речи и с глубоким недоразвитием речи. Из 1 отделения в другое переходят с согласия родителей и ПМПК. Принимают с 7 лет, если посещали детский сад — то в подготовительный класс. Наполняемость классов: 1 отделение — до 10 человек, 2 отделение — до 7 человек. Образование осуществляется в 3 ступени: начальное общее образование (4–5 лет; 5–6 лет или 6–7 лет), основное общее (6 лет в 1 и во 2 отделении) и среднее общее образование (2 года обучения и в первом, и во втором отделении). Используется звукоусиливающая аппаратура коллективного пользования, индивидуальные слуховые аппараты и фонетическая ритмика.

3 и 4 вид специальных школ (3 — незрячие, 4 — слабовидящие и поздно ослепшие).

В школу 3 вида принимаются незрячие дети и имеющие остаточное зрение 0,04 диоптрия и ниже, и более высокой остротой зрения — до 0,08 при наличии сложных сочетаний нарушения зрительных функций с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте. В первый класс принимаются дети 6–7 и 8–9 лет. Наполняемость первых классов — до 8 человек. Общий срок обучения — 12 лет (общее полное среднее образование).

Школы 4 вида — для слабовидящих детей с остротой зрения от 0,05 до 0,4 диоптрий на лучше видящем глазу с переносимой коррекцией. При обучении учитываются зрительные функции: поле зрения, острота зрения вблизи, форма и течение патологии и т. д.

5 вид специальных школ: для детей с нарушениями речи.

Здесь могут быть 1 или 2 отделения, в которые принимаются дети:

- ♦ 1 отделение: с алалией, афазией, дизартрией, ринолалией, заиканием;
- ♦ 2 отделение: с тяжелой формой заикания при нормально развитой речи.

В 1 класс принимаются дети с 7–9 лет. Подготовительные классы с 6–7 лет. Обучение 10–11 лет. Специальный речевой режим.

6 вид специальных школ: для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата — ДЦП, врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата.

Здесь образование имеет 3 ступени:

- ◆ 1 — начальное общее (4–5 лет);
- ◆ 2 — основное общее (6 лет);
- ◆ 3 — среднее (2 года).

1 класс — с 7 лет. Подготовительный класс — с 6 лет. Количество — не более 10 человек. Комплексная коррекционная работа — двигательная сфера, речь и познавательная деятельность.

7 вид специальных школ: для детей с стойкими затруднениями в обучении, имеющих ЗПР.

Здесь образование включает 2 ступени:

- ◆ 1 — начальное общее (3–5 лет);
- ◆ 2 — основное общее (5 лет).

Варианты: а) принимаются только в подготовительный 1–2 класс; б) если ребенок учился в обычной школе с 7 лет, то принимают во 2 класс, а если с 6 лет — в 1 класс. Количество — не более 12 человек. Проводится диагностическое обучение.

8 вид специальных школ.

Ребенок может быть принят в первый или подготовительный класс в возрасте 7–8 лет. Количество учеников в подготовительном классе не более 6–8 человек, в остальных — не более 12 человек. Могут создаваться классы для детей с глубокой УО (не более 5–6 человек). Дети принимаются в возрасте до 12 лет и обучаются до 18 лет. Комплектование таких классов проводится по трем уровням:

- 1) 6–9 лет;
- 2) 9–12 лет;
- 3) 13–18 лет.

Не принимаются дети с психопатоподобным поведением, эпилепсией и другими психическими заболеваниями, требующими активного лечения. Легкая степень УО. Сроки обучения 8 лет; 9 лет; 9 лет и программа профессиональной подготовки; 10 лет и профессиональная подготовка; 10 лет, если учитывается подготовительный класс.

Принципы специального образования

Специальная педагогика опирается на соответствующие общие педагогические принципы организации образования и управления познавательной деятельностью, такие, как научность, доступность, наглядность, связь с жизнью и др. Их реализация в системе специального образования имеет отличия, связанные с особенностями структуры и степени нарушений у детей.

Перечислим и охарактеризуем специфические принципы специальной педагогики.

1. *Принцип педагогического оптимизма* связан с высоким уровнем научного и практического знания о потенциальных возможностях лиц с особыми образовательными потребностями; современными педагогическими возможностями абилитации и реабилитации детей и взрослых с отклонениями в развитии; правом каждого человека, независимо от его особенностей и организационных возможностей жизнедеятельности, быть включенным в образовательный процесс.

Дети с особыми образовательными потребностями, как правило, учатся медленнее, но могут учиться и достигают высоких результатов. Принцип опирается на идею Выготского о *зоне ближайшего развития* (ЗБР). Отвергает теорию «потолка». Современная специальная педагогика утверждает, что необучаемых детей нет. Человек с особыми образовательными потребностями в соответствии с этим принципом — это благополучно развивающаяся и социально полноценная личность, если этого хочет общество или если оно может обеспечить для этого необходимые условия.

2. *Принцип ранней педагогической помощи.* Выявление и диагностика отклонений в развитии ребенка для определения его особых образовательных потребностей. Современное специальное образование предусматривает максимальное сокращение разрыва между моментом выявления первичного нарушения в развитии ребенка и началом целенаправленной коррекционно-педагогической помощи. Необходимо учитывать чувствительные периоды в развитии, приходящиеся на ранний школьный возраст.

3. *Принцип коррекционно-компенсирующей направленности образования.* Опора на здоровые силы обучающихся, построение образовательного процесса с использованием сохраненных анализаторов, функций и систем организма в соответствии со спецификой и природой недостатка развития (т. е. природосообразно). Коррекционная работа направлена на исправление или ослабление недостатков психофизиологического развития, создает дополнительные возможности для процесса компенсации. Коррекционно-компенсирующая направленность отражена в содержании, методах, организации и организационных формах специального образования. Это меньшая наполняемость класса, увеличения срока обучения, охранительный лечебно-педагогический режим и т. д.

4. *Принцип социально-адаптирующей направленности образования.* Социально-адаптирующая направленность специального образования

позволяет преодолеть и уменьшить «социальное выпадение», сформировать различные структуры социальной компетентности и психологически подготовить к жизни в социокультурной среде. Найти социальную нишу, в которой недостаток развития и ограничения возможностей максимально скомпенсируются. Позволяет вести независимый социальный и материально достойный образ жизни. Данная направленность обеспечивается содержанием стандартов, формами и средствами коррекционно-образовательного процесса.

5. *Принцип развития мышления, языка и коммуникации как средств специального образования.* Любое нарушение умственного и физического развития отрицательно сказывается на развитии у ребенка умения общаться, мышления, речи, и, следовательно, данные дети нуждаются в коррекционно-педагогической помощи с целью успешной социокультурной адаптации.

6. *Принцип деятельностного подхода в обучении и воспитании.* Предметно-практическая деятельность в системе специального образования — специфическое средство компенсаторного развития ребенка. Специальная психология реализует теорию о деятельностной детерминации психики и, следуя принципу единства образования с развитием языка, мышления, коммуникации, организует образовательный процесс на наглядно-действенной основе.

7. *Принцип дифференцированного и индивидуального подхода.* Индивидуальный подход — частный случай дифференцированного подхода и направлен на индивидуальные особенности каждого ребенка, на специфические особенности, свойственные детям с данной категорией нарушения развития (особенности ВНД, темперамента и характера; объем протекания мыслительных процессов, уровень сформированности знаний и навыков; работоспособность; умение учиться; мотивация; уровень развития эмоционально-волевой сферы и т. д.). Принцип индивидуального подхода позволяет не исключать из образовательного процесса детей, для которых общепринятые способы коррекционного воздействия оказываются неэффективными. Благодаря индивидуальному подходу с особым темпом и организации обучения, с использованием специфических приемов и способов коррекционно-педагогической работы становится возможным развивать детей с тяжелыми и множественными нарушениями. Дифференцирующий подход предполагает наличие в классах однородных по своим характеристикам микрогрупп (учебно-познавательные возможности, познавательная активность, специфика особых образовательных потребностей). Для каждой микрогруппы подбирается подходящее содержание и организация

учебно-коррекционной работы, ее темп, объем, сложность, методы и приемы работы, формы и способы контроля и мотивация учения.

8. *Принцип необходимости специального педагогического руководства.*

Учебно-познавательная деятельность ребенка с любым отклонением в развитии отличается от учебно-познавательной деятельности обычного ребенка, т. к. имеет особое содержание, глубокое своеобразие протекания и нуждается в особой организации и способах ее реализации. Только специальный педагог и психолог знают специфику развития и возможные пути и способы коррекции и могут организовать процесс учебно-познавательной деятельности и управлять ею. В большинстве случаев самостоятельная деятельность невозможна или затруднена.

Технологии и методы специального образования

Принципы специального образования в коррекционно-педагогическом процессе реализуются в соответствующих методах и приемах, а также в образовательных технологиях. Останемся подробно на каждой группе способов,

применяемых в обучении и воспитании.

Методы обучения

К *основным методам обучения* относят:

- ◆ методы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности, ее стимуляция и мотивация;
- ◆ методы контроля и самоконтроля.

В специальном обучении используются специфические для каждой категории обучающихся методы и приемы коррекционно-педагогической работы. Общепедагогические методы и приемы обучения применяются особым образом: путем сочетания методов, которые взаимодополняют друг друга.

Среди *методов организации и осуществления учебно-познавательной деятельности* выделяют следующие подгруппы:

- 1) перцептивные (словесные, наглядные, практические);
- 2) логические (индуктивные, дедуктивные);
- 3) гностические (продуктивные, проблемно-поисковые, исследовательские).

Эти методы в общей педагогике используются как под руководством учителя, так и в самостоятельной работе, но в специальной педагогике могут использоваться не всегда.

Особо выделим факторы, которые определяют выбор следующих методов:

- 1) возможности полноценного восприятия информации, выступающей в качестве учебной;
- 2) слово учителя в начале обучения не может быть ведущим;
- 3) в образовательном процессе затруднено использование логических и гностических методов. Следовательно, предпочтение отдается индуктивному методу, объяснительно-иллюстративным, репродуктивным и частично поисковым.

Учитываются также ближайшие, конкретные цели обучения.

Методы воспитания

Воспитание в специальной педагогике проходит в осложненных условиях. Оно осуществляется индивидуально, с учетом всех особенностей развития данного ребенка, детей в классе или группе. Оно неразрывно связано со специальным обучением, коррекционной работой. Включает в себя не только воспитательную работу, но и учебную деятельность, коррекционно-педагогическую работу. За рубежом для этого используется термин терапия (любые помогающие коррекционно-педагогические, адаптирующие действия по отношению к воспитаннику).

Основные группы методов воспитания:

- ◆ информационные методы (беседа, консультирование, использование СМИ, литературы и искусства, примеры из окружающей жизни, в том числе из жизни педагога, экскурсии, встречи и т. д.);
- ◆ практически действенные методы (приучение, управление, воспитание ситуации, игра, ручной труд, изобразительная и художественная деятельность, нетрадиционные методы: арттерапия, гипотерапия и т. д.);
- ◆ побудительно-оценочные методы (педагогическое требование, поощрение, осуждение, порицание, наказание).

Так же как и методы обучения, методы воспитания имеют специфику в реализации и сочетаются как с другими методами воспитания, так и с методами обучения.

Отбор и композиция методов определяются возрастными и индивидуальными особенностями детей, характером и степенью выраженности; спецификой вторичных отклонений в развитии; участием семьи в воспитательном процессе и т. п.

Формы организации специального образования

Индивидуальное обучение

Первоначально обучение детей и взрослых с особыми образовательными потребностями начиналось как индивидуальное (в домашних условиях, монастырях). Это обучение было ремесленным или художественным.

В современной специальной педагогике индивидуальная форма организации обучения применяется в следующих случаях:

- 1) если ребенок обучается в домашних условиях;
- 2) когда человек не способен к обучению в условиях групповой и коллективной работы вследствие тяжелых и множественных нарушений (дети с тяжелыми формами УО и сопутствующими нарушениями; слепоглухие дети на начальных стадиях их обучения);
- 3) когда в соответствии со спецификой образовательного процесса, особенностями отклонений в развитии, возрастными особенностями (ранний возраст) ребенок нуждается в индивидуальной психолого-педагогической, логопедической и иной коррекционной помощи, которая может дополнять фронтальные занятия. При этом учитываются тонкости и глубокое своеобразие развития нарушенных функций, систем, уровень индивидуальных достижений и индивидуальной возможности продвижения конкретного ребенка. Продолжительность индивидуальных занятий около 20–30 минут.

Индивидуально-групповая форма организации обучения

Используется в качестве продолжения индивидуальной, в результате которой достигнут некоторый коррекционно-педагогический эффект. На более поздних этапах обучения эта форма применяется в работе с детьми, имеющими комбинированные нарушения, тяжелые формы УО.

Классно-урочная система

Урок — одна из основных форм организации учебного процесса. Урок — сочетание фронтальной, групповой и в меньшей степени индивидуальной работы.

Отличие урока от других организованных форм учебной работы:

- 1) состав групп учащихся постоянен;
- 2) деятельностью всех учащихся с учетом возможностей и особенностей каждого из них руководит учитель;
- 3) ученики овладевают знаниями непосредственно на уроке, а также существует система пропедевтической работы (например, при

обучении математике в первом классе — подготовительный период); пропедевтический предмет — развитие речи.

Особенности урока в специальной школе

1. В основном строится по смешанному или комбинирующему типу, т. к.:

- ◆ дети не могут воспринимать новый материал большими порциями;
- ◆ усвоению нового материала должна предшествовать пропедевтическая работа;
- ◆ требует незамедлительного закрепления в практической деятельности;
- ◆ на всех этапах работы необходим контроль усвоения материала.

В старших и средних классах уроки приобретают классические черты.

2. Широко используются групповые формы работы: дифференцированно-групповые или бригадные задания (по желанию). Возможна работа парами.

Такая работа позволяет осуществлять взаимообучение детей, развивает самостоятельность, инициативность, ответственность, чувство товарищества, партнерства, готовности к взаимопомощи.

3. Индивидуализированная форма работы на уроке применяется в отношении тех учащихся, которые значительно отличаются по своим познавательным возможностям, темпам и объему познавательной деятельности от остальных детей.

Дополнительные формы организации педагогического процесса в системе специального образования

В число дополнительных форм организации педагогического процесса в системе специального образования входят:

- ◆ экскурсии;
- ◆ дополнительные занятия;
- ◆ внеклассные формы педагогической работы (например, внеклассное чтение);
- ◆ самоподготовка (в школах-интернатах или группах продленного дня).

Вспомогательные формы организации педагогического процесса в системах специального образования (школах-интернатах)

В число вспомогательных форм организации педагогического процесса в системе специального образования входят:

- ◆ факультативы;
- ◆ кружковая и клубная работа;
- ◆ эпизодические мероприятия внеклассной работы (олимпиады, соревнования, смотры, конкурсы, викторины, тематические вечера, походы, экспедиции).

Основные вспомогательные и дополнительные формы организации учебного процесса в системе специального образования создаются и реализуются с учетом особых образовательных потребностей обучающихся, их возможностей участия в различных организованных формах.

Вопросы для обсуждения

1. Какие факторы отклоняющегося развития вы знаете?
2. Назовите общие закономерности отклоняющегося развития.
3. В чем сущность учения Л. С. Выготского о первичном и вторичном дефектах развития? Как проявляется двойственность и противоречивость влияния дефекта на общее развитие организма?
4. Каковы механизмы возникновения вторичных дефектов? Что вы знаете о типах личностного реагирования на дефект развития? Каково их значение в работе педагога с детьми, нуждающимися в особых образовательных условиях?
5. Классификация детей с отклонениями в развитии по В. В. Лебединскому. Каковы основные параметры дизонтогенеза?
6. Каковы основные факторы, влияющие на продвижение в развитии детей с отклонениями?
7. Какие правила отбора в специальные учебные заведения для детей с отклонениями в развитии вы знаете?
8. Охарактеризуйте типы школ системы специального образования.
9. Каковы принципы специального образования?
10. В чем заключаются особенности специального образования?
11. Перечислите основные методы обучения и воспитания, применяющиеся в специальных образовательных учреждениях.

Литература

1. *Астапов В. М., Лебединская О. И., Шатило Б. Ю.* Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. — М., 1995.

2. Венгер А. А., Выготская Г. Л., Леонгард Э. И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. — М., 1972.
3. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М., 1995.
4. Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности. — М., 1971.
5. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей. — М., 1985.
6. Основы обучения и воспитания аномальных детей / Под ред. А. И. Дьяченко. — М., 1965.
7. Основы специальной психологии: Учебное пособие / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М., 2002.
8. Проблемы младенчества: Нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений. — М., 1999.
9. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1974.

Глава 3

Основные категории специальной педагогики и психологии

Краткое содержание темы. Специфика формирования понятийного аппарата дисциплины. Основные термины специальной педагогики. Основные термины специальной психологии.

3.1. Специфика формирования понятийного аппарата дисциплины

Каждая наука имеет собственный понятийный аппарат, свою терминологию, которые отражают ее специфику как научной дисциплины. Совокупность знаний специальной педагогики и специальной психологии формировалась и накапливалась в длительном процессе развития практики обучения и воспитания детей, имеющих различные физические или психические недостатки. Отправной точкой в построении понятийного аппарата названных отраслей знаний стали этиология и симптоматика. Накопленные знания закреплялись в научных понятиях, заимствованных в медицине: «диагностика», «коррекция», «аномалия», «дефект», «слабоумный», «глухонемой», «тугоухий», «слепой» и др. С развитием психологии в специальную педагогику приходят психологические понятия и термины, которые тоже часто по своей сути являются «диагностными», например «дети с ЗПР». При отсутствии собственно педагогических названий того или иного педагогического феномена медицинские и психологические термины приживались в понятийном поле специальной педагогики; для педагогов утрачивался их диагностный, негативный в социокультурном контексте смысл. Каждый исторический период прибавлял свои понятия под влиянием развития других наук (медицины, философии, культурологии, пси-

хологии, социологии), меняя устаревшие новыми, формируя основу теории специальной педагогики и специальной психологии. Как показывает история развития науки, особую остроту понятийно-терминологические проблемы приобретают в периоды ее становления или «революционного» развития. Именно в это время возникает огромная потребность в достижении чистоты и точности научного языка.

В настоящее время педагогическая терминология в области специального образования переживает именно такой период: имеет место беспорядочное использование терминов из смежных областей знания, а также терминов, которые уже не отражают во всей полноте сущности обозначаемых предметов и явлений. Многие отрасли знания, смежные со специальной педагогикой, имеют сегодня свой устоявшийся понятийно-терминологический аппарат, которым пользуются в общении между собой специалисты данной предметной области (например, врачи, психологи, школьные администраторы). Известно, что каждая научная область для объекта или явления обозначает своим термином. Перенос термина одной научной сферы в терминологический аппарат другой для обозначения одного и того же объекта нередко приводит к тому, что в контексте иной предметной области данный термин теряет свой информационный, сущностный смысл применительно к той научной сфере, в которую он перенесен.

Например, одного и того же ребенка три специалиста из разных предметных областей могут охарактеризовать по-разному, и эта характеристика будет удовлетворительна только в рамках своей области. Клиницист скажет, например, о том, что у ребенка «минимальная мозговая дисфункция»; психолог обозначит состояние ребенка как «ЗПР»; педагог охарактеризует такого ребенка как «имеющего трудности в обучении»; школьный администратор назовет его «неуспевающим». Если клиницист воспользуется при постановке диагноза термином «ребенок с трудностями в обучении», то для построения возможной медицинской помощи такому ребенку подобный диагноз не будет иметь смысла: в нем исчезнет медицинский контекст. Так же и педагог, называя ребенка «учеником с ЗПР» («дефективным», «больным»), пользуется чужой профессиональной терминологией. Не владея профессиональным языком, он не выражает в этом названии своей, предметной *педагогической* области, и, следовательно, используемые им обозначения не годятся для определения характера педагогической помощи.

Специалисты проводят сегодня научный анализ того понятийно-терминологического наследия, которым обладает специальное образование. Они ищут пути преодоления существующего барьера между отечественным понятийным языком и понятийным языком мирового

педагогического сообщества, учитывая включение России в международные интеграционные процессы в области образования. Путь к упорядочению понятийно-терминологического аппарата специальной педагогики лежит через осмысление следующего:

- ◆ ряд используемых понятий постепенно перестает вмещать новый опыт, неизбежно накапливающийся с развитием специального образования и смежных отраслей знания, требуется смена терминов на основе обсуждения и договоренности в научном сообществе;
- ◆ новые факты и явления могут приходиться в специальную педагогику с теми обозначениями, которые они уже получили в других смежных со специальной педагогикой отраслях знания;
- ◆ задачей специальной педагогики является в этом случае нахождение собственных педагогических терминов, которые бы отражали специфическую *образовательную* сущность данного объекта или явления;
- ◆ в связи с этим можно говорить об объективном существовании параллельной терминологии в специальной педагогике и смежных с ней предметных областях;
- ◆ употребление того или иного термина должно соответствовать проблемно-предметному контексту (т. е. тому, к какой предметной сфере эта проблема относится).

3.2. Основные термины специальной педагогики и психологии

Рассмотрим основные *категории* специальной педагогики.

Формирование — процесс становления человека как социального существа под воздействием всех без исключения факторов: биологических, социальных, экономических, идеологических, психологических и т. д. Формирование подразумевает некую законченность становления человека, достижение заданного уровня зрелости, придание необходимой формы, человеческого образа.

Развитие — это процесс и результат количественных и качественных преобразований в организме и сознании человека. Оно связано с постоянными, непрекращающимися изменениями, переходами из одного состояния в другое, восхождением от простого к сложному, от низшего к высшему.

Отклоняющееся развитие — такое развитие, которое не подчиняется общим законам, развитие индивидуальное, во многом нестандартное, всегда непонятное, сложное, противоречивое.

Коррекция развития — направление развития ребенка в нормальное русло.

Воспитание — целенаправленный и организованный процесс формирования личности. В педагогике понятие воспитания употребляется в социальном и педагогическом значениях. В *социальном смысле* воспитание — это передача накопленного опыта от старших поколений к младшим. Под опытом понимаются известные людям знания, умения, способы мышления, нравственные, этические, правовые нормы — словом, все созданное в процессе исторического развития духовное наследие человечества. В *широком педагогическом смысле* воспитание — это специально организованное, целенаправленное и управляемое воздействие на ученика с целью формирования у него заданных качеств, осуществляемое в семье и учебно-воспитательных учреждениях. В *узком педагогическом смысле* воспитание — это процесс и результат воспитательной работы, направленной на решение конкретных воспитательных задач.

Обучение — специально организованный, целенаправленный и управляемый процесс взаимодействия учителей и учеников, результатом которого является усвоение знаний, умений, навыков, формирование мировоззрения, развитие умственных сил, дарований и возможностей учеников в соответствии с поставленными целями.

Образование — результат обучения. Это система накопленных в процессе обучения знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел ученик. Главный критерий образованности — системность знаний и системность мышления, гуманный аспект их применения.

Поведение — общее название всего того, что делает ребенок, подросток. В узком смысле это выполнение учеником установленных норм и правил.

Отклоняющееся поведение — поведение, вышедшее из общепринятой нормы, вредное для ребенка и для общества, мешающее ребенку нормально адаптироваться в социальной жизни. Устоявшегося определения отклоняющегося поведения пока нет, различные ученые вкладывают в него неодинаковый смысл.

Коррекция поведения — исправление поведения ребенка, подростка педагогическими методами.

Коррекционная методика — единство средств и форм влияния на детей, подростков, обеспечивающее достижение намеченной цели. Практическая польза коррекционного воспитания весьма значительна. Своевременная и грамотная коррекция всегда дает положительные результаты. Никогда не ведут к положительным сдвигам безразличие, бездействие, нежелание помочь.

Ведущими категориями специальной педагогики и психологии являются следующие.

1. *Воспитание детей с проблемами в развитии* имеет большое значение для их общего развития, для общения со сверстниками и взрослыми, формирования личности.

2. *Цели и задачи воспитания* такого ребенка определяются общими принципами педагогики — подготовка к активной общественно полезной жизни, формирование гражданских качеств, но реализуются они в доступном объеме методами и средствами, соответствующими степени и структуре дефекта. В зависимости от характера нарушения выдвигаются *специальные задачи*, связанные с преодолением его последствий. Воспитание ребенка с проблемами в развитии осуществляется в тесном контакте семьи и школы, в обстановке взаимопонимания, взаимопомощи, разумного сочетания требовательности и щадящего режима. Воспитательная работа с таким ребенком проводится с учетом его индивидуальных и возрастных особенностей, направлена на формирование у него самостоятельности, навыков самообслуживания, труда и культуры поведения, умения жить и работать в коллективе. Наряду с формированием системы определенных качеств, взглядов и убеждений в содержание воспитания аномального ребенка входит решение определенных воспитательных задач, связанных с вопросами умственного, трудового, нравственного, эстетического, правового и физического воспитания. Воспитание аномального ребенка требует деликатного, тактичного отношения окружающих к его психическим или физическим недостаткам, исключая фиксации внимания на дефекте, подчеркивающую его неполноценность. Важно воспитать у ребенка оптимизм и уверенность, сформировать способность преодолевать трудности, стимулировать его компенсаторные возможности, ориентировать на положительные качества и вместе с тем развить способность к критической оценке своих действий и поступков.

3. *Обучение и развитие детей с проблемами в развитии* — это целенаправленный процесс передачи и усвоения знаний, умений, навыков деятельности, основное средство подготовки к жизни и труду. В ходе

обучения осуществляются цели образования и воспитания. Специальная педагогика занимается вопросами специальной дидактики (теории образования и обучения аномальных детей). Задачи, содержание, принципы, организация учебного процесса разрабатываются для каждого конкретного типа специального учебного заведения с учетом глубины и характера дефекта. В зависимости от этого выбираются методы обучения, наглядные и технические средства, решается проблема дифференциации обучения. Эта проблема является одной из главных как в специальной педагогике, так и в специальной психологии. По мнению Т. А. Власовой, цель всех разделов этих наук — определение тех условий обучения и воспитания, которые наиболее адекватно учитывают особенности развития аномального ребенка и максимально способствуют преодолению имеющихся у него отклонений. Например, результатом совершенствования дифференциальной диагностики было выявление детей с задержками психического развития среди неуспевающих учеников в массовой школе. При подборе системы и методов обучения для аномального ребенка учитывается также возраст ребенка, время возникновения дефекта. Особое значение имеет момент потери слуха (успела ли развиться речь) или зрения (сохранились ли зрительные представления).

4. *Развитие аномального ребенка* в большей степени, чем нормального, зависит от обучения. Поэтому при отсутствии обучения или его несвоевременном начале наносится непоправимый ущерб развитию аномальных детей, тормозится формирование их психических функций, углубляется отставание от нормальных сверстников; при сложных дефектах возможности умственного развития могут оказаться нереализованными.

Очевидно, что воспитание и обучение должны носить развивающий характер, учитывая зону ближайшего развития, т. е. тот запас потенциальных возможностей формирующихся функций аномального ребенка, которые он еще не может реализовать самостоятельно, но уже реализует с помощью педагога. Согласно Л. С. Выготскому, зона ближайшего развития определяет не только имеющиеся возможности, но и перспективу психического развития аномального ребенка. Обучение должно стимулировать переход зоны ближайшего развития в актуальное развитие, то есть со временем руководство педагога становится излишним, а решение задач ребенком — самостоятельным. Это и составляет внутреннюю взаимосвязь между обучением и развитием, при которой правильно организованное обучение ведет за собой развитие, опираясь на формирующиеся психические функции.

Центральной проблемой специальной дидактики является проблема трудового обучения и воспитания. В специальных школах труд имеет особое значение, так как не только готовит учащихся к жизни и доступной профессиональной деятельности, но и способствует восстановлению нарушенных болезнью функций, ослаблению дефектов умственного и физического развития. Приобретая трудовые умения и навыки, дети получают возможность всестороннего развития.

5. *Коррекционно-воспитательная работа, коррекция* (от лат. *correctio* — исправление). Мы уже обращали внимание на тот факт, что под коррекцией подразумевается как исправление отдельных дефектов (например, коррекция произношения или зрения), так и целостное влияние на личность аномального ребенка в целях достижения положительного результата в процессе его обучения, воспитания и развития. Устранение или сглаживание дефектов развития познавательной деятельности и физического развития ребенка обозначается понятием «коррекционно-воспитательная работа».

Коррекционно-воспитательная работа представляет систему комплексных мер педагогического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, поскольку всякий дефект отрицательно влияет не на отдельную функцию, а снижает социальную полноценность ребенка во всех ее проявлениях. Она не сводится к механическим упражнениям элементарных функций или к набору специальных упражнений, развивающих познавательные процессы и отдельные виды деятельности аномальных детей, а охватывает весь учебно-воспитательный процесс, всю систему деятельности специальных учреждений. Коррекционно-воспитательной задаче подчинены все формы и виды классной и внеклассной работы в процессе формирования у школьников общеобразовательных и трудовых знаний, умений и навыков. На ранних этапах обучения и развития эта работа предусматривает обогащение представлений аномальных детей об окружающей действительности, формирование навыков самообслуживания, произвольных движений и других видов деятельности в зависимости от типов специальных школ и возраста их воспитанников. В дальнейшем коррекционно-воспитательная работа осуществляется в процессе обучения аномальных детей общеобразовательным знаниям. Большие возможности для коррекционно-воспитательной работы открывает трудовое обучение, в процессе которого формируются не только профессиональные умения, но и воспитываются навыки планирования своей работы, умения руководствоваться словесными инструкциями, критически оценивать качество работы и т. п. Таким

образом, трудовая деятельность имеет разностороннее значение в обучении и развитии аномальных детей, а трудовые процессы оказывают исключительное влияние на коррекцию дефектов их умственного и физического развития.

Важное значение имеет коррекционно-воспитательная работа для формирования эмоционально-волевой сферы аномальных детей и исправления отдельных личностных недостатков и отклонений в поведении. Коррекционно-воспитательная работа учитывает индивидуальные особенности детей с применением в необходимых случаях охранительного режима либо соответствующих форм обучения, стимулирующих интенсивную умственную деятельность. С целью коррекции недостатков важно создать условия для общения аномальных детей с нормально развивающимися. В ряде случаев аномальным детям необходимы лечебно-коррекционные мероприятия (лечебная физкультура, массаж, артикуляционная и дыхательная гимнастика, применение медикаментозных средств и др.).

Система коррекционно-воспитательной работы строится на активном использовании сохранных возможностей аномального ребенка, «пудов здоровья», а не «золотников болезни», по образному выражению Л. С. Выготского, что позволяет развивать нарушенные и ослабленные функции, высшие психические процессы, без которых немислимы деятельность и существование человека. В зависимости от типов специальных школ варьируются формы и методы коррекционно-воспитательной работы, но все они направлены на разностороннее физическое и психическое развитие детей.

6. *Компенсация* (от лат. *compensatio* — возмещение, уравнивание) — замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма. Это сложный, многообразный процесс приспособляемости организма вследствие врожденных или приобретенных отклонений. Задача специально организованного обучения и воспитания детей с нарушениями психического развития заключается в том, чтобы найти эффективные пути компенсации нарушенных функций. Компенсация внутрисистемная осуществляется за счет сохранных нервных элементов пострадавших структур. Компенсация межсистемная осуществляется путем перестройки функционирования системы и включения в работу новых элементов из других структур за счет выполнения не свойственных им ранее функций. Чаще всего наблюдаются оба типа компенсации функций. А. Адлер подчеркивал роль социального фактора. Л. С. Выготский обосновал понимание компенсации как синтеза биологического и социального факторов. Это

имело большое значение для развития. В процессы компенсации включаются и биологические, и социальные факторы.

Изучая детей с нарушениями развития, психологи пытались ответить на вопрос: «В какой степени повреждена их психика и что именно осталось у них из обычного инвентаря здорового ребенка?» Эти психологи ограничились отрицательной характеристикой физически дефективного ребенка (слепые, глухие и т. д.), они были частично правы, так как речь шла об изучении судьбы тех функций, с которыми рождается ребенок на свет и которые у физически дефективного оказываются пострадавшими. Но оставаться на почве такой отрицательной характеристики нельзя. Это значило бы пропустить самое существенное. Рядом с отрицательной характеристикой дефективного нужно дать и положительную.

В процессе приобретения опыта ребенок учится возмещать свои природные недостатки. На базе натурального «дефективного поведения» возникают культурные приемы и навыки, компенсирующие дефект и дающие возможность справиться с недоступными задачами новыми путями (обходной путь). «Дефективное натуральное поведение» обрастает компенсирующим культурным, создается определенная культура дефекта, таким образом, физически дефективный получает, кроме отрицательной характеристики, еще и характеристику положительную. Ее-то и должен изучать психолог.

Еще в 1905 году немецким психологом А. Адлером была заложена основа своеобразного учения о личности, которое многое поясняет нам в развитии психики и поведения ребенка с отклонениями. Внимание Адлера, тогда еще и врача, имевшего дело с заболеваниями внутренних органов, было обусловлено тем фактом, что больные, страдавшие серьезным заболеванием какого-либо органа, все же каким-нибудь образом справлялись с этим недостатком (проще всего дело обстоит с парными органами, в других случаях схема сложнее). Многие из непарных органов нашего тела могут быть поражены полностью. Однако и в этом случае, как показал Адлер, люди не только справляются с этими нарушениями, возмещая врожденные недостатки, но даже частично сверхкомпенсируют их.

Основным механизмом компенсации и сверхкомпенсации нарушения является то, что оно становится центром внимания индивида и над ним создается известная «психологическая надстройка», пытающаяся компенсировать природный недостаток настойчивостью, упражнениями и прежде всего известной культурой исправления этой нарушенной функции (если она слаба) или других замещающих функций (если

она совсем отсутствует). В результате получается неожиданная картина: человек со слабым зрением, которое не дает ему сравниться с другими, делает его неполноценным, ставит это нарушение в центр своего внимания, направляет на него нервно-психическую деятельность, развивает особое умение максимально пользоваться теми зрительными данными, которые он получает, и становится человеком, у которого зрение стоит в центре его работы. Нарушение, которое в первую очередь снижает психику, делает ее слабой, уязвимой, может служить стимулом к развитию, может и поднимать ее, делать ее более сильной.

При глухоте мимика перестает быть простым путем изображения эмоций, а становится важнейшим коммуникативным средством, пока более совершенные приемы (чтение с губ, тактильная речь) не заменят эту примитивную связь, также мы можем привести случаи ампутации конечностей. Человек может восстановить свою полноценную деятельность лишь с помощью искусственной конечности. Приучение пользоваться им перестраивало характер такого субъекта. В годы войны «психика протеза» указывала на ряд особенностей в пользовании этими искусственными руками и ногами.

Джеймс указывал: «Личность кончается не кончиком его пальца, а носком ботинка, и ботинки, шляпа, одежда так же входят в состав личности, как голова, волосы и ногти». Понятие культуры личности не кончается за пределами организма, а изучение культуры привычек дает материал к пониманию поведения. Многие физические дефекты компенсируются «стратегией костюма», который принимается как дополнение и исправление личности. Физические недостатки, как и отдельные психические нарушения, компенсируются не только внешними приемами, но и организацией, ориентирующей характер всей личности, что может явиться могучим стимулом к культурной реорганизации личности. Психологу нужно лишь уметь различить возможности компенсации и пользоваться ими. Процесс компенсации опирается на значительные резервные возможности высшей нервной деятельности. Этот процесс типичен и для животных при нарушении или утрате какой-либо функции, являясь проявлением биологической приспособляемости организма, которая устанавливает его равновесие со средой. Компенсация нарушенных функций у человека имеет качественно иной характер. Она «представляет глубоко своеобразный процесс развития всех сторон личности, в основе которого лежит единство биологических и социальных явлений. Определяющими в развитии процессов компенсации у человека являются сознательная трудовая деятельность и общественные отношения, в которые он вступает в процессе этой деятельности».

У аномальных детей в процессе компенсации происходит формирование новых динамических систем условных связей, исправление нарушенных или ослабленных функций, развитие личности. Специфическое развитие аномальных детей, вызванное нарушением одной из систем организма и его функций, проходит на фоне активизации защитных средств и мобилизации резервных ресурсов, сопротивляющихся наступлению патологических процессов. Здесь и проявляются потенциальные возможности компенсации. Специальное обучение и воспитание открывают широкие возможности развития функций.

Мы уже упоминали выше о том, что в связи с этим Л. С. Выготский говорил о законе превращения минуса дефекта в плюс компенсации, поскольку положительное своеобразие дефективного ребенка и создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого иным способом, на ином пути, иными средствами, и для педагога особенно важно знать своеобразие пути, по которому он должен повести ребенка.

При этом оптимальное развитие функций сохранных органов, замещающих пораженный орган, Л. С. Выготский объясняет не их особым врожденным строением у аномального ребенка, а активным функционированием, вызванным жизненной необходимостью. В развитии аномального ребенка ведущую роль играет не первичный дефект, а его вторичные социальные последствия, его социально-психологическая реализация. Процессы компенсации не в состоянии полностью выправить дефект, но они помогают преодолеть затруднения, создаваемые дефектом.

7. Семейное воспитание — активный фактор реабилитации. Совместные усилия семьи и школы обеспечивают приобщение аномального ребенка к активной общественно полезной деятельности, выявление его трудовых возможностей и выбор доступной профессии.

С каждым годом расширяются возможности реабилитации. Научные и технические достижения совершенствуют методы и приемы реабилитации. Новейшие средства обучения и современная аппаратура, применяемые в школах для глухих (например, приборы, преобразующие звучащую речь в оптические сигналы) и слепых, повышают результативность обучения и компенсируют недостатки развития.

3.3. Медицинская абилитация и реабилитация

Абилитация медицинская в раннем возрасте — это система лечебно-профилактических мер, направленных на создание условий для формирования, развития и тренировки рефлекторных, сенсорных, двигательных, психоэмоциональных реакций ребенка в соответствии с возрастом средствами медицины (медикаментозное, физиотерапевтическое лечение, массаж, протезирование и т. д.).

Чтобы проводить психолого-педагогическую абилитацию (психолого-коррекционную работу), педагогам и психологам необходимо знать ключевые этапы медицинской абилитации для оптимального объединения усилий.

1 этап — прогнозирование рождения с отклонениями в развитии (первые 12 недель беременности) и предупреждение рождения больного ребенка (12 недель до родов), осуществляется акушерами-гинекологами. При неблагоприятном течении беременности проводятся предупредительные мероприятия.

2 этап — техника и практика ведения родов. После рождения ребенок обследуется специалистами для уточнения состояния его нервной системы, органов и тканей.

3 этап — комплексные лечебные мероприятия.

Медицинская реабилитация — начальный этап реабилитационной работы, заключается в использовании всех возможностей современной медицины для восстановления до удовлетворительного уровня нарушенных функций, для стабилизации компенсаторных и восстановительных процессов, формирования и развития возможности приспособления больного к новым условиям существования, оказания ему медицинской помощи в восстановлении или развитии профессиональных навыков с учетом специфики нарушений.

В содержание медицинской реабилитации входит:

- ◆ медикаментозное лечение и фитотерапия;
- ◆ лечение физиотерапевтическими средствами;
- ◆ трудотерапия, арттерапия;
- ◆ восстановительное оперативное вмешательство;
- ◆ протезирование, ортезирование;
- ◆ санаторно-курортное лечение.

Медицинская реабилитация проводится совместно с педагогической реабилитацией. Построение реабилитационной программы основывается на следующих принципах:

- 1) реабилитационные мероприятия начинаются с первых дней заболевания и проводятся непрерывно при условии этапного построения программы;
- 2) реабилитационные мероприятия должны быть комплексными, разносторонними;
- 3) реабилитационная программа должна быть индивидуальной для каждого больного в зависимости от этиологии, патогенеза, возраста больного и прочих факторов;
- 4) заключительным этапом реабилитационной программы для взрослых должна являться профориентация и трудоустройство, для детей — это возвращение к обычной для раннего детского возраста деятельности.

Реабилитация детей осуществляется на базе учреждений здравоохранения, народного образования и социального обеспечения.

Этапы реабилитационного процесса:

- 1) реабилитационно-восстановительное лечение в стационаре (от 1 до 3 месяцев);
- 2) реадaptация — приспособление больного к условиям существования на том или ином уровне в соответствии с восстановлением и компенсацией функций;
- 3) собственно реабилитация — возвращение к обычной деятельности, к прежним своим обязанностям. У детей этот этап предполагает полное или частичное преодоление нарушения, его компенсацию и своевременную коррекционно-педагогическую помощь для предотвращения вторичных и последующих отклонений в развитии.

Уменьшение числа лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности может сегодня достигаться средствами медицины через совершенствование профилактики, своевременного раннего выявления и ранней диагностики отклонений в развитии ребенка, через совершенствование абилитационных и реабилитационных мероприятий, повышение качества медицинского сопровождения коррекционно-образовательного процесса.

3.4. Медико-социально-педагогический патронаж

Под патронажем понимается особый вид помощи ребенку в решении сложных проблем выживания, лечения, специального обучения и воспитания. В него входят диагностика — информационный поиск

и помощь в выборе образовательной реалии; проектирование индивидуальных реабилитационных программ.

Первая помощь в реализации планов оказывается психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК), диагностическими и реабилитационными центрами и т. п.

Медико-социально-педагогический патронаж реализуется по следующим направлениям:

- 1) помощь в выборе индивидуального образовательного направления;
- 2) разработка и реализация коррекционно-развивающих программ;
- 3) реализация специальных учебных программ для родителей и включения их в коррекционно-педагогический процесс;
- 4) обеспечение целостного подхода к обучению;
- 5) содействие развитию образовательных систем в рамках современных проектов, направленных на создание вариативных систем обучения и социализации детей;
- 6) реализация педагогических технологий в сфере учреждений в системе специального образования;
- 7) направленность на свободное развитие ребенка в соответствии с его возможностями — привлечение СМИ для осуществления инновационных подходов в области специального образования;
- 8) содействие развитию статуса человека с ограниченными возможностями в структуре современного общества.

3.5. Медико-социальная профилактика и ранняя комплексная помощь

Ранняя диагностика является актуальной проблемой современной специальной педагогики и психологии.

Ассамблея ООН 1993 года отмечала важность и необходимость следующего:

- ◆ обеспечения равных возможностей для инвалидов;
- ◆ определения комплексного подхода к процессу предоставления инвалидности;
- ◆ разработки комплекса мер, направленных на профилактику возникновения физических, умственных, сенсорных дефектов.

В настоящее время разработаны и применяются на практике диагностические программы ранней помощи, среди которых мы выделим следующие.

- ◆ Коннектикутский тест (обследование развития новорожденных и детей до трех лет).
- ◆ Мюнхенская функциональная диагностика.

Разработанные отечественными специалистами Е. М. Мастюковой, Е. А. Стребелевой и др. программы ранней диагностики и психолого-педагогической помощи детям с отклонениями в развитии являются основой для практического применения их в центрах ПМПК. Задачей социальной профилактики является коррекция в условиях педагогической среды.

3.6. Социально-педагогическая помощь лицам с ограниченными возможностями

Социальная помощь является составным элементом государственной системы социальной защиты наиболее уязвимых слоев населения.

Социальная помощь — это комплекс гуманитарных услуг представителям экономически необеспеченных, социально слабых, психологически уязвимых слоев и групп населения в целях улучшения их способностей и социального функционирования.

Социальная помощь проявляется в следующем:

- ◆ периодических и единовременных доплатах к пенсиям и пособиям;
- ◆ долговременных услугах в целях оказания адресной поддержки наименее защищенных слоев населения, ликвидации или нейтрализации критических жизненных ситуаций, вызываемых неблагоприятными социально-экономическими условиями.

Социально-педагогическая деятельность при поддержке лиц с ограниченными возможностями — это непрерывный педагогически целесообразно организованный процесс социального воспитания с учетом специфики развития личности человека с особыми потребностями на различных возрастных этапах в различных слоях общества и при участии всех социальных институтов и всех субъектов воспитания и социальной помощи.

Такая деятельность имеет междисциплинарный характер, осуществляется усилиями специалистов различных профилей, но ведущая роль принадлежит социальным педагогам.

Структура современной социально-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями в России имеет многопрофильный характер, представленный следующим образом.

- ◆ Государственный сектор: учреждения, предприятия, службы федеральных министерств и ведомств (Министерство труда и социального развития, Министерство образования и науки, Министерство здравоохранения, Министерство культуры и массовых коммуникаций и др.).
- ◆ Муниципальный сектор — учреждения, предприятия, службы органов регионального и местного управления.
- ◆ Негосударственный сектор — учреждения, предприятия и службы, создаваемые общественными благотворительными, религиозными и другими негосударственными организациями.

Основное положение современной системы социально-педагогической помощи — утверждение приоритета личности и семьи по отношению к обществу и государству. В настоящее время социально-педагогическая деятельность тормозится отсутствием статистической информации о лицах с ограниченными возможностями.

Социальный педагог взаимодействует с представителями всех социальных институтов, педагогами, врачами, психологами, с родителями и другими заинтересованными лицами.

Содержание работы социального педагога включает следующие направления:

- ◆ формирование гуманных отношений в социуме;
- ◆ содействие саморазвитию личности ребенка;
- ◆ оказание помощи в социальной адаптации и реабилитации выпускников;
- ◆ направление усилий на оздоровление и нормализацию отношений в семье, устранение дефицита общения;
- ◆ устранение личных и социальных проблем учащихся;
- ◆ выявление и разрешение конфликтных ситуаций в межличностных отношениях;
- ◆ организация правового просвещения;
- ◆ представление интересов учащихся от имени учреждения в органах милиции или в суде;
- ◆ сотрудничество с администрацией, психологами, педагогами, другими работниками специальных учреждений в подготовке необходимых документов для дальнейшего трудоустройства или учебы детей;
- ◆ патронаж детей, нуждающихся в социальной, медицинской помощи.

В организации социально-педагогической помощи инновационными учреждениями являются комплексные психолого-медико-педагогические консультации, реабилитационные и психолого-медико-педагогические центры.

В системе Министерства труда и социального развития РФ существует сеть специальных учреждений для детей и взрослых с ограниченными возможностями:

- ◆ дома-интернаты для детей с глубокой умственной отсталостью;
- ◆ детские дома для детей с тяжелыми физическими отклонениями;
- ◆ специальные технические училища;
- ◆ дома-интернаты для престарелых и инвалидов;
- ◆ психоневрологические интернаты.

Выделим основные направления развития сферы социально-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями в России.

1. Развитие государственной общественной системы социально-педагогической помощи.
2. Совершенствование процесса социального воспитания как в самой специальной школе, так и за рамками школьного возраста, т. е. после окончания школы.
3. Воздействие новых межведомственных учреждений (ПМПК, реабилитационные учреждения).
4. Организация служб ранней диагностики и ранней помощи в целях профилактики.
5. Переориентация организации управления воспитательным процессом на основе формирования субъект–субъектных отношений всех его участников.

Главная линия государственной социальной помощи в области социальной педагогики лицам с ограниченными возможностями в России — перенос центра тяжести в системе социальной помощи с денежных выплат на указание прямых социальных условий.

Право на *профессиональную реабилитацию* лиц с ограниченной трудоспособностью определено в Конституции РФ, а также в Федеральном законе «О защите инвалидов РФ» в 1995 году. Этими законами определена деятельность государственной службы медико-социальной экспертизы и государственной службы реабилитации инвалидов.

Статьями закона предусмотрены федеральная базовая программа реабилитации и индивидуальная программа реабилитации лиц с ограниченной работоспособностью.

Индивидуальная программа реабилитации представляет собой комплекс мер (медицинских, педагогических, психологических, социальных), направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма и восстановление или формирование способности к выполнению определенных видов деятельности, в том числе и профессионально-трудовых.

В рамках индивидуальной программы реабилитации просматривается профессиональная ориентация человека с учетом возможностей его трудоспособности. Индивидуальная программа реабилитации является рекомендательной и включает в себя как бесплатную часть, так и платную (в составе служб занятости и др.).

Первая группа инвалидности приписывается лицам, имеющим стойкое и значительно выраженное расстройство функций организма, которое может быть вызвано заболеванием, последствием травмы или дефектом развития. Вследствие этого могут быть в значительной степени нарушены:

- ◆ способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации в окружающем пространстве;
- ◆ способность к общению и контроль над своими действиями.

Ко второй группе инвалидности относятся те лица, у которых имеется стойкое выраженное расстройство функций организма вследствие болезни, травмирующих дефектов развития.

Нарушение здоровья ведет к ограничению возможностей обучения и трудовой деятельности, самообслуживания. Для взрослых установление второй группы инвалидности в связи с затруднениями в обучении предполагается в тех случаях, когда эти затруднения связаны с некоторыми другими ограничениями жизнедеятельности, передвижения. Для детей такое сочетание не требуется.

Третья группа инвалидности присваивается в том случае, если в результате заболеваний, травм или дефектов развития имеет место стойкое, но незначительно или умеренно выраженное расстройство функций организма, ведущее к некоторому ограничению жизнедеятельности.

Инвалиды второй и третьей групп могут обучаться и трудиться.

Для детей и подростков с отклонениями в развитии, имеющих в перспективе ограничение трудоспособности, профориентационная и профконсультационная работа начинается еще в период обучения в школе, несмотря на зависимость содержания и метода профориентационной работы от характера и степени тяжести нарушения. Существуют общие закономерности в организации такой работы.

Для выявления внешних и внутренних факторов, от которых зависит способность человека с ограниченной трудоспособностью к той или иной деятельности, необходимо:

- 1) установить характер и степень выраженности нарушений различных систем организма, индивидуальных и психофизиологических особенностей;
- 2) определить доступные для подростков или взрослых виды труда;
- 3) выявить его личные интересы и склонности в деятельности или профессии;
- 4) выявить, какова умственная и физическая трудоспособность;
- 5) определить состояние эмоционально-волевой, сенсомоторной, интеллектуальной сфер;
- 6) установить, насколько развита речь и коммуникативные навыки, значимые для профессионального развития.

Для взрослого человека важно определить характер изменений психологического и социального статуса человека, связанных с заболеванием, травмой или нарушением развития.

Осознание наличия нарушения развития и связанных с ним ограничений ведет к неадекватной самооценке, ранимости психики, маргинализации и ограничению общения с окружающими. Негативные стереотипы социального взаимодействия определяются при общении сверстниками или взрослыми, подчеркивающими неполноценность человека с ограниченными возможностями.

Инвалидность в зрелом возрасте наносит психологическую травму тем, что человеку приходится менять среду и образ жизни, круг общения; усиление его зависимости от окружающих, смена трудовой деятельности могут нанести моральный и материальный ущерб.

Выбор профессии в школьном возрасте должен проводиться особенно квалифицированно, и существует система вакансий для учащихся.

В зависимости от характера и степени тяжести нарушения, человек с ограниченной трудоспособностью может получить различные виды профессионального образования: от начального до высшего профессионального.

При наличии интеллектуальной нормы лица с ограниченной трудоспособностью имеют равные возможности обучения в высших и средних профессиональных образовательных учреждениях.

Контрольные вопросы

1. Почему знание понятийного аппарата науки важно для педагога, психолога?
2. Перечислите основные категории специальной педагогики.
3. Перечислите основные категории специальной психологии.
4. В чем особенности формирования понятийного аппарата данных наук?
5. Объясните психологическую сущность компенсаторных процессов.
6. В чем заключаются особенности коррекционно-педагогической работы с детьми с отклонениями в развитии?

Литература

1. Инструктивное письмо Министерства образования России № 48 — 1997 г. «О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений 1–8 видов».
2. Постановление Правительства РФ № 861 — 1996 г. «Об утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и во внеобразовательных государственных учреждениях».
3. Постановление Правительства РФ № 288 — 1997 г. «Типовое положение о специальном (коррекционном) учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии».
4. *Байярд Д., Байярд К.* Ваш беспокойный подросток. — М., 1991.
5. *Блейхер В. М.* Клиническая патопсихология. — Ташкент, 1976.
6. *Бэндлер Р., Гриндер Д., Сатир В.* Семейная терапия. — Воронеж, 1993.
7. *Валлон А.* Психическое развитие ребенка. — М., 1967.
8. *Выготский Л. С.* Собрание соч.: В 6 т. — М., 1984. — Т. 3, 5.
9. *Гроф С.* За пределами мозга. — М., 1992.
10. *Зейгарник Б. В.* Личность и патология деятельности. — М., 1971.
11. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития детей. — М., 1985.
12. *Максимова Н. Ю., Милютин Е. Л.* Курс лекций по детской патопсихологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д, 2000.
13. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1974.
14. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Семейная психотерапия. — Л., 1990.

3.7. Материалы для семинарского занятия

Основные понятия Отбор детей, медико-педагогическая комиссия, психолого-педагогическая консультация, состав ПМПК, документация, заключение, принципы обследования, направления обследования, базовый диагностический набор для психологического обследования, значимые функции и навыки.

Методические указания Основная задача этого семинара — раскрыть комплексный, многоплановый системный характер диагностики отклонений в развитии и показать, что структура имеющегося у ребенка нарушения может быть выявлена и правильно диагностирована только при участии в его обследовании специалистов разного профиля. Для этого необходимо уяснить преимущества ПМПК перед МПК, состав и организацию работы этого учреждения. Вместе с тем требуется охарактеризовать принципы отбора детей в специальные учреждения, которыми руководствуются специалисты ПМПК: отграничение детей с определенным видом патологии от других групп детей, дифференцированное обучение по степени тяжести имеющихся отклонений в развитии, возрастной принцип.

Поскольку основными направлениями обследования являются медицинское, психологическое, логопедическое, требуется проанализировать отдельно каждое из них. Целесообразно также выделить принципы обследования и охарактеризовать их.

Особого внимания требует рассмотрение проблем и подбор методик для психологического обследования детей различного возраста на ПМПК, а также учет требований сформированности значимых для школы функций и навыков в соответствии с возрастом.

Литература

1. Адлер А. Понять природу человека. — СПб., 1997.
2. Астапов В. М., Лебединская О. И., Шапиро Б. Ю. Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. — М., 1995.
3. Венгер А. А., Выготская Г. Л., Леонгард Э. И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. — М., 1972.
4. Дефектологический словарь. — М., 1970.
5. Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л. П. Носковой. — М., 1993.

6. Дошкольное образование в России / Ред.-сост. Р. Б. Стеркина. — М., 1996.
7. *Забрамная С. Д.* Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей — М., 1995.
8. *Карпов В. Ю., Талызина Н. Ф.* Критерии интеллектуального развития детей // Вопросы психологии, 1985. — № 2.
9. *Катаева А. А., Стеблева Е. А.* Дошкольная олигофренопедагогика. — М., 1998.
10. Коррекционная педагогика / Под ред. Б. П. Пузанова. — М., 1999.
11. Специальная педагогика / Под ред. Н. М. Назаровой. — М., 2000.
12. *Лубовский В. И.* Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М., 1989.
13. *Малофеев Н. Н.* Современное состояние коррекционной педагогики // Дефектология, 1996. — № 1.
14. Основы обучения и воспитания аномальных детей / Под ред. А. И. Дьяченко. — М., 1965.
15. Проблемы младенчества: Нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений. — М., 1999.

Глава 4

Психология детей дошкольного возраста с аномалиями развития. Специальная дошкольная педагогика

Краткое содержание темы. Учреждения специального назначения. Особенности психического развития детей с нарушениями в развитии. Методолого-методические принципы, используемые при коррекционном воздействии на детей с отклонениями в развитии.

4.1. Учреждения специального назначения для детей дошкольного возраста

Процесс становления государственной системы специального образования в нашей стране начался в 20–30-е годы прошлого века. К началу 70-х годов была выстроена достаточно широкая, дифференцированная сеть дошкольных учреждений специального назначения: ясли-сады; детские сады; дошкольные детские дома; дошкольные группы при яслях-садах, детских садах и детских домах общего назначения, а также при специальных школах и школах-интернатах.

В ходе становления и развития сети специальных дошкольных учреждений учеными и практиками были разработаны принципы, методы и приемы выявления, коррекции и профилактики отклонений в развитии детей, заложены многие традиции коррекционного обучения и воспитания дошкольников, на которых в целом строится система специального дошкольного образования и в настоящее время.

Были заложены следующие организационные принципы построения специального дошкольного образования.

1. Комплектование учреждений по принципу ведущего отклонения в развитии. Таким образом, создавались дошкольные учреждения (группы) для детей:

- ♦ с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих);
- ♦ с нарушениями зрения (слепых, слабовидящих, для детей с косоглазием и амблиопией);

- ◆ с нарушениями речи (для детей с заиканием, общим недоразвитием речи, фонетико-фонематическим недоразвитием); с нарушениями интеллекта (умственно отсталых); с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

2. Меньшая по сравнению с массовыми детскими садами наполняемость групп (до 15 воспитанников).

3. Введение в штат специальных дошкольных учреждений таких специалистов-дефектологов, как олигофренопедагоги, сурдопедагоги, тифлопедагоги, логопеды, а также дополнительных медицинских работников.

Образовательный процесс в специализированных дошкольных учреждениях осуществляется в соответствии со специальными комплексными программами обучения и воспитания, разработанными для каждой категории детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии и утвержденными Министерством образования РФ.

4. Перераспределение видов занятий между воспитателями и дефектологами. Так, занятия по развитию речи, формированию элементарных математических представлений, конструированию, развитию игровой деятельности в части специальных дошкольных учреждений проводятся не воспитателями, а учителями-дефектологами.

5. Организация специальных видов занятий, таких, как развитие слухового восприятия и коррекция звукопроизношения, развитие зрительного восприятия, лечебная физкультура и др. Подобные направления работы имеются и в обычных детских садах, где они включаются в содержание общеразвивающих занятий и, как правило, не выделяются структурно в сетке занятий.

6. Бесплатность. Известно, что родители вносят некоторую плату за пребывание детей в обычном детском саду. Для детей с отклонениями в развитии сделано исключение — с их родителей не взимается никакой платы (см. письмо Министерства просвещения СССР от 04.06.74 № 58-М «О содержании за государственный счет детей с дефектами физического или психического развития»). Указанное право по сей день регламентируется этим документом.

Вся работа в специальных дошкольных учреждениях была подчинена единой цели — помочь семьям в воспитании «проблемных» детей, максимально реализовав их потенциальные возможности.

Характерным признаком советской системы образования были довольно строгие правила приема детей с отклонениями в развитии в дошкольные учреждения.

Во-первых, такие дети не принимались в массовые детские сады. Если же у воспитанника массового дошкольного учреждения отклонения в развитии выявлялись позже, в ходе обучения, то вопрос о его выводе из состава этого учреждения и переводе в специализированное учреждение или группу решался достаточно жестко. В результате специалисты, в том числе и зарубежные наблюдатели, оценивавшие советское образование, отмечали чрезвычайную закрытость, изолированность учреждений для детей с отклонениями в развитии, искусственную отчужденность воспитанников от нормально развивающихся сверстников и от общества в целом.

Во-вторых, был установлен достаточно обширный перечень диагнозов, которые исключали возможность получения общественного дошкольного образования. Так, в специальные дошкольные учреждения не принимали детей с комбинированными, комплексными отклонениями в развитии. Например, в дошкольные учреждения для детей с нарушениями слуха не подлежали приему слепоглухие, умственно отсталые дети. В то же время в учреждения для детей с нарушениями зрения и с нарушениями интеллекта не принимали глухих и слабослышащих. Помощь таким детям осуществлялась в единичных учреждениях образования и далеко не в каждом регионе России. Кроме того, не подлежали приему дети, страдающие эпилепсией, шизофренией, психопатоподобным поведением, дети с умственной отсталостью в степени имбецильности и идиотии, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, требующие индивидуального ухода. Семьи, воспитывающие таких детей, вынуждены были обходиться в отношении их образования своими силами и зачастую ограничивались медицинскими мероприятиями.

Отметим также, что определить ребенка в ясли-сад можно было только с 2-летнего возраста, а в детский сад — с 3 лет. Дети раннего возраста являлись объектом внимания здравоохранения и практически не имели психолого-педагогического сопровождения.

Таким образом, созданная сеть специализированных дошкольных учреждений внесла огромный положительный вклад в организацию системы всеобщего дошкольного образования, однако оказалась недостаточно гибкой в отношении большой группы детей со специальными потребностями, не подпадающими под нормы отбора и комплектования этих учреждений.

Принятые в 1992 и в 1995 годах соответственно Закон Российской Федерации «Об образовании» и Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «Об образова-

нии» ввели новые государственные принципы организации образования в России, новую типологию образовательных учреждений, произвели изменения и в ряде организационно-правовых аспектов специального образования.

Утвержденные в последующие годы соответствующие типовые положения для каждого как уже существующего, так и нового типа образовательных учреждений открыли новые возможности для функционирования широкой сети образовательных учреждений, в которых дети дошкольного возраста со специальными потребностями, а также их семьи получают необходимую психолого-педагогическую и медико-социальную помощь.

Прежде всего это дошкольные образовательные учреждения (далее — ДОУ).

Для родителей нормально развивающегося ребенка детский сад — это место, где он может пообщаться, поиграть с другими детьми, интересно провести время, пока родители находятся на работе, узнать что-то новое. Для семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, детский сад может оказаться практически единственным местом, где созданы условия, необходимые для полноценного развития таких детей.

В соответствии с Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 01.07.95 № 677, ДОУ обеспечивает воспитание, обучение, уход и оздоровление детей в возрасте от 2 месяцев до 7 лет. Дети с отклонениями в развитии принимаются в дошкольные образовательные учреждения любого вида при наличии условий для коррекционной работы только с согласия родителей (законных представителей) на основании заключения ПМПК.

Большинство детей с отклонениями в развитии воспитывается в *детских садах компенсирующего вида* и в *компенсирующих группах* детских садов комбинированного вида. Обучение и воспитание в этих дошкольных учреждениях осуществляются в соответствии со специальными коррекционно-развивающими программами, разработанными для каждой категории детей с отклонениями в развитии.

Наполняемость групп устанавливается в зависимости от вида нарушений и возраста (две возрастные группы: до 3 лет и старше 3 лет) и составляет соответственно для детей:

- ♦ с тяжелыми нарушениями речи — до 6 и 10 человек;
- ♦ с фонетико-фонематическими нарушениями речи только в возрасте старше 3 лет — до 12 человек;

- ◆ глухих — до 6 человек для обеих возрастных групп;
- ◆ слабослышащих — до 6 и 8 человек;
- ◆ слепых — до 6 человек для обеих возрастных групп;
- ◆ слабовидящих, для детей с амблиопией, косоглазием — до 6 и 10 человек;
- ◆ с нарушениями опорно-двигательного аппарата — до 6 и 8 человек;
- ◆ с нарушениями интеллекта (умственной отсталостью) — до 6 и 10 человек;
- ◆ с задержкой психического развития — до 6 и 10 человек;
- ◆ с глубокой умственной отсталостью только в возрасте старше 3 лет — до 8 человек;
- ◆ с туберкулезной интоксикацией — до 10 и 15 человек;
- ◆ часто болеющих — до 10 и 15 человек;
- ◆ со сложными (комплексными) дефектами — до 5 человек для обеих возрастных групп;
- ◆ с иными отклонениями в развитии — до 10 и 15 человек.

Для детей с отклонениями в развитии, которые по разным причинам не могут посещать дошкольные учреждения в обычном режиме, в ДОУ организуются группы кратковременного пребывания. Задачами этих групп являются оказание своевременной психолого-педагогической помощи таким детям, консультативно-методическая поддержка их родителей (законных представителей) в организации воспитания и обучения ребенка, социальная адаптация детей и формирование предпосылок учебной деятельности. В таких группах занятия проводятся преимущественно индивидуально или небольшими подгруппами (по 2–3 ребенка) в присутствии родителей в удобное для них время. Эта новая организационная форма предполагает занятия с разными специалистами ДОУ, общая продолжительность которых ограничена пятью часами в неделю. (Основание: инструктивное письмо Минобразования России от 29.06.99 № 129/23-16 «Об организации в дошкольных образовательных учреждениях групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии».)

Указанные детские сады и группы подпадают под современное определение, используемое в нормативных документах, — «Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии».

Многие изменения в сфере отечественного образования происходят под влиянием зарубежного опыта. Так, в развитых странах по от-

ношению к детям со специальными потребностями широко применяются разные модели интеграции в среду нормально развивающихся детей. В условиях российского дошкольного образования интегрированное обучение внедряется в практику медленно и осторожно, поскольку для его осуществления *детские сады общеразвивающего вида* должны иметь массу условий — специальное кадровое и материально-техническое обеспечение для проведения коррекционно-педагогической и лечебно-оздоровительной работы с детьми. Наиболее реальным применение интегрированного обучения сейчас видится по отношению к детям, которые, несмотря на наличие того или иного отклонения в развитии, имеют близкий к возрастной норме уровень психофизического развития и психологическую готовность к совместному обучению с нормально развивающимися сверстниками. Специалисты, распространяющие идеи интеграции, полагают, что в настоящее время такие условия легче создать:

- 1) в *общеразвивающих группах* детских садов комбинированного вида, где функционируют также и компенсирующие группы;
- 2) в *центрах развития ребенка*, где осуществление коррекционной работы со всеми воспитанниками ДОО изначально должно быть заложено в устав.

Дошкольники с отклонениями в развитии могут посещать образовательные учреждения для детей дошкольного и младшего школьного возраста. Основы функционирования таких учреждений заложены в соответствующем Типовом положении, утвержденном постановлением Правительства РФ от 19.09.97 № 1204.

Образовательные учреждения общего типа создаются для детей от 3 до 10 лет. Основная цель учреждения — осуществление образовательного процесса путем обеспечения преемственности между дошкольным и начальным общим образованием, оптимальных условий для охраны и укрепления здоровья, физического и психического развития детей (рис. 1).

Известно, что для каждого ребенка период перехода к школьному обучению является кризисным. Ребенок сталкивается не только с новым видом деятельности — с учебной деятельностью, но и должен привыкнуть и к новому коллективу детей и взрослых, и к новому режиму, и к новой обстановке. Для детей со специальными потребностями, испытывающих трудности в обучении, общении, социальной адаптации, переживание такого кризиса особо тяжкие. Эти дети особо нуждаются в щадящем подходе при переходе из детского сада в школу.

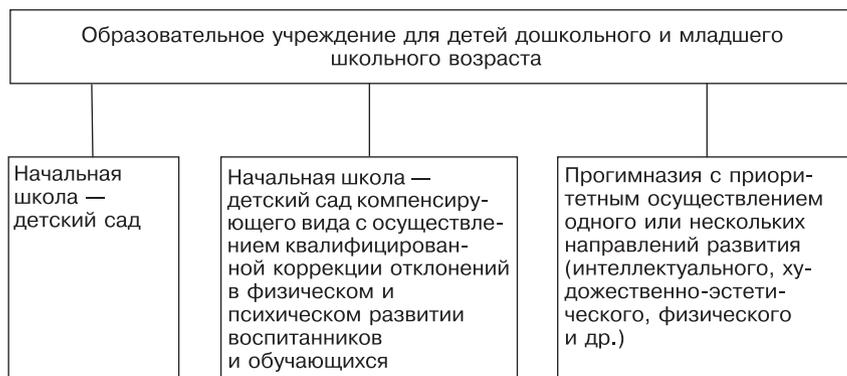


Рис. 1. Структура образовательного учреждения для детей дошкольного и младшего школьного возраста

Поэтому образовательное учреждение «начальная школа — детский сад» может рассматриваться как наиболее комфортная организационная форма для обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. Ребенок имеет возможность начинать школьную жизнь в знакомой, привычной обстановке, вместе с большинством тех детей, которые посещали одну дошкольную группу. Кроме того, учителя начальных классов, как правило, хорошо знакомы с воспитанниками подготовительных к школе групп и имеют возможность осуществлять индивидуально-дифференцированный подход к каждому «проблемному» первокласснику практически с первых дней школьного обучения.

Еще один тип образовательных учреждений, где организуется воспитание и обучение детей со специальными потребностями, — *образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи*, типовое положение о котором утверждено постановлением Правительства РФ от 31.07.98 № 867.

Здесь речь идет о различных центрах:

- ◆ диагностики и консультирования;
- ◆ психолого-медико-социального сопровождения;
- ◆ психолого-педагогической реабилитации и коррекции;
- ◆ лечебной педагогики и дифференцированного обучения и др.

Эти учреждения рассчитаны на детей от 3 до 18 лет. Контингент данных учреждений специфичен — здесь находятся следующие дети:

- ◆ с высокой степенью педагогической запущенности, отказывающиеся посещать общеобразовательные учреждения;

- ◆ с нарушениями эмоционально-волевой сферы;
- ◆ подвергшиеся различным формам психического и физического насилия;
- ◆ вынужденные покинуть семью, в том числе по причине несовершеннолетия матери;
- ◆ из семей беженцев, вынужденных переселенцев, а также пострадавшие от стихийных бедствий и техногенных катастроф и др.

Очевидно, что среди перечисленных групп встречается немало детей с отклонениями в психическом или физическом развитии. С ними работают педагоги-психологи, социальные педагоги, учителя-дефектологи, учителя-логопеды, медицинский персонал.

Основные направления деятельности таких учреждений по отношению к детям дошкольного возраста:

- ◆ диагностика уровня психофизического развития и отклонений в поведении детей;
- ◆ образование детей в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и психического здоровья;
- ◆ организация коррекционно-развивающего и компенсирующего обучения;
- ◆ психокоррекционная и психопрофилактическая работа с детьми;
- ◆ проведение комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

В нашей стране существуют также различные *оздоровительные образовательные учреждения санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении* (санаторные школы-интернаты, санаторно-лесные школы, санаторные детские дома для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей). Эти учреждения создаются для достижения следующих целей:

- ◆ оказание помощи семье в воспитании и получении образования;
- ◆ проведение реабилитационных и лечебно-оздоровительных мероприятий;
- ◆ адаптация к жизни в обществе;
- ◆ социальная защита и разностороннее развитие детей, нуждающихся в длительном лечении.

В соответствии с Типовым положением, утвержденным постановлением Правительства от 28.08.97 № 1117, в таких учреждениях могут открываться группы для детей дошкольного возраста.

Нередки случаи, когда дети с отклонениями в развитии до 5–6-летнего возраста не воспитывались в дошкольном учреждении. Для подготовки таких детей к обучению в школе предусматривается ряд организационных форм. Для детей с выраженными отклонениями в развитии создаются дошкольные отделения (группы) при специальных (коррекционных) школах и школах-интернатах. Образовательные программы в них рассчитаны на 1–2 года, в течение которых у ребенка формируют предпосылки учебной деятельности в необходимой коррекционно-развивающей среде. Контингент таких отделений (групп) составляют преимущественно дети, у которых поздно выявлено отклонение в развитии, или дети, не имевшие ранее возможности посещать специализированное образовательное учреждение (например, при отсутствии детского сада компенсирующего вида в месте проживания семьи).

Кроме того, согласно инструктивному письму Минобразования России от 22.07.97 № 990/14-15 «О подготовке детей к школе», благоприятные условия для подготовки детей к школе могут быть созданы для детей 3–6 лет на базе ДОУ, а для детей 5–6 лет — на базе общеобразовательных учреждений (школ).

4.2. Теория и практика детской дошкольной коррекционной педагогики и специальной психологии

В настоящее время активно развиваются теория и практика детской дошкольной коррекционной педагогики и специальной психологии. Перед медико-психолого-педагогическими службами стоит задача углубленного изучения особенностей психического развития каждого ребенка для определения адекватных индивидуализированных мероприятий коррекционно-воспитательного, развивающего и лечебно-профилактического воздействия.

Одни нарушения носят центральный характер, другие — периферический. В одних случаях нарушается речевое либо интеллектуальное развитие, в других выявляется сенсорный дефект (нарушения слуха, зрения и т. д.), иногда нарушения касаются двигательной сферы. Одни нарушения более легкие, другие носят тяжелый органический характер. В последнее время чаще встречаются не тяжелые, а слабо выраженные (или, как их еще называют, парциальные, частичные) нарушения, но в их комбинозе (сочетании), что делает затруднительным их выявление, оценку и организацию коррекционного воздействия.

Комплексное психолого-педагогическое коррекционное воздействие на детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии осуществляется на основе ряда методолого-методических принципов:

- ◆ системности;
- ◆ последовательности в работе;
- ◆ дифференцированного и индивидуального подхода к ребенку;
- ◆ принципа доступности и др.

Одним из первоочередных и наиболее важных является *онтогенетический принцип*, который подразумевает учет возрастных, психофизических особенностей детей, характера имеющегося у них нарушения. Этот принцип ориентирует коррекционное воздействие на устранение или сглаживание, коррекцию или компенсацию нарушений интеллектуального, речевого, сенсорного, двигательного и эмоционального дефекта, на создание полноценной основы для последующего саморазвития личности, которое возможно только при сформированности ключевых звеньев развития.

Деятельностный принцип — один из важнейших принципов коррекционного воспитания и обучения. Он подразумевает проведение работы с ребенком при организации совместной с ним деятельности.

Недоразвитие органов слуха и зрения лишает ребенка важнейших источников информации, что приводит к задержке психического и речевого развития, особенно если ребенок лишился слуха или зрения в раннем возрасте. Степень выраженности отставания в психическом развитии зависит от причин, тяжести и времени возникновения нарушения слуха или зрения. Чем раньше и тяжелее нарушены слух или зрение, тем более выражена у ребенка задержка психического и речевого развития. Недоразвитие всех компонентов речи (звукопроизношения, словаря, грамматического строя, связной речи) тормозит формирование абстрактно-логического мышления ребенка. Большое значение для состояния ребенка имеет и характер коррекционного воздействия.

Социальная адаптация детей с нарушенным слухом или зрением часто осложняется эмоциональными и поведенческими расстройствами, которые формируются как вторичные отклонения из-за первичного дефекта и социальной депривации, возникающей из-за раннего госпитализма (длительного пребывания маленького ребенка в лечебном учреждении), неадекватных условий воспитания ребенка в семье. Поведенческие и эмоциональные нарушения детей с такими дефектами могут быть обусловлены и наличием органического поражения центральной нервной системы.

У детей с нарушением зрения (слепых или слабовидящих) отмечается ограниченность знаний и представлений об окружающем мире, недостаточность абстрактного мышления, неточная предметная соотнесенность слов. Нарушение зрения тормозит развитие двигательных навыков, у детей невысокая моторная активность, оптико-пространственное недоразвитие, общая медлительность, повышенная утомляемость и истощаемость.

Состояние психических процессов детей с нарушениями зрения зависит от микросоциальной среды, от стимулирования общей и речевой активности ребенка и от ряда других факторов.

При *сенсорной алалии* основным симптомом является нарушение в той или иной степени понимания обращенной речи: в одних случаях ребенок совсем не понимает речь, в других случаях прислушивается к звучанию речи, понимает отдельные слова, а в более легких случаях понимает простую обращенную речь, но у него недостаточно сформировано фонематическое восприятие, нет тонких акустических дифференцировок, нет высшего акустического анализа и синтеза. Это связано с незрелостью коры головного мозга. Сенсорная алалия встречается реже, чем моторная. Логопедическая работа сложна, прогноз достаточно неопределенный, особенно в тяжелых случаях.

Большой теоретический и практический интерес представляет дифференциальная диагностика, позволяющая «развести», отличать детей с сенсорной алалией от детей со сниженным слухом (глухих или слабослышащих). По последним научным данным, при сенсорной алалии может быть (а может и не встречаться) некоторое снижение слуха, но не оно является ведущим в картине дефекта: ребенок не понимает обращенную к нему речь не потому, что не слышит, он не понимает то, что безусловно слышит.

Проверка слуха у ребенка с сенсорной алалией затруднена. Рекомендуются проводить несколько (8–10) аппаратурных исследований слуха (аудиометрий), а при сличении аудиограмм ориентироваться на наиболее частые совпадения.

Установлено несколько диагностических показателей для различения ребенка с сенсорной алалией и слабослышащего. В их числе следующие:

- 1) слабослышащий имеет постоянный порог восприятия (в разное время суток в различных условиях он слышит одинаково), а у ребенка с сенсорной алалией отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: то он слышит и понимает более тихое, то не воспринимает более громкого звучания. Непостоянство показателей аудиометрического исследования свидетельствует

о нарушенной работоспособности незрелых клеток коры головного мозга. Незрелые клетки мозга очень утомляемы, в них не могут нормально протекать процессы высшего акустического анализа и синтеза, не могут чередоваться процессы возбуждения и торможения, поэтому в разных условиях выявляются разные показатели слухового восприятия. Увеличение (усиление) громкости звучания улучшает восприятие слабослышащего ребенка. Ребенок же с сенсорной алалией на громкие, а тем более сверхгромкие звуки не реагирует; более тихое, спокойное звучание ребенок воспринимает лучше, чем звуки повышенной громкости, которые вызывают в незрелых мозговых клетках запредельно охранительное торможение, мозг как бы сам щадит себя, выключаясь из работы;

- 2) слабослышащий лучше слышит при использовании слухового аппарата. А ребенок с сенсорной алалией пользоваться слуховым аппаратом не может: жалуется на боль в ушах, в голове; усиление звуков становится для него неприятным раздражителем. При сенсорной алалии в ряде случаев бывает гиперacusia — повышенная чувствительность к тихим звукам, безразличным для окружающих (шум сминаемой бумаги, капающая из крана вода и др.). Слабослышащий к таким тихим звукам относится безразлично, не реагирует на них, а ребенок с сенсорной алалией испытывает при этом неприятные ощущения. Кстати, это лишний раз подчеркивает сохранность слуха у детей с алалией. Голос слабослышащего лишен звучности, полноты, он тиховат, глуховат, у ребенка же с сенсорной алалией голос громкий, звонкий, нормальный;
- 3) со слабослышащим ребенком легче наладить контакт, чем с ребенком, страдающим сенсорной алалией.

Дифференциация слабослышащих и детей с сенсорной алалией затруднена, но необходима, ибо в зависимости от характера нарушений по-разному строится коррекционно-воспитательное воздействие.

4.3. Формы коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольного возраста

Работа с родителями

Каждый этап развития проблемного ребенка и форма имеющегося у него нарушения диктуют специфику работы семьи с ребенком.

Необходимо всестороннее взаимодействие дошкольного учреждения и семьи с целью укрепления психического и физического здоровья детей, их полноценного развития, коррекции трудностей их поведения. Процесс взаимодействия родителей и педагогов обеспечивает наиболее благоприятные условия для полноценного развития детей.

Обучение, воспитание и перевоспитание эффективны только при сотрудничестве педагогов, родителей и самого ребенка. Педагоги и родители должны быть едины в целевых установках, в требованиях, должны взаимно информировать друг друга о трудностях и особенностях ребенка, опираться на положительные качества его личности, закреплять малейший позитивный успех ребенка.

Сотрудничество педагогов и родителей — основа успешного обучения и воспитания ребенка. Анализ, прогноз, действия — путь комплексного преодоления имеющихся у ребенка отклонений в развитии, особенностей поведения, вызванных ими затруднений.

В большинстве случаев дети с отклонениями в развитии нуждаются в лечебно-оздоровительном и психолого-педагогическом воздействии. Для коррекционного эффекта большое значение имеют условия воспитания ребенка в семье и раннее начало комплексных оздоровительных и обучающих мероприятий.

В системе комплексных мер большое значение имеет правильное отношение взрослых к имеющимся у ребенка трудностям, проблемам, нарушениям. Чрезмерная опека (гиперопека), равно как и отсутствие внимания к ребенку (гипоопека), в значительной мере утяжеляют общее нервно-психическое состояние ребенка, затрудняют процесс его социальной адаптации. Безусловно, во всех случаях показано раннее коррекционное воздействие, что обеспечивает максимальную эффективность работы.

Внесемейное воспитание

Важной проблемой коррекционной педагогики является изучение детей, воспитывающихся вне семей, в домах ребенка и в детских домах.

У воспитанников дошкольного детского дома отмечается отставание в развитии наглядно-образного мышления. Дети отличаются сниженной психической активностью, недостаточностью мотивации к речевому общению. Часто они вялы, апатичны, равнодушны к оценке своей работы, пассивны, утомляемы, истощаемы, негативистичны, у них нестойкие и неглубокие эмоциональные реакции. Детей отличает отсутствие навыков активной самостоятельности.

Характеризуя воспитанников дошкольных детских домов, уместно отметить сложное сочетание биологических и социальных причин, обуславливающих недоразвитие речи и мышления. Коррекционно-воспитательная работа в дошкольных детских домах — важный аспект дошкольной дефектологии.

Обще-образовательные учреждения

В силу ряда причин (несвоевременное выявление имеющегося у ребенка нарушения, недостаточное внимание родителей и воспитателей к имеющимся у детей трудностям, отсутствие специального учреждения или мест в нем и др.) в массовом детском саду общего типа зачастую оказывается значительное число детей с резко выраженными, а, следовательно, трудно выявляемыми, неправильно диагностируемыми отклонениями в развитии двигательной, сенсорной или интеллектуальной сферы, дети с дефектами речи, с эмоциональными нарушениями, с расстройствами поведения и др. Как правило, это дети с нарушениями слуха и фонематического восприятия, с нарушениями зрения и оптико-пространственных представлений, с нарушением опорно-двигательного аппарата и с задержкой психофизического развития, дети, ослабленные соматически или нервно-психически.

Тщательное изучение каждого ребенка, особенностей его развития, индивидуализированная работа с ним по специально подобранным пособиям, с использованием адекватных методов и приемов воздействия способствуют максимальной подготовке детей к последующему школьному обучению и его социальной адаптации. Своевременная коррекция познавательной, сенсорной, двигательной, речевой, эмоционально-волевой сфер обеспечивается лечением и проведением дополнительных занятий коррекционной направленности.

Контрольные вопросы

1. Какие учреждения специального назначения вы знаете?
2. Назовите особенности обучения и воспитания в ДООУ.
3. Перечислите особенности психического развития детей дошкольного возраста с нарушениями в развитии.
4. Какие методолого-методические принципы должны быть использованы при комплексном коррекционном воздействии на детей с отклонениями в развитии?
5. Какие недостатки в развитии отмечаются у детей с нарушением зрения?

Литература

1. *Белякова И. В., Петрова В. Г.* Дети с отклонениями в развитии. Кто они? — М., 1997.
2. Воспитание слабослышащего ребенка в семье / Под ред. В. П. Ермакова, А. А. Щегловой. — М., 1986.
3. *Головщик Л. А.* Дошкольная сурдопедагогика. — М., 2001.
4. Диагностика и коррекция психологического развития дошкольника / Под ред. Я. Л. Коломинского, Е. А. Панько. — Минск, 1997.
5. Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л. П. Носковой. — М., 1993.
6. *Захаров А. И.* Как предупредить отклонения в поведении ребенка. — М., 1986.
7. *Карнес М. Б., Ли Р. К.* Привлечение родителей к обучению аномальных детей (Помощь родителям в воспитании детей) / Общ. ред. В. Я. Пилиповского. — М., 1992.
8. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие для вузов / Под ред. Е. А. Стребелевой. — М., 2001.

4.4. Материалы для семинарского занятия

На семинарском занятии предлагается разобрать вопросы по данной теме, а также познакомить студентов с некоторыми играми, при помощи которых можно корректировать некоторые психические процессы у детей дошкольного возраста с аномалиями в развитии.

Игры с дошкольниками для развития мыслительной деятельности

Игра 1. Составление предложений

Цель. Развивать способность быстро устанавливать разнообразные, иногда неожиданные связи между знакомыми предметами; создавать новые образы из отдельных элементов.

Игровое задание. Составить как можно больше предложений, обязательно используя названные педагогом три слова, не связанные друг с другом по смыслу (например, озеро, карандаш, медведь). Падеж слов можно менять, в предложениях могут использоваться и другие слова.

Ответы могут быть:

- ♦ стандартными («Медведь утопил в озере карандаш»);
- ♦ сложными с выходом за пределы ситуации, обозначенной тремя словами, и с введением новых объектов («Мальчик взял карандаш и нарисовал медведя, купающегося в озере»);

- ♦ творческими, включающими эти предметы в нестандартные связи («Мальчик, тонкий, как карандаш, стоял возле озера, которое ревело, как медведь»).

Игра 2. Поиск

Цель. Формировать умение находить в разрозненном материале несколько общих моментов; дать представление о степени существенности признаков.

Игровое задание. Назвать как можно больше общих признаков двух предметов, указанных педагогом (например, тарелка и лодка).

Ответы могут быть стандартными («Это вещи, сделанные человеком»; «Они имеют глубину») и необычными, позволяющими увидеть знакомые предметы в новом свете. Побеждает тот, у кого список общих признаков длиннее.

Задача педагога — распределить все ответы по степени существенности вскрываемых в них связей между предметами, для того чтобы дети четко усвоили, что такое существенные и несущественные признаки.

Игра 3. Исключение лишнего слова

Цель. Развивать способность устанавливать неожиданные связи между явлениями, переходить от одних связей к другим, удерживать в «поле мышления» сразу несколько предметов и сравнивать их между собой. Формировать установку на то, что возможны разные способы объединения и расчленения предметов.

Игровое задание. Берутся три слова (например, собака, помидор, солнце). Надо оставить два слова, обозначающие предметы, в чем-то схожие между собой, и исключить третье, лишнее слово, называющее предмет, не обладающий общими для первых двух предметов признаками.

Задача педагога — стимулировать детей к поиску как можно большего числа вариантов исключения лишнего слова, начиная от лежащих на поверхности решений (исключить слово «собака», так как и помидор, и солнце круглые) и кончая самыми неожиданными.

Игра 4. Поиск аналогов

Цель. Формировать умение выделять в предмете различные свойства и оперировать с каждым из них в отдельности; развивать способность классифицировать явления по их признакам.

Игровое задание. Назвать как можно больше аналогов, т. е. предметов, сходных с указанным педагогом (например, с вертолетом) по

различным существенным признакам, и систематизировать их по группам на основании того, какой сводный признак их объединяет (например, вертолет, птица, бабочка — все они летают; вертолет, автобус, поезд — это транспортные средства).

Игра 5. Поиск «противоположных» предметов

Цель. Формировать способность находить в предмете как можно больше свойств и использовать их для поиска предметов с противоположными свойствами; сравнивать предметы друг с другом, выделяя в них общее и различное.

Игровое задание. Назвать как можно больше предметов, «противоположных» указанному педагогом (например, дому), ориентируясь на различные свойства этого предмета и систематизируя его противоположности по группам (например, дом — сарай, противоположны по размеру и степени комфорта; дом — поле, противоположны по качественным характеристикам пространства: закрытого в первом случае и открытого — в другом; и т. д.).

Игра 6. Поиск предметов по заданным признакам

Цель. Формировать способность быстро находить аналогии между различными, не похожими друг на друга предметами; оценивать предметы с точки зрения наличия или отсутствия в них заданных признаков; переключаться с одного объекта на другой.

Игровое задание. Назвать как можно больше предметов, обладающих заданными признаками и с этой точки зрения похожих на 2–3 названных педагогом предмета. Например: «Назовите предметы, которые выполняют две противоположные функции, например дверь (она закрывает и открывает помещение) и выключатель (зажигает и гасит свет)».

Игра 7. Поиск соединительных звеньев

Цель. Формировать способность устанавливать связи между предметами, кажущимися на первый взгляд далекими друг от друга; находить предметы, имеющие общие признаки одновременно с несколькими предметами.

Игровое задание. Называются два предмета, например лопата и автомобиль. Надо назвать предметы, являющиеся как бы переходным мостиком от первого ко второму, т. е. имеющие четкую, логическую связь с заданными предметами. Например, экскаватор (копает землю, как лопата, и является транспортным средством, как автомобиль); человек (он может копать лопатой и иметь автомобиль) и т. д.

Допускается использование 2–3 соединительных звеньев (лопата — тачка — прицеп — автомобиль). В данном случае особое внимание обращается на обоснование детьми связи между соседними звеньями цепочки.

Игра 8. Способы использования предмета

Цель. Развивать способность концентрировать мыслительный процесс на одном предмете, умение вводить его в самые различные ситуации и взаимосвязи, видеть в обычном предмете неожиданные возможности.

Игровое задание. Назвать как можно больше различных способов использования хорошо известного детям предмета, например книги. Правило: недопустимо называть безнравственные, варварские способы использования предмета (игра может послужить основой для беседы о нравственных критериях поведения).

Игра 9. Формулирование определений

Цель. Формировать четкость и стройность мышления, умение фиксировать существенные признаки и отвлекаться от несущественных, а также способность одним мысленным взором охватывать разновидности одного и того же предмета.

Игровое задание. Дать наиболее точное определение знакомого предмета или явления (например, дырки), которое обязательно включало бы все его существенные признаки, не упоминало бы о несущественных и формулировалось бы таким образом, чтобы под него попадали все разновидности этого предмета (явления), а никакие другие предметы под это определение не подходили.

Игра 10. Перечислить возможные причины

Цель. Развивать способность при решении задачи или осмыслении какого-либо явления искать все возможные причины, чтобы можно было проработать самые различные версии и только после этого принять решение.

Игровое задание. Педагог описывает какую-либо ситуацию, например: «Вернувшись с прогулки, вы обнаружили, что дверь вашей квартиры распахнута настежь...» Дети должны быстро назвать как можно больше возможных причин этого факта, возможных его объяснений, чтобы решить, что им следует предпринять (начиная от самых банальных — «забыл закрыть дверь» — и кончая нетривиальными — «марсиане прилетели»).

Игра 11. Сократить рассказ

Цель. Учить концентрировать внимание на сути, отсекая все второстепенное.

Игровое задание. Передать содержание рассказа максимально кратко — в 2–3 предложениях, желательнее сохранив основное его содержание.

В этой игре возможна коллективная доработка наиболее удачных ответов.

Игра 12. Что на что похоже

Цель. Развитие ассоциативности мышления.

Игровое задание. 3–4 человека (отгадчики) выходят за дверь, а остальные участники игры договариваются, какой предмет будет сравниваться. Отгадчики заходят и ведущий начинает: «То, что я загадал похоже на ...» — и дает слово тому, кто первый нашел сравнение и поднял руку. Например, бант может быть ассоциирован с цветком, с бабочкой, винтом вертолета, с цифрой «8», которая лежит на боку. Отгадавший выбирает новых отгадывальщиков и предлагает следующий предмет для ассоциации.

Игра 13. Волшебные кляксы

Цель. Развитие ассоциативности мышления.

Игровое задание. Перед игрой изготавливают несколько клякс: на середину листа выливается немного чернил или туши и лист складывают пополам. Затем лист разворачивают, и теперь можно играть. Участники по очереди говорят, какие предметные изображения они видят в кляксе или ее отдельных частях. Выигрывает тот, кто назовет больше всего предметов.

Игра 14. Словоассоциации

Цель. Развитие ассоциативности мышления.

Игровое задание. Взять любое слово, например батон. Оно ассоциируется:

- ◆ с хлебобулочными изделиями;
- ◆ с созвучными словами: барон, бекон;
- ◆ с рифмующимися словами: кулон, салон.

Создать как можно больше ассоциаций по предложенной схеме.

Ассоциативность мышления можно развивать, что называется, «на ходу». Гуляя с детьми, можно вместе подумать, на что похожи облака, лужи на асфальте, камушки на берегу.

Игра 15. Хорошо-плохо

Цель. Развитие диалектичности мышления.

Игровое задание.

Вариант 1. Для игры выбирается объект, безразличный ребенку, т. е. не вызывающий у него стойких ассоциаций, не связанный для него с конкретными людьми и не порождающий эмоций. Ребенку предлагается проанализировать данный объект (предмет) и назвать его качества, с точки зрения ребенка, положительные и отрицательные. Необходимо назвать хотя бы по одному разу, что в предлагаемом объекте плохо, а что хорошо, что нравится и не нравится, что удобно и неудобно. Например: карандаш.

— Нравится, что красный. Не нравится, что тонкий.

— Хорошо, что он длинный; плохо, что он остро заточен, — можно уколаться.

— Удобно держать в руке, но неудобно носить в кармане — ломается.

Рассмотрению может быть подвергнуто и конкретное свойство предмета. Например, хорошо, что карандаш длинный — может служить указкой, но плохо, что не входит в пенал.

Вариант 2. Для игры предлагается объект, имеющий для ребенка конкретную социальную значимость или вызывающий у него стойкие положительные или отрицательные эмоции, что приводит к однозначной субъективной оценке (конфеты — хорошо, лекарство — плохо). Обсуждение идет так же, как и в варианте 1.

Вариант 3. После того, как дети научатся выявлять противоречивые свойства простых объектов и явлений, можно переходить к рассмотрению «положительных» и «отрицательных» качеств в зависимости от конкретных условий, в которые ставятся эти объекты и явления. Например: громкая музыка.

— Хорошо, если утром. Быстро просыпаешься и бодрым себя чувствуешь. Но плохо, если ночью, — мешает уснуть.

Не следует бояться затрагивать в этой игре такие категории, которые до этого воспринимались детьми исключительно однозначно («драка», «дружба», «мама»). Понимание детьми противоречивости свойств, заключенных в любых объектах или явлениях, умение выделить и объяснить условия, при которых проявляются те или иные свойства, лишь способствует воспитанию чувства справедливости, умению в критической ситуации найти правильное решение возникшей проблемы, способности логично оценить свои действия и выбрать из множества различных свойств объекта те, которые соответствуют выбранной цели и реальным условиям.

Вариант 4. Когда выявление противоречивых свойств перестанет вызывать у детей трудности, следует перейти к динамическому варианту игры, при котором для каждого выявленного свойства называется противоположное свойство, при этом объект игры постоянно меняется, получается своеобразная «цепочка». Например:

- Есть шоколад хорошо — вкусно, но может заболеть живот;
- Живот болит — это хорошо, можно в детский сад не ходить;
- Сидеть дома — плохо, скучно;
- Можно пригласить гостей — и т. д.

Одним из возможных вариантов игры «Хорошо-плохо» может быть ее модификация, отражающая диалектический закон перехода количественных измерений в качественные. Например, конфеты: если съесть одну конфету — вкусно и приятно, а если много — заболят зубы, придется их лечить.

Желательно, чтобы игра «Хорошо-плохо» стала частью повседневной жизни ребенка. Для ее проведения не обязательно специально отводить время. В нее можно доиграть на прогулке, во время обеда, перед сном.

Следующим этапом формирования диалектичности мышления будет выработка у детей умения четко формулировать противоречие. Сначала пусть ребенок подбирает к заданным словам обратные по смыслу. Например, тонкий — (?) толстый, ленивый — (?) трудолюбивый, острый — (?) тупой. Затем можно взять любую пару слов, например острый–тупой, и попросить детей найти такой объект, в котором эти свойства присутствуют одновременно. В случае «острый–тупой» — это нож, игла, все режущие, пилящие инструменты. На последнем этапе развития диалектичности мышления дети учатся разрешать противоречия, используя ТРИЗовские способы разрешения противоречий (всего их более сорока).

Игра 16. Теремок

Цель. Развитие системности мышления.

Игровое задание. Детям раздаются картинки различных предметов: гармошки, ложки, кастрюли и т. д. Кто-то сидит в «теремке» (например, ребенок с рисунком гитары). Следующий ребенок просится в теремок, но может попасть туда, только если скажет, чем предмет на его картинке похож на предмет хозяина. Если просится ребенок с гармошкой, то у обоих на картинке изображен музыкальный инструмент, а ложка, например, тоже имеет углубление посередине.

Игра 17. Собери фигурки

Цель. Развитие системности мышления.

Игровое задание. Ребенку дается набор вырезанных из плотного картона небольших фигурок: кругов, квадратов, треугольников и т. д. (примерно 5–7 фигурок). Заранее изготавливаются 5–6 картинок с изображением различных предметов, которые можно сложить из этих фигурок: собачка, домик, машина. Ребенку показывают картинку, а он складывает нарисованный на ней предмет из своих фигурок. Предметы на картинках должны быть нарисованы так, чтобы ребенок видел, какая из фигурок где стоит, то есть рисунок должен быть расчленен на детали.

Игра 18. Нелепицы

Цель. Развитие системности мышления.

Игровое задание. Рисуются картинка по любому сюжету — лес, двор, квартира. На этой картинке должны быть 8–10 ошибок, то есть что-то должно быть нарисовано так, как это на самом деле не бывает. Например, машина с одним колесом, заяц с рогами. Некоторые ошибки должны быть очевидны, а другие незаметны. Дети должны показать, что нарисовано неверно.

Глава 5

Особенности психического развития детей с нарушениями интеллекта и проблемы их обучения и воспитания как предмет олигофренопедагогики

Краткое содержание темы. Понятие умственной отсталости, ее формы и причины. Классификации умственной отсталости. Краткая историческая справка и современная характеристика социальной политики в отношении умственно отсталых лиц. Проблемы обучения, воспитания и развития умственно отсталых детей. Отечественный опыт психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми формами умственной отсталости. Зарубежная практика воспитания, обучения и развития детей с выраженными интеллектуальными нарушениями. Рекомендации педагогам по осуществлению интеграционного обучения детей с умственной отсталостью в условиях общеобразовательной школы.

5.1. Понятие умственной отсталости, ее формы и причины

Наиболее важными задачами олигофренопсихологии и олигофренопедагогики сегодня являются изучение закономерностей и особенностей психического развития умственно отсталых детей с разнообразной структурой дефекта, а также дальнейшее исследование психологических проблем, подтверждающих обоснованность компенсации дефекта под влиянием коррекционного обучения и воспитания.

Как известно, клиника интеллектуальных нарушений под умственной отсталостью понимает стойкое необратимое нарушение познавательной деятельности, возникшее в результате органического поражения головного мозга.

Причины возникновения умственной отсталости разнообразны. К ним относятся наследственные заболевания (микроцефалия, фенилкетонурия, наследственные болезни соединительной ткани, на-

следственные дегенеративные заболевания центральной нервной системы и др.), нарушения в строении и числе хромосом (синдром Дауна, олигофрения с ломкой X-хромосомы, синдромы Клайнфельтера, Шерешевского-Тернера и др.).

Вызвать умственную отсталость могут различного рода патогенные (вредоносные) факторы, которые воздействуют на плод в период внутриутробного развития.

В первую очередь к ним относятся внутриутробные инфекции: хронические — токсоплазмоз, листериоз, сифилис, цитомегалия и др., вирусные — краснуха, эпидемический паротит (свинка), корь, ветряная оспа, грипп и др. На более поздних сроках беременности острые инфекционные заболевания матери могут привести к внутриутробному заражению плода и возникновению у него внутриутробного энцефалита или менингоэнцефалита. Неблагоприятное воздействие на развитие мозга плода оказывают некоторые хронические болезни матери: заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени. Применение лекарственных препаратов, которые противопоказаны к использованию в период беременности, может вызвать интоксикацию плода (некоторые антибиотики, ряд нейролептических и противосудорожных препаратов, гормоны, плодоизгоняющие средства). Пагубно сказываются на развитии плода курение, алкоголизм, наркомания родителей, неправильное питание матери, различные физические и психические травмы, перенесенные в период беременности, работа женщины на вредном производстве до беременности и в период беременности, неблагоприятные условия окружающей среды, повышенный радиационный фон в местности, где проживает беременная женщина. Иммунологический конфликт между матерью и плодом по резус-фактору или групповым антигенам крови, проявляющийся в виде гемолитической болезни новорожденных, также может быть причиной умственной отсталости.

В период родов патогенными факторами являются родовые травмы мозга.

В период после родов умственная отсталость может быть вызвана нейроинфекциями (менингит, менингоэнцефалит, параинфекционный энцефалит). Реже ее причиной могут быть черепно-мозговые травмы, интоксикации (отравления).

Установлено, что степень снижения интеллекта зависит от времени воздействия патогенного фактора. Например, заболевание беременной женщины в первые три месяца беременности краснухой может быть причиной умственной отсталости будущего ребенка, при заболевании

в более поздние сроки нарушения будут менее выражены и могут привести к задержке психического, речевого развития.

Термин «умственная отсталость» является достаточно обобщенным понятием, включающим стойкие нарушения интеллекта, т. е. разные клинические формы интеллектуального недоразвития, как резидуальные (олигофрении), так и прогрессирующие, обусловленные прогрессирующими заболеваниями ЦНС. Среди клинических форм умственной отсталости выделяют *олигофрению* и *деменцию*.

Олигофрения — стойкое недоразвитие сложных форм познавательной деятельности, возникающее вследствие поражения центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза, текущего болезненного процесса при ней не наблюдается. В то время как деменция — это нарушение сформировавшегося интеллекта, которое может сопровождаться текущим нервно-психическим заболеванием. Олигофрения может быть обусловлена наследственными факторами, хромосомными аберрациями, экзогенными вредностями, действующими на разных этапах эмбриогенеза, последствиями поражения центральной нервной системы при родовом и раннем постнатальном периоде.

М. С. Певзнер, К. С. Лебединская утверждают, что «олигофрения — это один из видов аномального развития ребенка, сложный процесс, при котором нарушение развития в целом зависит от значения, занимаемого той или иной нарушенной функцией в общем психическом развитии ребенка, и от того, на каком этапе онтогенеза наступает нарушение».

При олигофрении наблюдается стойкое недоразвитие психики, проявляющееся не только в отставании от нормы, но и в глубоком своеобразии. Дети с олигофренией способны к развитию, но оно осуществляется замедленно, атипично. Они составляют значительную часть умственно отсталых.

Меньшая по численности группа — лица, у которых умственная отсталость возникла после трех лет. В результате травм головного мозга, различных заболеваний (менингита, энцефалита, менингоэнцефалита) произошел распад уже сформировавшихся психических функций. Эти состояния называют **деменцией**.

Интеллектуальный дефект при деменции необратим. Например, у ребенка четырех лет деменция может проявиться в распаде фразовой речи, навыков самообслуживания, снижении или потере интереса к игре, рисованию. Поражения при деменции неоднородны. Наряду с выраженными нарушениями в одних областях мозга может наблюдаться большая или меньшая сохранность других его отделов. При этих состояниях чаще наблюдаются более резкие наруше-

ния внимания, памяти, работоспособности, чем восприятия, мышления, речи.

Особую группу составляют лица, у которых умственная отсталость сочетается с текущими заболеваниями нервной системы: шизофренией, эпилепсией и др. При прогрессировании этих заболеваний происходит распад психических образований, умственная отсталость усугубляется, достигает тяжелой степени, появляются специфические особенности эмоционально-волевой сферы, деятельности и личности в целом. Своевременное лечение позволяет затормозить прогрессирование заболевания.

5.2. Классификации умственной отсталости

Немецкий психиатр Э. Крепелин в начале XX века разработал классификацию умственной отсталости по степени тяжести интеллектуальной недостаточности: идиотия, имбецильность и дебильность.

В странах Западной Европы и США эти термины используются лишь в узком профессиональном кругу специалистов (например, медиками). В широкой социальной и педагогической практике используется обобщающее определение «труднообучаемые».

Согласно классификации, принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1994 году, умственная отсталость включает четыре степени снижения интеллекта: *незначительную, умеренную, тяжелую и глубокую* в зависимости от количественной оценки интеллекта.

Сопоставление качественной характеристики снижения интеллекта (Россия) и количественной характеристики (зарубежные страны) дает следующие соотношения (табл. 2).

Таблица 2

Характеристики снижения интеллекта

Коэффициент интеллекта	Международная система	Российская система
71 и выше	Норма	Норма
50–70	Незначительная умственная отсталость, затруднение в обучении	Дебильность
35–49	Умеренная умственная отсталость, трудности в обучении	Имбецильность
25–39	Тяжелая умственная отсталость, значительные трудности в обучении	Идиотия
20 и ниже	Глубокая умственная отсталость	—

Дебильность — *незначительная степень умственной отсталости*. Эта категория лиц составляет большинство среди страдающих умственной отсталостью (70–80 %).

Дети отстают в развитии от нормально развивающихся сверстников. Они, как правило, позже начинают ходить, говорить, в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания. Эти дети не ловки, физически слабы, часто болеют. Они мало интересуются окружающим: не исследуют предметы, не стремятся узнать о них у взрослых, равнодушны к процессам и явлениям, происходящим в природе и социальной жизни. К концу дошкольного возраста их активный словарь беден. Фразы односложны. Дети не могут передать элементарное связное содержание. Пассивный словарь также значительно меньше по объему, чем в норме. Они не понимают конструкций с отрицанием, инструкций, состоящих из двух-трех слов, даже в школьном возрасте им трудно поддерживать беседу, так как они не всегда достаточно хорошо понимают вопросы собеседника.

Без коррекционного обучения к концу дошкольного возраста у этих детей формируется только предметная деятельность. Игровая деятельность не становится ведущей. В младшем дошкольном возрасте у них преобладают бесцельные действия с игрушками (несет кубик в рот, бросает куклу), к старшему дошкольному возрасту появляются предметно-игровые действия (укачивание куклы, катание машины), процессуальная игра — многократное повторение одних и тех же действий. Игровые действия не сопровождаются эмоциональными реакциями и речью. Сюжетно-ролевая игра самостоятельно, без специального коррекционного обучения не формируется.

Общение ребенка с нормально развивающимися сверстниками затруднено: его не принимают в игру, так как он не умеет играть. Он становится отверженным в среде сверстников и вынужден играть с более младшими детьми.

Такой ребенок в условиях обычного детского сада испытывает стойкие трудности в усвоении программного материала на занятиях по формированию элементарных математических представлений, развитию речи, ознакомлению с окружающим, конструированию. Если ребенок не получил в детском саду специальной педагогической помощи, он оказывается не готовым к школьному обучению.

Часто дети с незначительной умственной отсталостью воспитываются в условиях массового детского сада, так как их отставание неярко выражено. Но, попадая в массовую общеобразовательную школу, они сразу же испытывают значительные затруднения в усвоении та-

ких учебных предметов, как математика, русский язык, чтение. Часто остаются на второй год, но и при повторном обучении не усваивают программный материал. Для того чтобы как можно раньше установить причины трудностей и оказать ребенку специальную педагогическую помощь, необходимо провести его психолого-медико-педагогическое обследование в ПМПК. Если это будет необходимо, ему будет рекомендовано обучение в другом типе школы.

Несмотря на трудности формирования представлений и усвоения знаний и навыков, задержку в развитии разных видов деятельности, дети с незначительной умственной отсталостью все же имеют возможности для развития. У них в основном сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, ориентированы на взрослого, у большинства из них эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность.

Дети с незначительной степенью умственной отсталости нуждаются в специальных методах, приемах и средствах обучения, учитывают особенности их психического развития. Для этого существуют специальные детские сады, специальные группы в обычных детских садах, где созданы особые образовательные условия для их развития. Возможно включение двух-трех детей с незначительной степенью умственной отсталости в коллектив нормально развивающихся сверстников.

С семи-восьми лет дети с незначительной умственной отсталостью поступают в специальные (коррекционные) школы 8 вида, где обучение ведется по специальным программам. В небольших городах открыты специальные классы для детей с нарушениями интеллекта при массовых школах. Однако возможности профессиональной подготовки выпускников, обучающихся в этих классах, значительно ниже, чем в специальных школах для детей с нарушением интеллекта.

Большинство юношей и девушек с незначительной степенью умственной отсталости к моменту выпуска из школы по своим психометрическим и клиническим проявлениям мало чем отличаются от нормально развивающихся людей. Они благополучно трудоустраиваются, вливаются в трудовые коллективы на производстве, создают семьи, имеют детей.

Эти люди дееспособны, поэтому общество признает их способными отвечать за свои поступки перед законом, нести воинскую повинность, наследовать имущество, участвовать в выборах в органы местного и федерального управления и т. д.

Имбецильность является *умеренной степенью умственной отсталости*. При этой форме поражены как кора больших полушарий головного мозга, так и нижележащие образования. Это нарушение является в ранние периоды развития ребенка. В младенческом возрасте такие дети начинают позже держать головку (к четырем-шести месяцам и позже), самостоятельно переворачиваться, сидеть. Овладевают ходьбой после трех лет. У них практически отсутствуют гуление, лепет, не формируется «комплекс оживления».

Речь появляется к концу дошкольного возраста и представляет собой отдельные слова, редко фразы. Часто значительно нарушено звукопроизношение. Существенно страдает моторика, поэтому навыки самообслуживания формируются с трудом и в более поздние сроки, чем у нормально развивающихся детей.

Познавательные возможности резко снижены: грубо нарушены ощущения, восприятие, память, внимание, мышление.

Основной чертой, характерной для лиц данной категории, является неспособность к самостоятельному понятийному мышлению. Имеющиеся понятия носят конкретный бытовой характер, диапазон которых очень узок. Речевое развитие примитивно, собственная речь бедна, хотя понимание речи на бытовом уровне сохранно.

Дети с умеренной степенью умственной отсталости (имбецильность) признаются инвалидами детства. Эти дети вполне обучаемы, т. е. способны овладеть навыками общения, социально-бытовыми навыками, грамотой, счетом, некоторыми сведениями об окружающем мире, научиться какому-либо ремеслу. В то же время они не могут вести самостоятельный образ жизни, нуждаются в опеке.

В дошкольном возрасте дети могут посещать специальные детские сады для детей с нарушением интеллекта, а в 7–8 лет они могут быть приняты в специальные (коррекционные) школы 8 вида, где для них созданы специальные классы. Также они могут обучаться в школах для детей с выраженным нарушением интеллекта.

По окончании школы юноши и девушки находятся в семье, они способны выполнять простейший обслуживающий труд, брать на дом работу, не требующую квалифицированного труда (склеивание конвертов, коробок и т. д.). Практика показала, что лица с умеренной степенью умственной отсталости прекрасно справляются с сельскохозяйственным трудом (опыт кэмпхилл-общин), который доставляет им радость, давая возможность самореализоваться.

Идиотия — самая *тяжелая степень умственной отсталости*. Диагностика этих грубых нарушений возможна уже на первом году жизни ребенка. Среди многочисленных признаков особо выделяются нару-

шения статических и моторных функций: задержка в проявлении дифференцированной эмоциональной реакции, неадекватная реакция на окружение, позднее появление навыков стояния, ходьбы, относительно позднее появление лепета и первых слов, слабый интерес к окружающим объектам и игре.

Диагностика основывается также на данных о здоровье членов семьи, течении беременности и родов, а также на результатах генетических и пренатальных исследований.

У взрослых резко нарушены процессы памяти, восприятия, внимания, мышления, снижены пороги чувствительности. Им недоступно осмысление окружающего, речь развивается крайне медленно и ограничено или не развивается вообще. Наблюдаются тяжелые нарушения моторики, координации движений, пространственной ориентировки. Часто эти нарушения так тяжелы, что вынуждают к ведению лежачего образа жизни. Медленно и трудно формируются элементарные навыки самообслуживания, в том числе гигиенические.

Однако дети с тяжелой умственной отсталостью, так же как и остальные, способны развиваться. Они могут научиться частично обслуживать себя, овладеть навыками общения (речевым или безречевым), расширять свои представления об окружающем мире.

В России лица этой категории в основном находятся в учреждениях Министерства социальной защиты, где за ними обеспечивается только уход.



Рис. 2. Дети с олигофренией в степени идиотии

5.3. Краткая историческая справка и современная характеристика социальной политики в отношении умственно отсталых лиц

Отношение общества к умственно отсталым лицам в разные периоды его развития было неодинаковым. Организованная общественная помощь слабоумным получила развитие лишь с начала XIX века.

С середины XIX века в связи с введением законов об обязательном начальном обучении стали выявляться дети с легкой степенью умственной отсталости. Большое значение для развития теории и практики обучения и воспитания умственно отсталых лиц имели врачебно-педагогическая система Э. Сегена (1812–1880), идеи Й. Т. Вайзе (1793–1859), В. Айрленда (1832–1903), Ж. Демора (1867–1941), О. Декроли (1871–1932), М. Монтессори (1870–1952). В России первое образовательное учреждение для умственно отсталых детей было открыто доктором Ф. Пляцом в 1854 году в Риге. Позже появились врачебно-воспитательное заведение И. В. Маляревского, приюты и школа Е. К. Грачевой, вспомогательные классы М. П. Постовской. Они были частными, платными, существовавшими на благотворительные пожертвования. В 1908 году в Москве было открыто частное учебно-воспитательное заведение «Школа-санаторий для дефективных детей» под руководством В. П. Кащенко, которое впоследствии стало одним из первых и ведущих научно-методических центров отечественной дефектологии.

В первые годы после революции 1917 года заботу об умственно отсталых лицах государство приняло целиком на себя. Была создана сеть вспомогательных школ. Период 30–70-х годов характеризуется интенсивным развитием отечественной олигофренопедагогики — системы научных знаний об обучении и воспитании умственно отсталых лиц. Большой вклад в ее развитие внесли Л. С. Выготский, Л. В. Занков, А. Н. Граборов, Г. М. Дульнев и др. Одновременно с этим продолжается дальнейшее изучение слабоумия (А. Р. Лурия, Ж. И. Шиф, Б. И. Пинский, В. Г. Петрова, И. М. Соловьев, С. Я. Рубинштейн, В. И. Лубовский, Г. Е. Сухарева, М. С. Певзнер и др.).

В 70-х годах XX века в нашей стране открываются первые детские сады для умственно отсталых детей, интенсивно развивается новая отрасль олигофренопедагогики — дошкольная олигофренопедагогика.

В настоящее время в отечественной олигофренопедагогике разрабатываются пути и методы оказания коррекционной помощи умственно отсталым детям младенческого и раннего возраста (Е. А. Стребелева,

Ю. А. Разенкова, Г. А. Мишина и др.). Совершенствуются содержание, методы и приемы обучения и воспитания детей дошкольного и школьного возраста (Л. Б. Баряева, О. П. Гавршгушкина, А. А. Аксенова, М. Н. Перова, Б. Б. Горский, Н. Соломина, И. М. Яковлева и др.). Разрабатываются современные технологии обучения умственно отсталых детей и подростков с олигофренией в степени имбецильности и идиотии (Г. В. Цикото, А. Р. Маллер, А. А. Еремина и др.).

5.4. Проблемы обучения, воспитания и развития умственно отсталых детей

Современные исследования показывают, что нет необучаемых детей и даже самых тяжелых можно чему-то научить, используя специфические методы, приемы и средства обучения, организуя «пошаговое» обучение, глубокую дифференциацию и индивидуализацию обучения, обязательное включение родителей в педагогический процесс.

В последние годы в специальной педагогике широкое распространение получили идеи интеграции. Они распространились также на образование умственно отсталых лиц.

Для детей с незначительной и умеренной степенью умственной отсталости целесообразно создание специальных групп, классов при массовых дошкольных и школьных учреждениях, чтобы дети в первую половину дня могли заниматься с олигофренопедагогом, а на переменах и во второй половине дня быть вместе со всеми, участвовать в различных видах дополнительного образования, праздниках.

Наиболее распространенными формами организации обучения умственно отсталых детей и подростков являются специальные детские сады для детей с нарушением интеллекта и специальные (коррекционные) школы 8 вида.

Раннее начало коррекционной работы с умственно отсталым ребенком позволяет максимально скорректировать дефект и предотвратить вторичные отклонения.

К сожалению, не все формы умственной отсталости могут быть диагностированы в младенчестве и раннем детстве. В этом возрасте выявляются наследственные формы олигофрении и нарушения в строении и числе хромосом, а также выраженная умственная отсталость (имбецильность, идиотия).

Как правило, умственно отсталые дети раннего возраста воспитываются в семье или специальных яслях системы здравоохранения. Коррекционная помощь им может быть оказана в центрах раннего

вмешательства, центрах реабилитации и абилитации и психолого-медико-педагогических консультациях. Умственно отсталые малыши, оставшиеся без попечения родителей, находятся в домах ребенка, а затем в возрасте 3–4 лет переводятся в специализированные детские дома для детей с нарушением интеллекта. Работа с детьми раннего возраста в условиях дома ребенка направлена на обогащение эмоциональных и личностных контактов со взрослыми и сверстниками, удовлетворение потребности в доброжелательном внимании со стороны взрослого и сотрудничестве с ним, потребности в исследовании предметного мира, а также на стимулирование психомоторного развития.

Коррекционная работа с малышами, воспитывающимися в семье, осуществляется при активном участии родителей.

При систематической коррекционной работе родителей с умственно отсталым ребенком раннего возраста под руководством олигофренопедагога могут быть достигнуты значительные успехи в развитии малыша.

В специальных садах оказывается комплексная помощь умственно отсталым детям. Наряду с коррекционно-педагогическими мероприятиями, проводимыми олигофренопедагогами, воспитателями группы, логопедом, психологом, музыкальным работником, осуществляются лечебно-профилактические мероприятия. В большинстве специальных детских садов открыты бассейны, фитобары.

В специальных дошкольных учреждениях соблюдается щадящий, охранительный режим: это прежде всего создание доброжелательной, спокойной атмосферы, предупреждение конфликтных ситуаций, учет особенностей каждого ребенка.

Подготовка к обучению в школе осуществляется в течение всех лет обучения ребенка в детском саду и проходит в трех направлениях: формирование физической готовности; формирование элементарных познавательных интересов и познавательной активности и накопление знаний и умений; формирование нравственно-волевой готовности.

Оказавшись в благоприятных условиях, умственно отсталые дошкольники хорошо продвигаются в развитии, это позволяет подготовить их к обучению в специальной школе.

Дошкольники с умственной отсталостью могут посещать специальные группы при массовых детских садах. Обучение в них проводится, как и в специальных детских садах, по специальным программам.

С 7–8 лет умственно отсталые дети учатся в специальных (коррекционных) школах 8 вида, где обучение ведется по специальным программам на основе отдельного образовательного стандарта. Им также

может быть оказана помощь в центрах социально-трудовой реабилитации.

Основными задачами этих школ являются максимальное преодоление недостатков познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы умственно отсталых школьников, подготовка их к участию в производительном труде, социальная адаптация в условиях современного общества.

В специальной (коррекционной) школе 8 вида преподаются как общеобразовательные предметы (такие, как русский язык, чтение, математика, география, история, естествознание, физкультура, рисование, музыка, черчение), так и специальные (коррекционные).

К коррекционным занятиям в младших классах относятся занятия по развитию речи на основе ознакомления с предметами и явлениями окружающей действительности, специальные занятия по ритмике, а в старших (5–9) классах — социально-бытовая ориентировка (СБО).

Специфической формой организации учебных занятий являются индивидуальные и групповые логопедические занятия, ЛФК и занятия по развитию психомоторики и сенсорных процессов.

Важное место в специальных школах придается трудовому обучению. Оно уже с 4 класса носит профессиональный характер. В процессе обучения труду подростки осваивают доступные им профессии.

Обучение в школе продолжается от восьми до одиннадцати лет. На протяжении всех лет создаются благоприятные условия для развития каждого ученика.

Большое место в специальной (коррекционной) школе 8 вида отводится воспитательной работе, целью которой является социализация воспитанников, а основными задачами — выработка положительных качеств, формирование правильной оценки окружающих и самих себя, нравственного отношения к окружающим. Специфической задачей воспитательной работы в специальной школе является повышение регулирующей роли интеллекта в поведении учеников в разных ситуациях и в процессе разных видов деятельности.

Большинство выпускников специальных (коррекционных) школ 8 вида достаточно хорошо подготовлены к жизни обычного взрослого человека в обществе: они обустраивают свой быт, работают по полученной профессии, являются законопослушными гражданами своей страны. Лишь небольшая их часть, попав в неблагоприятные социальные условия, ведет аморальный образ жизни. Иногда выпускники специальных школ-интернатов испытывают значительные затруднения в решении сложных проблем самостоятельной жизни. Юноши

и девушки, оставшиеся без родителей, выйдя из стен школы, не умеют правильно распорядиться своим имуществом, не всегда в состоянии экономно рассчитать свой бюджет. Они часто становятся жертвами обмана. Необходимо длительное сопровождение выпускников специальных школ социальным педагогом так, как это осуществляется за рубежом.

5.5. Зарубежная практика воспитания, обучения и развития детей с выраженными интеллектуальными нарушениями

В каждой стране воспитание и обучение глубоко умственно отсталых осуществляется по-разному: исходя из экономических условий, исторических традиций, культурного развития, социальной политики.

Выявление потенциальных возможностей лиц с тяжелыми интеллектуальными нарушениями привело к тому, что в развитых странах мира им предоставлено право на образование, которое защищено рядом международных правовых документов.

В странах Западной Европы и США детей с выраженными интеллектуальными нарушениями подразделяют на обучаемых — способных к обучению в массовой общеобразовательной школе с адаптированной индивидуальной образовательной программой, и тренируемых — таких, которые способны лишь к некоторому продвижению в специально организованном обучающем процессе.

Начиная с 70-х годов XX века, во многих западноевропейских странах и США подразделение детей на обучаемых—необучаемых, в отличие от нашей страны, было упразднено.

Ребенку с выраженным интеллектуальным нарушением, по мнению зарубежных специалистов, необходимо с первых дней пребывания в школе в интегрированном классе независимо от дефекта, его глубины и структуры адекватно вести себя среди других детей и обладать простейшими учебными навыками (уметь слушать речь взрослого, выполнять простейшие инструкции, обладать необходимыми навыками самообслуживания). Через специально организованные центры обучения родителей, дошкольные группы в детских садах ведется подготовка детей с глубокой умственной отсталостью к включению в школьное обучение.

Сложившаяся на Западе система обучения и воспитания детей с глубокими интеллектуальными нарушениями предоставляет родителям

или попечителям детей широкий выбор вариантов обучения ребенка как в государственной системе образования, так и в негосударственных образовательных учреждениях. Однако системы и стандартизации в этой области образования нет.

Наиболее важным из последних достижений в области образования детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями является разработка программ раннего вмешательства в развитие. Имеются данные о большой пользе таких программ для детей с резким снижением интеллектуальной деятельности. Отмечается, что IQ возрастает, улучшаются потенциальные возможности развития. Имеются положительные результаты обучения чтению глубоко умственно отсталых детей в рамках программы раннего вмешательства. Установлено, что глубоко умственно отсталые с IQ ниже 32 могут научиться читать и понимать прочитанное. Обучение чтению стало для этих детей составной частью общего речевого развития. Обучение чтению целыми словами (глобальное чтение) приводит к относительному развитию когнитивных навыков, является важным способом «вхождения» в речевую деятельность. Однако ограниченные возможности моторики не позволили перейти этим детям к письму. Отмечено было также и то, что освоенные навыки быстро распадались. Программы раннего вмешательства в развитие детей по обучению чтению, письму, рисованию в основе своей являются тренинговыми, представляют собой отработку множества независимых, но хорошо освоенных отдельных элементов.

Интересен опыт вальдорфских детских садов, где у детей независимо от степени выраженности нарушения интеллекта пытаются развивать эмоционально положительное отношение к окружающим.

В ряде европейских стран дети с физическими и интеллектуальными нарушениями обязательно обучаются в лечебно-педагогических учреждениях. Тех из них, кого не удается обучать, развивают в условиях практической деятельности.

При обучении в дошкольном учреждении детей определяют в различные группы не по возрастной характеристике, а по уровню общего и интеллектуального развития. В этих группах имеется свой вариант обучающей программы, которая определяет минимально необходимые, доступные знания и навыки. Особое внимание уделяется формированию социально-бытовых навыков.

Люди с выраженными интеллектуальными нарушениями имеют право на дальнейшее начальное и профессиональное обучение. Содержание начального обучения представляет собой элементарные знания и умения по чтению, письму, счету.

Разнообразен круг профессий, которые могут освоить лица с выраженными интеллектуальными нарушениями:

- ◆ автослесарное дело;
- ◆ машино- и металлотехника;
- ◆ вязание, плетение;
- ◆ уборка помещений;
- ◆ садоводство, складское хозяйство;
- ◆ уход за больными и др.

Как правило, эти люди обучаются в специальных группах при профессиональных училищах.

За рубежом (типичный пример — Финляндия) существует система «защищенного» труда, при которой умственно отсталые, работая в различных учреждениях, получают либо заработную плату, либо небольшие карманные деньги. В каждом округе есть свои мастерские и трудовые центры для умственно отсталых. В США, Бельгии, других странах существуют заводы и фабрики с высоким уровнем автоматизации производственных операций и контроля производства, на которых трудятся инвалиды, в том числе и умственно отсталые лица.



Рис. 3. День рождения празднуют дети с синдромом Дауна

Специалисты центров социального попечения и защиты осуществляют патронаж лиц с выраженными интеллектуальными нарушениями в целях обеспечения им условий и возможностей самостоятельной жизни.

5.6. Отечественный опыт психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми формами умственной отсталости

На протяжении многих лет в России дети и взрослые с резко сниженной интеллектуальной недостаточностью воспитываются и проживают в специализированных домах-интернатах Министерства социальной защиты (до 1992 года — Министерство социального обеспечения). В соответствии с действующей инструкцией Министерства социальной защиты в дома-интернаты системы социального обеспечения «направляются и принимаются дети с умственной отсталостью в степени имбецильность и идиотия, а также в степени дебильность при наличии нарушений опорно-двигательного аппарата».

В последнее десятилетие во многих городах страны — Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Пскове, Новгороде и некоторых других — открыты лечебно-педагогические центры, которые оказывают медицинскую, психологическую и педагогическую помощь детям с тяжелым нарушением интеллектуального развития, обучая также родителей воспитательной работе.

В последние годы все чаще семьи, в которых появляется ребенок с тяжелым нарушением интеллекта, выражают желание воспитывать такого ребенка дома, а не передавать его в дом-интернат системы социальной защиты. Родители остро нуждаются в психологической и педагогической помощи, чтобы полноценно воспитывать ребенка в семье, однако сложившейся системы психолого-педагогической помощи детям и родителям с первых дней и месяцев жизни ребенка пока нет. Программа содействия лицам с выраженной интеллектуальной недостаточностью и их семьям только начинает реализовываться Министерством социальной защиты.

Отечественные специалисты (А. В. Бабушкина, Я. Г. Юдилевич, А. Р. Маллер, Н. В. Погосов, Н. Г. Полосатова, А. А. Еремина, А. А. Ватажина, Г. В. Цикото и др.) придерживаются мнения о том, что целенаправленное специальное обучение детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями должно начинаться с самого раннего детства. При этом коррекционно-воспитательная работа по содержанию и орга-

низации является иной, чем с детьми с легкой степенью интеллектуальной недостаточности.

Первые программы обучения и воспитания детей с тяжелыми формами умственной отсталости были разработаны отечественными специалистами уже в 60–70-е годы XX века. В 1993 году Министерство социальной защиты наряду с действующей Программой обучения глубоко умственно отсталых детей школьного возраста (1981) рекомендовало также Программу обучения и воспитания детей с выраженными интеллектуальными нарушениями дошкольного возраста. Программы предусматривают развитие и коррекцию всех психических функций детей, расширение круга представлений и понятий, развитие речи, привитие элементарных санитарно-гигиенических навыков и простейших навыков самообслуживания, навыков личной и коллективной организованности, физическую закалку организма и многое другое.

В России в настоящее время проводится изучение возможности открытия специальных школ для детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями: в рамках эксперимента Министерством образования России открыты две школы соответствующего профиля. В программе обучения этих школ представлены основные разделы общеобразовательного цикла, выделены специальные разделы: ознакомление с окружающим, социально-бытовая ориентировка. Такая направленность обучения позволяет хорошо подготавливать детей к достаточно самостоятельной жизни при условии патронажной поддержки. Развитие этого направления в отечественной системе специального образования задерживается из-за ведомственной разобщенности учреждений образования и социальной защиты, отсутствия информационно-педагогической и социально-педагогической работы с населением, несформированности служб социально-педагогической помощи этой категории семей.

Вся коррекционно-педагогическая работа в специальных учреждениях и в домашних условиях направлена на максимальное приспособление лиц с тяжелой интеллектуальной недостаточностью к жизни в окружающей среде, в социуме. Эти люди с удовольствием осваивают простые виды труда, он становится для них потребностью, средством самореализации. Для создания условий получения лицами с тяжелыми интеллектуальными нарушениями доступной им профессиональной или ремесленной подготовки сегодня требуется объединенная работа различных ведомств, специалистов разного профиля: педагогов, научных работников, социальных педагогов, работников сферы управления образованием и социальной защиты.

5.7. Рекомендации педагогам по осуществлению интеграционного обучения детей с умственной отсталостью в условиях общеобразовательной школы

Массовое образовательное учреждение, принимая умственно отсталого ребенка, должно быть готово разделить ответственность за его судьбу, обучение и воспитание с его родителями, учителями-дефектологами. Умственно отсталые дети сегодня достаточно часто поступают в массовые детские сады и общеобразовательные школы. Родители хотят, чтобы их ребенок, несмотря на характер диагноза, воспитывался с нормально развивающимися детьми. Следует в любом случае уважать выбор родителей. Воспитатель и учитель должны быть профессионально готовы к встрече с таким ребенком и взаимодействию с ним.

Умственно отсталый ребенок в группе или в классе нормально развивающихся детей требует особого к себе отношения. Однако воспитатель или учитель массового учреждения не должен этого подчеркивать перед остальными детьми. Педагогу следует помочь ребенку освоиться в коллективе сверстников, постараться подружить его с детьми. Важнее выбрать для него такое место в классе, чтобы в случае затруднений ему легко было оказывать помощь. Ребенок должен посылно участвовать в работе класса (группы), не задерживая темп ведения урока, занятия. Нельзя допускать, чтобы что-либо важное осталось непонятым, так как это может привести к недопониманию учебного материала в дальнейшем.

Педагог общеобразовательного учреждения должен учитывать при обучении умственно отсталого ребенка особенности его познавательной деятельности. Новый учебный материал, необходимый для усвоения, нужно делить на маленькие порции и представлять для усвоения в наглядно-практических, деятельностных условиях, закрепление проводить на большом количестве тренировочных упражнений, многократно повторять усвоенное на разнообразном материале.

Обучение умственно отсталого дошкольника и школьника в массовом учреждении требует повседневного участия родителей, так как основную часть коррекционной работы проводят именно они. Ребенку необходима регулярная специализированная помощь олигофренопедагога и психолога, а родителям и учителю — его консультации.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение умственной отсталости.
2. Чем отличаются понятия «олигофрения» и «деменция»?

3. Каковы различия в клинической картине между олигофренией и деменцией?
4. Дайте психолого-педагогическую характеристику детям с дебильностью, имбецильностью и идиотией.
5. Как соотносятся классификация степеней умственной отсталости Э. Крепелина и Всемирной организации здравоохранения 10 пересмотра?
6. Охарактеризуйте отношение общества к умственно отсталым лицам в разные периоды его развития.
7. Какова современная социальная политика в отношении умственно отсталых лиц?
8. Перечислите актуальные проблемы обучения, воспитания и развития умственно отсталых детей.
9. Каким образом в России оказывается психолого-педагогическая помощь детям с тяжелыми формами умственной отсталости?
10. В каком состоянии находится зарубежная практика воспитания, обучения и развития детей с выраженными интеллектуальными нарушениями?
11. Каковы рекомендации педагогам по осуществлению интеграционного обучения детей с умственной отсталостью в условиях общеобразовательной школы?

5.8. Материалы для семинарского занятия

Основные понятия Умственная отсталость, олигофрения, деменция, идиотия, имбецильность, дебильность, дифференциальная диагностика, олигофренопсихология, олигофренопедагогика, коррекционно-воспитательная работа.

Методические указания для подготовки к семинарскому занятию Главное в этой теме — показать специфику психического развития умственно отсталых детей. При этом нужно иметь в виду определение таких основополагающих понятий, как «умственная отсталость», «олигофрения», «деменция», причины их возникновения, а также характеристику степеней умственной отсталости. Важно уяснить не только содержание понятий, но и сопоставить качественную характеристику снижения интеллекта (Россия) с количественной (зарубежные страны).

Раскрывая особенности психического развития умственно отсталых дошкольников, важно обратить внимание на роль коррекционно-

го обучения: без специальной педагогической помощи в детском саду они оказываются не готовыми к школьному обучению. Этот вопрос предназначен для самостоятельного изучения, поскольку он достаточно освещен в литературе (№ 6, 7, 11).

Особое внимание следует уделить клинико-психолого-педагогической характеристике основного контингента специальных (коррекционных) школ 8 вида — учащихся с олигофренией у детей в степени дебильности. Для этого следует обратиться к исследованиям М. С. Певзнер, которая выделила четыре формы олигофрении и предложила психолого-педагогические рекомендации для их обучения, воспитания и развития. Характеризуя образование как средство реабилитации и достижения независимой жизни, необходимо отметить специфическую задачу воспитательной работы в специальных учреждениях: повышение регулирующей роли интеллекта в поведении учеников, в разных ситуациях и в процессе разных видов деятельности. Важным является рассмотрение решения проблемы помощи лицам с интеллектуальной недостаточностью за рубежом, а также путей интеграции в нашей стране.

Психолого-педагогическая характеристика детей с недоразвитием психических процессов

Олигофрения — это состояние общего недоразвития психики в результате наследственной обусловленности либо внутриутробного поражения головного мозга. В зависимости от степени нарушения выделяются *дебильность, имбецильность и идиотию*.

Идиотия — наиболее глубокая степень психического недоразвития ($IQ = 0-5$), характеризуется практически полным отсутствием мышления.

У этих больных полностью отсутствуют навыки опрятности, они не способны к элементарному самообслуживанию. У них с трудом формируются навыки ходьбы, в моторике преобладают стереотипные раскачивания. Речь отсутствует, ребенок издает отдельные звуки, иногда произносит отдельные слова, употребляемые вне ситуации. Эмоции связаны с удовлетворением безусловно-рефлекторных потребностей (реакция на голод, тепло, холод, боль). Формы выражения эмоций примитивны: крик, двигательное возбуждение, агрессия. Возможно формирование привязанности к кому-либо из ухаживающих. В целом непригодность к самообслуживанию.

Имбецильность характеризуется меньшей степенью недоразвития психики, элементарным мышлением, наличием недоразвитой речи. Выделяются следующие степени имбецильности:

- 1) *глубокая имбецильность* — приближается к идиотии (IQ = 5–19), но этим больным доступно формирование навыков опрятности. Они узнают близких, реагируют на их привычные просьбы, используют отдельные слова с целью общения. Фразовая речь отсутствует;
- 2) *резко выраженная имбецильность* (IQ = 20–34). Дети способны к усвоению не только навыков опрятности, но и элементарному самообслуживанию. Речь бедная, однако состоит из фраз по 2–3 слова, которые употребляются в связи с реальными повседневными ситуациями;
- 3) *умеренная имбецильность* (IQ = 35–49). Больной имеет фразовую речь, может узнавать и воспринимать буквы, слоги, простые слова. Возможно обучение простым трудовым навыкам. Определяется в возрасте 1–3 лет. У детей резко запаздывает формирование моторных навыков: они позже своих сверстников начинают держать голову, сидеть, ходить; долгое время отсутствуют точные движения рук: ребенок не хватает и не удерживает игрушки, ложку. Отсутствует интерес к игрушкам, поздно формируется фиксация взгляда на предметах. У детей 2–4 лет затруднено понимание обращенной к ним речи, отсутствует собственная речь. В дальнейшем обращает на себя внимание бедность игры (которая ограничивается манипуляциями с предметами), несформированность навыков опрятности и самообслуживания. При умеренной имбецильности в младшем школьном возрасте отмечается неумение правильно называть цвета, геометрические формы. Не удается обучение понятию числа, времени. При патопсихологическом обследовании имбецилов школьного возраста отмечается недоразвитие узнавания предметов по изображению. Недоступно установление связи и последовательности событий в сериях из 2–3 сюжетных картинок.

Дебильность — легкая умственная отсталость, которая характеризуется конкретностью мышления, неспособностью к творческой деятельности, примитивностью интересов и чувств. Понятие числа не сформировано, нет представлений о сохранении количества предметов при их перемещении (феномен Пиаже). Недостаточный запас знаний об окружающей действительности: ребенок часто не знает своей фамилии, адреса, имени и отчества родителей, времен года и т. д. В отличие от более тяжелых форм олигофрении, при дебильности (у ребенка 7–8 лет) имеется фразовая речь, доступно понимание относи-

тельно сложных инструкций (например, «Возьми со стола эту книгу, достань из нее открытку и отдай эту открытку мне»). Эмоции в основном адекватны, однако встречается повышенная заторможенность или вспыльчивость, упрямство.

В ходе дальнейшего развития детей с дебильностью продолжает отмечаться недостаточность абстрактного мышления, низкая критичность, трудность приобретения навыков, отсутствие творческих возможностей. Личностное развитие при дебильности отличается от нормы: сохраняется повышенная внушаемость, инертность, склонность к устоявшимся житейским стереотипам. При резком изменении привычного течения жизни возможно возникновение реактивных состояний, вплоть до психопатических.

В подростковом возрасте за счет гормональной перестройки организма и недостаточности тормозящих механизмов возможно возникновение гиперсексуальности, нарушение полового влечения. В некоторых случаях отмечаются нарушения поведения, стремление к бродяжничеству. Подростки с дебильностью могут быть участниками антисоциальных группировок, но никогда не занимают в них лидирующих позиций.

При патопсихологическом обследовании ребенка с дебильностью (при поступлении в школу либо в младшем школьном возрасте) отмечаются специфические особенности психических процессов. Для них доступно опознание простых бытовых предметов по картинкам, восприятие более сложных сюжетных изображений не всегда адекватно. Недостаточно развито произвольное внимание, иногда отмечается инертность, тугоподвижность психических процессов; иногда — неспособность к концентрации внимания, неусидчивость и двигательная расторможенность. Работоспособность в целом не нарушена, однако отмечаются большая продуктивность при выполнении стереотипной, механической работы и реакции пресыщаемости при необходимости осмысления заданий.

Часто встречается инертность психических процессов, замедленный темп сенсомоторных реакций. Механическое запоминание успешно либо несколько затруднено. Речь формируется со значительным запаздыванием: длительно сохраняются короткие фразы, аграмматизмы, нарушения звукопроизношения. Жесты используются редко и малоэффективно. Игра ребенка примитивнее, чем у сверстников, преобладает предметно-манипулятивный уровень. При сюжетной игре отмечается стереотипность, отсутствие развития сюжета.

Оказание обучающей помощи практически не влияет на результаты деятельности. Испытуемый не способен к усвоению навыка и переносу

су его на аналогичные задания. Отмечается узость «зоны ближайшего развития» (Л. С. Выготский).

Испытуемый безразличен к оценке, поощрению со стороны экспериментатора. Ребенок не способен критически оценить уровень своих достижений и не интересуется мнением взрослого об этом. Самооценка у детей с дебильностью в основном завышена. В ходе беседы испытуемые оценивают свой интеллект как самый высокий, у своих товарищей-дебилов — как несколько худший, а у нормального взрослого (педагога) — как самый низкий.

Уровень достижений при выполнении графических проб ниже возрастной нормы, но (в отличие от детей с имбецильностью) на рисунке у человека есть голова, конечности, туловище, однако отсутствуют шея, уши, одежда, количество пальцев не соответствует норме.

При правильном обучении и воспитании детей с дебильностью возможна их адаптация к самостоятельной жизни: освоение трудовых навыков, умение распоряжаться деньгами, обслуживать себя и членов своей семьи.

Существует богатый зарубежный опыт по обучению детей с олигофренией. Однако поскольку он уже довольно широко известен в нашей стране, нам хотелось бы более подробно остановиться на опыте обучения и социальной адаптации детей с болезнью Дауна (Англии, США, Канады). Разработанная программа включает в себя медицинский, психологический и педагогический аспекты. При этом учитывается неоднородность развития интеллекта и способностей у больных с болезнью Дауна.

В качестве психолого-педагогической коррекции предлагается ранняя, в возрасте до 1 года, психолого-педагогическая помощь больным детям и их родителям. Эта помощь включает в себя сенсорную, эмоциональную стимуляцию, упражнения по развитию речи и моторики. Дети с болезнью Дауна приблизительно в 40 % случаев способны овладеть навыками чтения и письма. Занятия по обучению чтению способствуют развитию устной речи.

Несмотря на эту систему ранней помощи, дети с болезнью Дауна нуждаются в обучении в специальных школах.

Практические задания

Решите следующие психолого-педагогические задачи.

Задача 1. Наташа С., 3 года, обследуется в условиях психиатрического стационара с целью установления места дальнейшего пребывания. Из истории болезни известно, что мать оставила ребенка в родильном доме, отец неизвестен. В течение пер-

вого года жизни Наташа страдала рахитом, отставала в росте и весе. Перенесла корь, ветряную оспу, два раза пневмонию. При терапевтическом обследовании обнаружены отставание в росте и весе, дисбактериоз, хронический тонзиллит. В настоящее время девочка должна быть переведена из дома ребенка в детский дом. Она ходит, самостоятельно ест, использует фразы из 2–3 слов.

При патопсихологическом обследовании Наташа доступна контакту, выполняет простые инструкции, по просьбе может взять и положить различные игрушки. Знает название частей тела, может их показать. Речь развита слабо, но при оказании помощи возможно повторение фразы из 4–5 слов. Составление рассказа по картинкам недоступно, пересказ текста тоже. Рисунок на уровне каракулей. Эмоциональные реакции живые, адекватные, зависят от поощрения. Выражена истощаемость, неустойчивость внимания. При проведении обучающего эксперимента возможно усвоение и перенесение способов действия.

1. Какое нарушение развития можно предположить?

2. В каком типе дошкольного учреждения надо находиться девочке?

Задача 2. Ваня М., 5 лет, находится на лечении и обследовании в условиях стационара в связи с ночным энурезом. Из беседы с матерью известно, что ребенок родился недоношенным, в течение первого месяца жизни находился в отделении патологии новорожденных. Отставало формирование навыков: сидеть Ваня стал к 9 месяцам, ходить в 1 год и 3 месяца, отдельные слова стал произносить в 1 год и 2 месяца, фразовая речь появилась к 4 годам. Ночной энурез отмечается непрерывный, частый, иногда до двух раз за ночь. Сейчас мальчик веселый, подвижный, посещает детский сад. Воспитательница жалуется, что он часто дерется, неусидчивый, не справляется с учебной программой старшей группы, с трудом одевается, не умеет завязывать шнурки, застегивать пуговицы.

При патопсихологическом обследовании испытуемый охотно беседует, играет. Внимание неустойчиво, выполнение заданий прерывается шумной игрой, беганием по кабинету. Рисунок человека на уровне «головонога». Ребенок может собрать разрезанные картинки из 2-х фрагментов, с помощью экспериментатора — из 3-х. Механическое запоминание — нижняя граница нормы, смысловое (построение фразы) — значительно лучше. Доступны простые обобщения: «игрушки», «еда», «животные». Для выполнения всех заданий необходимо постоянное привлечение внимания, пошаговые инструкции. Самооценка завышена, представление о мнении окружающих не сформировано.

1. Какой тип нарушения развития у Вани?
2. Какие можно дать рекомендации?

Задача 3. Костя Б., 7 лет, находится на обследовании с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что ребенок родился в срок, отставал в раннем развитии: голову держал в 4 месяца, сидеть научился к 9 месяцев, ходить — в 1 год и 5 месяцев. Отдельные слова появились к 2 годам, фразовая речь — к 4 годам. В детском саду программу не усваивал. К настоящему моменту ребенок знает отдельные буквы, может назвать цифры от 1 до 10.

При патопсихологическом обследовании ребенок с трудом вступает в контакт, не интересуется заданиями и игрушками.

Объем внимания недостаточен. Работоспособность равномерно низкая. Темп сенсомоторики медленный. Доступны простые обобщения: «еда», «посуда», более сложные — невозможны. Запас знаний недостаточен. Испытуемый не знает имени и профессии родителей, своего домашнего адреса.

Рисунок человека на уровне «головонога». Счет недоступен. Реакция на оказание помощи, поощрение отсутствует. Критичность к достижениям неразвита, самооценка не сформирована.

1. Какой тип нарушенного психического развития отмечается в данном случае?
2. Возможно ли обучение в обычной школе?
3. К какому специалисту следует направить ребенка?

Задача 4. Таня В., 7 лет. Обратилась мама с девочкой с целью определения школьной готовности. Со слов мамы известно, что девочка родилась в срок, в течение первого года жизни развивалась успешно, своевременно научилась сидеть и ходить. Отдельные слова появились в 1 год и 3 месяца, фразовая речь — к 3 годам. На помещение в детский сад была сильная стрессовая реакция, девочка плакала, не спала, ни с кем не общалась. В связи с этим через 2 недели была забрана из садика и до 7 лет воспитывалась дома.

Сейчас Таня знает буквы, счет в пределах 10 пересчетом, несколько отстает в росте и весе от сверстников. При обследовании девочка с трудом привлекается к выполнению заданий, ходит по кабинету, играет игрушками.

Объем и переключаемость внимания — в норме, произвольная концентрация затруднена. Интеллект — в границах возрастной нормы, но испытываемая не может самостоятельно заметить ошибки в выполнении заданий. Отмечается несформированность понятия числа, затруднение фонематического анализа и синтеза. Задания воспринимаются

при предъявлении их в игровой форме: оценкой своей успешности девочка не интересуется, на поощрение реагирует слабо. В тесте на креативность вопросы предметно-познавательные, бытовые: «Сколько стоит “Сникерс”?» Эмоции живые, лабильные, самооценка завышена, слабо дифференцирована.

1. Какой тип нарушения психического развития у Тани?

2. Консультация каких специалистов желательна?

Задача 5. Саша Ж., 11 лет. Направлен на обследование по инициативе классного руководителя. Со слов учителя известно, что ребенок учится крайне неравномерно, не усваивает программу 5-го класса, прогуливает, на уроке отвлекается, мешает другим заниматься. Часто приносит в школу игрушки. Из беседы с мамой выяснилось, что у ребенка в течение первых 2-х лет жизни было сотрясение мозга, он перенес тяжелую форму кори. При патопсихологическом обследовании испытывает особый интерес к заданиям не проявляет, но справляется с ними. Объем и произвольная концентрация внимания недостаточны. Отмечается истощаемость по гиперстеническому типу. Механическое запоминание затруднено; ассоциативное — несколько лучше. При обследовании интеллекта отмечается неравномерность его развития: выполнение вербальных тестов на уровне нижней границы нормы, невербальных — успешно, понимание пословиц затруднено. Недостаточная способность к аналогии. Отмечаются нарушения мелкой моторики, точной координации движений, фон настроения неустойчивый, выражена двигательная расторможенность. Оказание помощи и поощрение улучшают результаты. Самооценка низкая, выраженная уверенность в негативном отношении со стороны взрослых. Познавательные интересы развиты слабо, отмечается умеренная школьная тревожность.

1. Какой тип нарушений психического развития отмечается?

2. В чем состоит первичный дефект и вторичные личностные реакции?

Задача 6. Толя А., 14 лет. Испытуемый направлен на судебно-психологическую экспертизу с целью определения соответствия возрасту. Из материалов уголовного дела известно, что испытуемый обвиняется в краже из ларька, совершенной в группе с более старшими подростками. В школьной характеристике указано, что Толя дублировал 1-й и 2-й класс, не успевает по нескольким предметам, часто прогуливает занятия. Физическое развитие замедлено, рост и вес ниже нормы, половое созревание не началось. При патопсихологическом обследовании отмечается, что внимание испытуемого неустойчиво, отношение к заданиям избирательное.

Работоспособность неравномерная, отмечаются кратковременные фазовые колебания внимания. Механическое запоминание успешно. Доступно выполнение исключений, обобщений, аналогий. Невербальный интеллект соответствует норме, вербальный — нижняя граница нормы. Креативность крайне низкая.

Самооценка слабо дифференцирована, самооценочные суждения незрелые, зависят от мнения более старших подростков. Уровень притязаний низкий, неустойчивый. Круг интересов ограничен, познавательные интересы не развиты, преобладает игровая мотивация. Эмоции крайне лабильны. Отмечается высокая внушаемость.

1. Какой тип нарушений психического развития отмечается в данном случае?
2. Соответствует ли психическое и личностное развитие испытуемого паспортному возрасту?

Задача 7. Оля С., 16 лет. Девочка находится на стационарном обследовании с целью решения вопроса об инвалидности. Из истории болезни известно, что роды у матери проходили патологически: извлечение при помощи щипцов. Раннее развитие запаздывало: головку держать девочка стала к 5 месяцам, сидеть — в 9, ходить — в 1 год и 9 месяцев. Отдельные слова — к 1,5 годам, фразовая речь — к 4-м. Детский сад Оля не посещала, в 8 лет пошла в первый класс обычной школы. Несмотря на неоднократные предложения педагогов, мать не обращалась в психолого-медико-педагогическую консультацию, девочка продолжала учебу в обычной школе, дублируя 1-й и 5-й класс. В настоящее время она закончила 9 классов, не аттестована по большинству предметов. Нарушений в поведении нет. Оля житейски не ориентирована, выходит из дому только вместе с матерью, отличается высокой тревожностью. При патопсихологическом обследовании контакт затруднен, выражена тревожность, реакции пассивного протеста.

Объем и концентрация внимания недостаточны. Механическое запоминание затруднено; ассоциативное — ухудшает результаты. Исключение и обобщение производятся по конкретно-ситуативным признакам. Классификация также по конкретно-ситуативным признакам. Понимание пословиц, поговорок, аналогий недоступно. Критичность недостаточна. Оказание помощи не улучшает результаты. Самооценка занижена, недифференцирована. Усвоение школьных навыков резко недостаточно: чтение с ошибками, затруднено понимание прочитанного, решение задач на 2 действия недоступно.

1. Какой тип нарушения психического развития имеет место?
2. В чем состоят первичный и вторичный дефекты?

Вопросы для обсуждения

1. Определение понятий «умственная отсталость», «олигофрения», «деменция».
2. Причины возникновения умственной отсталости.
3. Особенности психического развития умственно отсталых дошкольников, пути и средства их воспитания и обучения.
4. Психолого-педагогическая характеристика учащихся специальных (коррекционных) школ 8 вида для детей с нарушениями интеллекта.
5. Образование как средство реабилитации и достижения независимой жизни лицами с интеллектуальной недостаточностью.

Литература

для подготовки к семинарским занятиям

1. *Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф.* Психологическая диагностика интеллекта и личности. — Киев, 1978.
2. *Власов Т. А., Певзнер М. С.* О детях с отклонениями в развитии. — М., 1973.
3. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / Под ред. В. В. Воронковой. — М., 1994.
4. *Забрамная С. Д.* Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. — М., 1993.
5. *Замский Х. С.* Умственно отсталые дети: история их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. — М., 1995.
6. *Катаева А. А., Стребелева Е. А.* Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. — М., 1993.
7. *Катаева А. А., Стребелева Е. А.* Дошкольная олигофренопедагогика. — М., 1998.
8. Коррекционная педагогика / Под ред. Б. П. Пузанова. — М., 1999.
9. *Маллер А. Р., Цикото Г. В.* Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубоким нарушением интеллекта. — М., 1998.
10. *Матасов Ю. Т.* Психические процессы и свойства личности умственно отсталых детей. — Л., 1981.

11. *Матасов Ю. Т.* Обучение и воспитание умственно отсталого ребенка. — М., 1981.
12. Олигофренопедагогика / Под ред. Б. П. Пузанова. — М., 2000.
13. *Петрова В. Г., Белякова И. Е.* Психология умственно отсталого ребенка (олигофренопсихология). — М., 1996.
14. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка / Сост. А. Д. Виноградова. — М., 1985.

Глава 6

Психология детей с задержкой психического развития (ЗПР) и основные направления коррекционно-развивающего обучения

Краткое содержание темы. История развития представлений о ЗПР. Понятие и классификация ЗПР. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с временной задержкой психического развития по К. С. Лебединской. Общие черты психического развития младших школьников с ЗПР, особенности их обучения. Дифференциальная диагностика ЗПР от сходных состояний.

6.1. Представления о ЗПР и их классификации

При исследовании ребенка с отклонениями в развитии в центре внимания психолога стоит вопрос о классификации основных психических расстройств, их структуры и степени выраженности. В отношении детского возраста психологическая оценка нарушений развития не может быть полной, без учета отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится ребенок.

Чем раньше произошло поражение мозга, тем чаще в картине дизонтогенеза будет выступать компонент психического недоразвития. Явления асинхронии, т. е. отсутствие необходимого взаимодействия между отдельными системами, приводят к возникновению изоляции, патологической акселерации, регресса ряда психических функций, что задерживает формирование новых психических процессов, необходимых для нормального развития мозга.

Дети с задержкой психического и психофизического развития различного генеза составляют 5 % от общего числа учеников, обучающихся в начальных классах общеобразовательных школ. Поэтому одной из важнейших задач современной практической психологии является

психологическая коррекция отклонений развития и вневрачебная помощь детям, имеющим трудности в обучении.

Дети, не являющиеся умственно отсталыми, но не могущие освоить программу начальных классов в установленные сроки, составляют примерно 10 %.

Для обозначения этой группы детей с наиболее легкими отклонениями в развитии, остающихся в рамках нормы, приняты различные термины — «задержка интеллектуального развития», «замедленный темп развития» и т. д. В международной классификации болезней и причин смерти Всемирной организации здравоохранения (1965) принят термин «пограничная умственная отсталость». Такое разнообразие терминологических обозначений свидетельствует о сложности клинической идентификации психических расстройств у детей, отстающих в развитии. Мы пользуемся распространенным в отечественной научной литературе термином «задержка психического развития» (ЗПР).

Касаясь истории данного вопроса, следует отметить описанные А. Бине и Т. Симоном (1911) группы «псевдонормальных» учащихся. Сюда были включены «отсталые в педагогическом отношении» и соматически больные дети. В. Филипп и П. Бочкур (1911) выделили среди неуспевающих школьников группу «Субнормальных учеников», куда вошли дети со «смягченными формами» умственной отсталости и психическим инфантилизмом, низкая обучаемость которых имеет временный характер. Авторы назвали эту группу детей временно ненормальными.

Большое внимание вопросу клинической дифференциации неуспевающих школьников уделяли и отечественные исследователи.

И. Борисов (1925) выделил группу детей «с пониженным общим развитием», отличающихся от педагогической запущенности и олигофрении. По его данным, число таких детей с возрастом постепенно уменьшалось. Е. М. Захарьян и М. А. Голозко (1928), сопоставив психофизическое состояние 150 «трудных» и неуспевающих в учебе детей с аналогичными данными контрольной группы здоровых, дисциплинированных и хорошо успевающих сверстников, выявили у первых явления физической незрелости, плохое общее развитие, узость интересов, слабую память, заторможенность психических процессов, недоразвитие эмоций и пониженный психический тонус. У некоторых из них наблюдались беспечность, эгоцентризм, чрезмерная двигательная активность.

С. И. Федоров (1936) среди 500 неуспевающих школьников выделил детей с задержкой развития, отличающихся слабым здоровьем

и физической незрелостью. Автор разработал оригинальные методы оценки ряда сторон интеллекта: восприятия, памяти, внимания, комбинаторно-конструктивных способностей, способности к систематизации, логики. Сравнение с данными обследования нормально развитых сверстников выявляло степень задержки развития (1–2 года). С. И. Федоров отметил, что при задержке развития характер снижения интеллектуального уровня отличается от такового при олигофрении. В частности, было установлено, что при олигофрении относительно лучше развита механическая память и хуже — способность к систематизации и логика. При задержке развития, несмотря на некоторое недоразвитие исследуемых психических свойств, общий уровень выше, чем при олигофрении, и более сохранны самые сложные функции (абстрактное мышление).

Н. И. Озерецкий (1938) установил, что в замедленном темпе развития потенциальные возможности значительно выше, чем при олигофрении, и их реализация зависит от правильной организации педагогической и воспитательной работы с детьми.

Для выделения детей с ЗПР существуют различные приемы. В зарубежных странах широко распространены психометрические методы оценки уровня интеллектуального развития, на которых основываются существующие группировки интеллектуальной недостаточности.

W. Stern (1920) описывает на этом основании группу «спорных дебилов». L. Schenk-Danzinger (1954) выделяет «пограничных дебилов» среди детей с интеллектуальным коэффициентом (IQ) в области 60–90 единиц.

В английском школьном законодательстве отражена группировка C. Burt (1955), по которой при легких отклонениях (IQ — интеллектуальный коэффициент — равен 85–70 единиц) имеет место *backwardness* («школьная отсталость») или *mental dullness* («умственная тупость»). Срок обучения детей со школьной отсталостью удлинён на 2–3 года.

По Д. Векслеру (1965) следует различать слабый интеллект (IQ равен 90–80 единиц) и пограничные случаи слабоумия (IQ равен 80–70 единиц). В градации интеллектуальной недостаточности, принятой в 1959 году американской ассоциацией психиатров, выделена пограничная умственная отсталость (IQ равен 86–68 единиц). Однако результаты тестовых исследований в значительной мере зависят от социокультурного влияния (Т. А. Власова, 1968, Д. Е. Мелехов, 1970, и др.) и могут быть использованы лишь как вспомогательный метод (Д. Н. Исаев и Л. И. Лычагина, 1971).

В настоящее время широко используется следующее определение ЗПР.

Задержка психического развития — это замедление темпа развития психики ребенка, которое выражается в недостаточности общего запаса знаний, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности.

ЗПР является пограничным состоянием между нормой и умственной отсталостью. Это понятие, которое говорит не о стойком, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается у ребенка при поступлении в школу. В отличие от детей, страдающих олигофренией, эти дети достаточно сообразительны в пределах имеющихся знаний, значительно более продуктивны в использовании помощи. При этом в одних случаях на первый план будет выступать задержка развития эмоциональной сферы (различные виды инфантилизма), а нарушения в интеллектуальной сфере будут выражены нерезко, в других случаях, наоборот, будет преобладать замедление развития интеллектуальной сферы.

Незрелость эмоциональной сферы и недоразвитие познавательной деятельности будут иметь и свои качественные особенности, обусловленные типом данной аномалии развития.

В этиологии ЗПР играют роль конституционные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и, главным образом, органическая недостаточность нервной системы. Т. А. Власова и М. С. Певзнер при систематике ЗПР различают две ее основные формы:

- 1) ЗПР, обусловленная психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы);
- 2) ЗПР, обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

Переходя к современным представлениям о ЗПР, следует вновь подчеркнуть чрезвычайную актуальность изучения этой группы неуспевающих младших школьников.

Г. А. Победоносцев отмечает приблизительно у 80 % неуспевающих детей общую соматическую ослабленность, т. е. указывает на объективные трудности, обусловленные состоянием самих школьников. В постановлении сессии Академии медицинских наук СССР (1971) подчеркивалось, что 20–25 % учащихся, дублирующих отдельные классы начальной школы, не успевают именно по состоянию здоровья.

Т. А. Власова и М. С. Певзнер (1967, 1973) указывают на то, что в клинической практике под задержкой психического развития понимают интеллектуальные расстройства, обусловленные недоразвитием эмоционально-волевой сферы (психический инфантилизм) либо недоразвитием познавательной деятельности вследствие ранних органических поражений головного мозга (чаще в форме церебрастенических состояний) или генетическим дефектом.

Т. А. Власова, М. С. Певзнер (1967, 1973), К. С. Лебединская (1975), В. В. Ковалев (1975) рассматривают интеллектуальные расстройства при ЗПР как следствие дизонтогенеза. К дизонтогенетическим формам пограничных состояний интеллектуальной недостаточности В. В. Ковалев относит общую задержку развития (чаще по типу психического инфантилизма), частичную задержку умственного развития (речевого, психомоторного, школьных навыков: чтения, письма, счета).

Ряд ученых (Л. С. Выготский (1931), Т. А. Власова (1956, 1967, 1972), М. С. Певзнер (1965), Т. А. Власова и К. С. Лебединская (1975)) подчеркивают, что психический дизонтогенез в детском возрасте всегда проявляется в сочетании явлений повреждения одних функций и недоразвития других, тесно связанных с поврежденными функциями.

Среди клинических форм задержки психического развития, как уже отмечалось, большое место занимает *инфантилизм*, который первоначально описывался как комплекс соматических признаков. В 1901 году G. Anton выделил общий и частичный инфантилизм, обусловленный заболеванием эндокринных желез, интоксикациями родителей и пр. А также автор выделил формы инфантилизма с недоразвитием отдельных органов, систем и психический инфантилизм.

По Л. С. Выготскому (1931) инфантилизм представляет собой расстройство процесса инволюции. Ребенок переходит в очередной возрастной период, сохраняя черты, присущие более раннему возрасту.

Существуют расхождения во взглядах на трактовку инфантилизма: одни оценивают описанные состояния как вариант олигофрении (С. С. Мнухин, 1959), другие — как вариант задержки развития (И. А. Юркова, 1960).

В настоящее время инфантилизм рассматривается как аномалия развития, в ряде случаев инфантилизм расценивается как временное состояние, которое в зависимости от клинической картины в детском возрасте может иметь благополучную динамику, описанную в научной литературе как «инфантильно-грацильный» и «гармонический инфантилизм».

Исследователи полагают, что психический инфантилизм может явиться почвой для формирования различных типов психопатии.

Первая клиническая классификация инфантилизма дана Г. Е. Сухаревой, подразделяющей его на две группы: гармонический и дисгармонический.

В рамках дисгармонического инфантилизма Г. Е. Сухарева описывает следующие 3 варианта:

- 1) инфантилизм с более грубыми отклонениями в эмоционально-волевой сфере: повышенной возбудимостью, раздражительностью. Такие дети «угрожали» в смысле возможности развития психопатии;
- 2) инфантилизм, сочетающийся с гипогенитализмом, гипофизарным субанизмом и другими видами патологии;
- 3) органический инфантилизм с некоторой упрощенностью эмоциональной сферы, нестойкостью и малой дифференцированностью привязанностей, тугоподвижностью мышления.

При гармоническом инфантилизме психическое развитие ребенка соответствует более младшему возрасту, нередко сочетается с соответствующими пропорциями телосложения.

Классификация М. С. Певзнера включает следующие клинические варианты:

- ◆ инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте. В последних работах автора этот вариант стал именоваться неосложненной формой инфантилизма;
- ◆ инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;
- ◆ инфантилизм, осложненный церебрастеническим синдромом. М. А. Певзнер связывает инфантилизм с недоразвитием лобно-диэнцефальных систем.

В. В. Ковалев (1973) делит психический инфантилизм на две основные разновидности: простой (неосложненный) и осложненный. Гармоничное сочетание черт детскости в психике имеет место только для младшего возраста. В дальнейшем структура личности становится в большей или меньшей мере дисгармоничной. Среди клинических вариантов осложненного психического инфантилизма В. В. Ковалев выделяет также церебрастенический и неврастенический варианты, а также вариант сочетания психического инфантилизма с парциальной психической акселерацией, встречающийся у детей с хроническими соматическими заболеваниями, например, при врожденном пороке сердца.

Г. Е. Сухарева, М. С. Певзнер, И. А. Юркова считают основными признаками инфантилизма недоразвитие аффективно-волевой сферы с яркостью эмоций и их влиянием на поступки и действия, поверхностный, игровой характер интересов, слабую способность к волевому усилию, повышенный фон настроения.

В возникновении инфантилизма большое значение придается как наследственным факторам, так и экзогенным. В. П. Кудрявцева (1956) указывает на роль перенесенных в раннем детстве длительных желудочно-кишечных заболеваний. З. И. Лятс (1967) описал инфантилизм у детей 3–4 лет, родившихся у матерей, болевших токсоплазмозом. Б. А. Гиляровский (1931), Н. И. Озерецкий (1938) наблюдали инфантильных детей, родители которых страдали хроническими инфекционными заболеваниями (туберкулез, сифилис), хроническим алкоголизмом. Г. Е. Сухарева (1965) подчеркивает заметное развитие патологии при повторных и длительных инфекционных заболеваниях в раннем возрасте.

У. Billkewlez (1966) указывает на роль голодания матери во время беременности. Реализация экзогенных вредностей осуществляется через эндокринную систему плода. Авторы-исследователи указывают на важность определения доли наследственности факторов в этиологии форм недоразвития.

В дальнейшем большой вклад в развитие понятий о ЗПР и основах обучения детей внесли К. С. Лебединская, В. В. Ковалев, З. И. Калмыкова, Т. В. Егорова и др. В последние годы это направление возглавляет С. Г. Шевченко, заведующая сектором детей с трудностями в обучении НИИ Коррекционной педагогики РАО.

К. С. Лебединская, исходя из этиологического принципа, различает четыре основных варианта ЗПР:

- ◆ ЗПР конституционального происхождения;
- ◆ ЗПР соматогенного происхождения;
- ◆ ЗПР психогенного происхождения;
- ◆ ЗПР церебрально-органического генеза.

В клинко-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов ЗПР имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

При *ЗПР конституционального происхождения* инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения человека, отличающегося детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени

развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста: яркость и живость эмоций, преобладание эмоциональных реакций в поведении, в проявлении игровых интересов, высокой внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки, и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной деятельностью. Школа для них является продолжением игры, они приносят с собой кукол, забираясь с ними под парту. Психологи советуют родителям таких детей не отдавать их рано в школу, дать им возможность «доиграть». В первом классе малая направленность на длительную интеллектуальную деятельность сопровождается неумением подчиняться правилам дисциплины (Т. А. Власова, М. С. Певзнер). Следует помнить, что незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию. Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу (Г. Е. Сухарева и др.).

Нередки случаи сомато-психического инфантилизма в семье. «Инфантильная» конституция может быть сформирована и в результате негрубых обменно-трофических заболеваний, перенесенных на первом году жизни (К. С. Лебединская и др.).

При *соматогенной ЗПР* эмоциональная незрелость обусловлена длительными хроническими заболеваниями, пороками в развитии сердца и т. д. Снижение физической активности в данном случае стимулирует недостаток информации, становление жизненно важных психических функций тормозится. Хроническая физическая и психическая астения задерживают развитие активных форм деятельности, способствуют формированию таких черт характера, как робость, боязливость, неуверенность в своих силах. Эти же свойства в значительной степени обуславливаются созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов. Таким образом, к явлениям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки. Таких детей легко отличить от обычных сверстников: они не пытаются самостоятельно отвечать на поставленные им элементарные вопросы, а если и отвечают, все время оглядываются на маму, одобрит ли она их ответ или нет.

ЗПР психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, при раннем возникновении и длительном воздействии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обуславливающие патологическое развитие его личности. Так,

в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности по типу психической неустойчивости: неумение тормозить свои эмоции, желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности. В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду. В психотравмирующих условиях воспитания, когда преобладают жестокость либо грубая авторитарность, нередко формируется невротическое развитие личности, при котором ЗПР будет проявляться как отсутствие инициативы и самостоятельности, робость, боязливость.

ЗПР церебрально-органического генеза имеет наибольшую значимость для специальной психологии ввиду выраженности проявлений и частой необходимости в применении специальных мер психолого-педагогической коррекции. Причиной данной формы ЗПР являются: патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни. Сходство данной формы ЗПР с олигофренией определяется органическим поражением ЦНС на ранних этапах онтогенеза. Диагноз зависит от степени, массивности поражения. Другим фактором является время поражения. ЗПР значительно чаще связана с более поздними, экзогенными повреждениями мозга, воздействующими в период, когда дифференциация основных мозговых систем уже в значительной мере продвинута и нет опасности их грубого недоразвития. Тем не менее Л. Тарнополь и другие ученые предполагают возможность генетической этиологии. Рассмотрев основные причины ЗПР, остановимся на особенностях психики детей с ЗПР.

6.2. Особенности психики детей с ЗПР

Общие особенности

Задержка психического развития вызывается самыми разными причинами. Вместе с тем дети этой категории имеют ряд общих особенностей развития познавательной деятельности и личности. Данные, полученные учеными-медиками, указывают на наличие у них легких органических поражений коры головного мозга. Остановимся на особенностях психического развития этих ребят.

У всех детей с задержкой психического развития не сформирована готовность к школьному обучению. Это проявляется в незрелости функционального состояния центральной нервной системы (слабость процессов торможения и возбуждения, затруднения в образовании сложных условных связей, отставание в формировании связей между

анализаторами) и служит одной из причин того, что ребята с трудом овладевают навыками чтения и письма, часто путают буквы, сходные по начертанию, испытывают трудности при самостоятельном воспроизведении текста.

Говоря о готовности к школьному обучению, мы имеем в виду в первую очередь определенный уровень сформированности всех психических процессов, позволяющий ребенку полноценно овладевать программным материалом. Дети с задержкой психического развития отличаются сниженной умственной работоспособностью. В качестве причин, вызвавших ее нарушение, выступают и хронические заболевания, которые, кроме общей ослабленности, могут приводить к более выраженным нейродинамическим расстройствам в виде болезненного преобладания процессов возбуждения и торможения. Уровень умственной работоспособности зависит от степени ослабленности ребенка и характера органического или функционального поражения мозга.

Всем детям с задержкой психического развития свойственно снижение внимания. По данным психолога Г. И. Жаренковой, снижение устойчивости внимания у этих ребят может носить разный характер: максимальное напряжение внимания в начале выполнения задания и последующее его снижение; наступление сосредоточения внимания после некоторого периода работы; периодические смены напряжения внимания и его спада на протяжении всего времени работы.

Исследования психологов выявили у большинства детей с задержкой психического развития неполноценность тонких форм зрительного и слухового восприятия, пространственные и временные нарушения, недостаточность планирования и выполнения сложных двигательных программ. Таким детям нужно больше времени для приема и переработки зрительных, слуховых и прочих впечатлений. Особенно ярко это проявляется в сложных условиях (например, при наличии одновременно действующих речевых раздражителей, имеющих значимое для ребенка смысловое и эмоциональное содержание). Одной из особенностей восприятия таких детей является то, что сходные качества предметов воспринимаются ими как одинаковые (овал, к примеру, воспринимается как круг).

У этой категории ребят недостаточно сформированы пространственные представления: ориентировка в направлениях пространства осуществляется на уровне практических действий, затруднено восприятие перевернутых изображений, возникают трудности при пространственном анализе и синтезе ситуации. Развитие пространственных отношений тесно связано со становлением конструктивного

мышления. Так, при складывании сложных геометрических узоров дети с задержкой психического развития часто не могут осуществить полноценный анализ формы, установить симметричность, тождественность частей конструируемых фигур, расположить конструкцию на плоскости, соединить ее в единое целое. Надо заметить, что относительно простые узоры дети с задержкой психического развития, в отличие от умственно отсталых, выполняют правильно.

Значительные «ножницы» наблюдаются у детей с задержкой психического развития между формированием практических умений и навыков в области пространственных отношений и возможностью их понимания и отражения в речи. Ребята испытывают большие трудности в понимании логико-грамматических структур, выражающих пространственные отношения, им сложно дать словесный отчет при выполнении заданий, основанных на осознании этих отношений.

Память у таких детей снижена. Особенно страдают те ее виды, которые требуют участия мыслительных процессов (опосредованное запоминание). Снижены и наиболее элементарные виды памяти.

Механическая память этих детей характеризуется снижением продуктивности первых попыток запоминания. Но время, необходимое для полного заучивания, близко к норме. Ребята, хотя и испытывают затруднения на начальном этапе запоминания слов, в большинстве случаев успешно справляются с заданием (умственно отсталые дети с ним не справляются). Непроизвольное запоминание у младших школьников с задержкой психического развития менее продуктивно, чем у нормально развивающихся 5–6-летних дошкольников. Отмечается снижение продуктивности и устойчивости произвольного запоминания, особенно в условиях значительной нагрузки.

Дети с задержкой психического развития обнаруживают наибольшие нарушения при владении опосредованным запоминанием. Наблюдается значительное расхождение между возможностью применить определенный интеллектуальный прием и продуктивностью его использования. Очень показательным в плане диагностики выполнение задания на изучение опосредованного запоминания (методика А. П. Леонтьева): называются слова, и ребенка просят, чтобы он для облегчения запоминания подобрал к каждому слову картинку. Глядя на картинки, ребенок должен воспроизвести заданные слова. При выполнении этого задания дети с задержкой психического развития подбирают для запоминания те же картинки, что и нормально развивающиеся сверстники. Однако последующее воспроизведение слов на основе отобранных ими картинок вызывает значительные затруднения, часто воспроизводятся совсем не те слова, которые были названы экспериментатором. Следовательно,

дети с задержкой психического развития основные трудности испытывают в тех случаях, когда требуется продуктивно использовать интеллектуальный прием. Умственно же отсталые дети не могут как достаточно логично подобрать к заданному слову картинку, так и воспроизвести по ней слово. В отличие от детей с задержкой психического развития, они испытывают большие трудности и в применении определенного интеллектуального приема, и в продуктивности его использования.

О том, что дети с задержкой психического развития с трудом овладевают сложными видами памяти, говорят такие факты: эти ребята, независимо от структуры и содержания материала, вплоть до 4 класса преимущественно пользуются механическим заучиванием, в то время как у нормально развивающихся детей в этот период (от 2 к 4 классу) интенсивно развивается произвольно опосредованное запоминание.

Особенности мышления

Для формирования сложных форм мыслительной деятельности необходимо полноценное развитие элементарных, генетически наиболее ранних

форм мышления — наглядно-действенного и наглядно-образного. Недоразвитие этих форм мышления в той или иной мере отрицательно сказывается на всех последующих этапах умственного развития ребенка.

К началу школьного обучения дети с задержкой психического развития отстают от нормально развивающихся сверстников по уровню сформированности наглядно-действенного мышления. При складывании сложных геометрических узоров по образцу, решении геометрических заданий выяснилось, что установление подобия и тождества между простыми формами не представляется трудным для детей с задержкой психического развития, однако решение сложных задач (сложить фигуры по образцу из большого числа элементов) уже вызывает существенные затруднения. Успешность решения таких задач зависит не только от числа элементов в образце, но и от их взаимного расположения.

Дети с задержкой психического развития показывают высокий в сравнении с умственно отсталыми уровень мыслительной деятельности, особенно при решении наглядно-действенных и наглядно-образных задач. Высокие показатели (практически совпадают с показателями нормально развивающихся ребят) наблюдаются при выполнении заданий по наглядному образцу. Некоторые затруднения у этих детей вызывают задания, в которых отсутствует наглядный образец (сложные фигуры).

Особенности мыслительной деятельности детей с задержкой психического развития наиболее ярко проявляются в словесно-логическом мышлении, но заметны уже и в наглядно-действенном и наглядно-образном: отсутствие готовности к решению, недостаточная выраженность ориентировочного этапа в их решении, неспособность к необходимому интеллектуальному усилию, неумение контролировать себя в ходе выполнения задания, низкий уровень развития основных мыслительных операций.

Все задания, которые требуют привлечения словесно-логического мышления, выполняются этими детьми значительно хуже, чем нормально развивающимися. Наиболее доступны им задания на аналогии («Сахар сладкий, а лимон...», «Чем похожи мышка и кошка?» и др.). Как показали исследования психолога Г. Б. Шаумарова, младшие школьники с задержкой психического развития сравнивают попарно несколько объектов (вместо сравнения объекта со всеми остальными). Однако к двенадцати годам многие дети данной категории уже начинают справляться даже со сложными задачами на аналогии. Таким образом, у этих ребят механизмы, обеспечивающие целенаправленность мышления при решении задач на аналогии, формируются значительно позже, чем у нормально развивающихся.

У детей с задержкой психического развития обнаруживается недостаточный уровень сформированности и основных интеллектуальных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения и абстракции. Отмечается непланомерность анализа, недостаточная его тонкость, односторонность. Обобщения расплывчаты и слабо дифференцированы. Наиболее характерная особенность этих ребят — несоответствие между уровнем интуитивно-практического и словесно-логического мышления. В частности, при выполнении задания на классификацию, правильно сгруппировав предметы по родовой принадлежности, они часто не могут обозначить выделенную группу соответствующим понятием, объяснить принцип, по которому проводится классификация.

Очень показательным, отличающим детей с задержкой психического развития как от нормально развивающихся, так и от умственно отсталых, является следующий факт. При выполнении заданий «четвертый лишний» (требуется исключить одну картинку из четырех как не подходящую к данному понятию) расширение объема конкретного материала всегда приводит к воспроизведению значительного числа общих понятий, не называемых детьми при меньшем объеме предметного материала. Так, введение добавочных предметов (не «четвертый лишний», а «шестой лишний») помогает ребятам правильно выделить предмет и объяснить принцип, по которому происходит такое выделение.

Мышление детей с задержкой психического развития характеризуется поверхностностью, которая проявляется в абстрагировании и обобщении несущественного, недостаточной гибкости мышления, склонности к шаблонным, стереотипным решениям. Способ действия, эффективный в одних условиях, неоправданно переносится в другие.

Весьма показательно и важно при диагностике задержки психического развития и обучении этих ребят значительное расхождение у них между результатами самостоятельного решения задания и выполнения его с помощью экспериментатора. При самостоятельном анализе предметов они выделяют меньше признаков, чем нормальные дети, но больше, чем умственно отсталые. После оказания помощи в виде обучения такие ребята по результатам выполнения задания приближаются к нормальным. Поэтому для правильной постановки диагноза надо проводить обследование ребенка с задержкой психического развития в форме обучающего эксперимента.

Познавательная активность

Остановимся подробнее на особенностях познавательной активности этих ребят, так как в ней проявляется сложное единство интеллектуальных и мотивационных сторон психики. У всех детей с задержкой психического развития наблюдается снижение умственной активности. Они не стремятся использовать время, отведенное на выполнение задания, высказывают мало суждений в предположительном плане до момента решения задачи, что свидетельствует о недостаточности интеллектуальной инициативы.

При запоминании снижение познавательной активности проявляется в недостаточной эффективности использования времени, предназначенного для первоначальной ориентировки в задании, в необходимости постоянного побуждения извне к припоминанию, неумении применить приемы, облегчающие запоминание, в резко сниженном уровне самоконтроля. (Серьезные затруднения вызывает необходимость распознать в повторно предъявляемом материале те слова, которые не были воспроизведены первоначально.) В мышлении снижение познавательной активности выражается в слабой зависимости деятельности ребят от поставленной цели, подмене цели более простой и знакомой, ошибочных решениях задач при небольшом изменении условия, затруднениях в поисках общего способа решения целого ряда задач, когда требуется осуществить широкий перенос.

Речевая деятельность детей с задержкой психического развития также имеет ряд особенностей:

- ◆ бедный словарный запас (особенно активный), понятия сужены, расплывчаты, иногда ошибочны;
- ◆ существенные трудности в овладении грамматическим строем речи (особенно в понимании и употреблении логико-грамматических структур);
- ◆ своеобразное формирование словообразовательной системы языка;
- ◆ позднее овладение способностью осознать речь как особого рода действительность, отличную от предметной;
- ◆ нарушения в формировании монологической речи.

Перечисленные особенности речевой деятельности вызывают значительные трудности при обучении детей чтению и письму. Они допускают ошибки при последовательном выделении звуков, обнаруживают неподготовленность к языковым наблюдениям, не умеют выделить предложение из текста. В результате очень часто пишут каждое предложение с новой строки, точку ставят только в конце диктанта и т. д. Большие затруднения испытывают в овладении грамматическими понятиями и при их дифференцировании (буква — звук, слово — слог, слог — слово — предложение). Поэтому без применения специально разработанных коррекционных приемов практически невозможно обучить этих ребят родному языку и чтению.

Для детей с ЗПР характерна определенная неравномерность деятельности.

Начиная выполнять задание, они обычно быстро и правильно называют 3–4 предмета, затем следует длительная пауза, после которой правильно называется еще 2–3 предмета или перечисляются предметы, не относящиеся к указанному родовому понятию. Перечень насекомых носил такой характер: «Бабочка, жук, муха... больше не знаю... еще как это... стри... стрисогузка... еще такие... в лесу видел... не помню». Отмечается также не полностью сформированное умение самостоятельно с помощью интонации делить речевой поток на предложения. Порой они состоят из 17–23 слов: «Потому что сорока... она все узнает и болтает... у нее вот туг белое... глазки маленькие, черные, а это все... крылья большие и хвост», — так прозвучал ответ на вопрос, как узнать сороку среди других птиц. Особенности словарного запаса детей с ЗПР указывают на необходимость проведения работы по развитию их речи в единстве с совершенствованием деятельности восприятия, представления, мышления.

Все это создает большие трудности в обучении. Тем не менее психологически грамотная организация коррекционного обучения позволяет преодолеть отставание в развитии уже к 4 классу.

6.3. Психолого-педагогические особенности коррекционно-развивающего обучения детей с ЗПР

Проблемой оказания помощи детям, имеющим трудности в обучении, педагоги занимаются многие десятилетия. Классы выравнивания, компенсирующего обучения, коррекции, педагогической поддержки, адаптации, здоровья и др. — все эти организационные формы свидетельствуют о поисках условий, адекватных психическим и физическим возможностям учащихся. Классы выравнивания создавались с первого года обучения, все остальные формы — в основном на второй ступени обучения, начиная с 5 класса.

Делались попытки изменить содержание образования: вводились новые курсы, разделы типа «Как учить учиться», «Как подготовиться к контрольной работе», сокращались курсы математики, физики, но значительного повышения эффективности в приобретении знаний, особенно у тех детей, которые испытывали стойкие трудности в обучении, не происходило.

Предпринятые в 1991–1993-х годах опросы учителей, работающих в классах компенсирующего обучения, показали, что педагоги не удовлетворены своим трудом: они не знают психологических особенностей детей; медицинская диагностика не помогает им в полной мере понять причины неуспеваемости и выбрать соответствующие методы работы; отсутствуют специальные методики, новые технологии, а удачные находки, как правило, мало внедряются в школьную практику.

Все это привело к тому, что многие школы сохраняли такие классы лишь из-за небольшого количества учащихся. В 1993–1995-х годах в общеобразовательных школах Москвы компенсирующее обучение продолжали вести лишь 48 учреждений из 525.

Следует подчеркнуть, что изменения в сфере образования, связанные с новыми приоритетами социального развития общества, также имели негативные последствия. В результате объективно положительного фактора развития гимназий, лицеев происходит отток наиболее способных школьников в эти учебные заведения. В то же время наблюдается наплыв учащихся с проблемами психического развития (главным образом интеллектуального и речевого) в массовую школу, вследствие чего она превратилась в полифункциональную: не только обучающую, воспитывающую, развивающую, но и в психокоррекционную, оздоровительную.

Система коррекционно-развивающего обучения — форма дифференциации образования, позволяющая решать задачи современной активной помощи детям с трудностями в обучении и в адаптации к школе. Эта форма дифференциации возможна при обычной традиционной организации учебно-воспитательного процесса, но более эффективна при создании специальных классов коррекционно-развивающего обучения. Они позволяют обеспечить оптимальные педагогические условия для детей с трудностями в обучении и проблемами в соматическом и нервно-психическом здоровье. Именно в этих классах возможно последовательное взаимодействие диагностико-консультативного, коррекционно-развивающего, учебно-профилактического и социально-трудового направлений деятельности.

Отметим особенности обучения в классах коррекции. Каждый урок является продолжением предыдущего. Если отобрать главные вопросы темы и повторять их на каждом уроке, то к итоговому занятию все ребята усвоят тему. Многократное повторение основного материала — один из приемов работы. Оптимальны и репродуктивные методы, т. к. они позволяют детям увидеть главное в изучаемом материале, систематизировать, повторять по шаблону.



Рис. 4. Развивающие упражнения для мелкой моторики дошкольников с ЗПР

Необходимо помнить, что детям из класса коррекции необходим период «вживания» в материал. Нельзя их торопить. Надо учитывать низкую скорость чтения, счета и письма. Важно помнить, что ученики не в состоянии пересказывать даже понятый ими материал, поэтому приходится учить их всему: слушать, пересказывать и т. д. Педагог обязан вселять детям веру в то, что они обязательно поймут и запомнят материал. Для лучшего запоминания чаще предлагаются однотипные задания (одно — решили с учителем, другое — сообща с классом, третье — каждый индивидуально). Излагать материал надо маленькими дозами, каждую из них закреплять повторением, констатацией сказанного, решением проблемного вопроса; 2–3 дозы изучаемого материала связывать кратким пересказом. Учитель, работающий в классе коррекции, должен научиться придумывать задания, идущие от простого к сложному, не гнаться за обилием новой информации, уметь из изучаемого выбрать главное, доступно изложить его, повторить и закрепить. Главная составляющая работы — общение. Не сумеет учитель расположить к себе ребят, не получит и результатов обучения.

Особенностью работы в классе коррекции является организация самостоятельной деятельности учащихся. Выполнение любого учебного задания первоначально планируется, а затем предлагается именно как самостоятельное. Помощь включается только тогда, когда ученик оказывается не в состоянии выполнить задание самостоятельно. Сама помощь при этом дозируется и оказание ее происходит по принципу от минимальной к максимальной. Целью такой организации становятся: помощь ребенку в выполнении задания, уяснение, насколько он чувствителен к этой помощи, принимает ли ее. Формы и виды помощи могут быть самыми разными. По форме следует различать помощь фронтальную (обращенную ко всему классу) и индивидуально направленную (каждому конкретному ученику). Среди видов помощи условно можно выделить три основных:

- 1) стимулирующая;
- 2) направляющая;
- 3) обучающая.

Стимулирующий вид помощи происходит тогда, когда ученик не включается в работу после получения задания или когда работа завершена, но выполнена неправильно. В первом случае учитель подходит к ученику и помогает ему организовать себя, ободряет, вселяет уверенность в его способность справиться с работой. Во втором — он указывает на наличие ошибки в работе и необходимость проверки реше-

ния. Направляющая помощь предусматривается в случае, когда ученик затрудняется сделать первый шаг и выполнить последующие действия. Учитель или обращает внимание ребенка на решение аналогичной задачи, или помогает наметить план действий. Обучающая помощь необходима, когда надо показать, что и как делать для того, чтобы решить учебную задачу или исправить допущенную ошибку. Многие исследователи отмечают, что дети с ЗПР не могут выполнить отдельные задания из-за неумения организовать себя в процессе деятельности, хотя по уровню интеллектуальных возможностей должны легко справляться с ними. Во время фронтальной работы в классе ученик совершенно не справляется с заданием, но в условиях индивидуальной работы с помощью учителя выполняет то же задание правильно. Сказывается незрелость эмоционально-волевой сферы. Преодоление ЗПР зависит от характера стимулирования познавательной активности ребенка со стороны взрослого. Эти особенности важно учитывать в работе с детьми с ЗПР.

Контрольные вопросы

1. Назовите причины школьной неуспеваемости детей.
2. Какие вы знаете термины для детей с легкими отклонениями в развитии?
3. Дайте характеристику инфантилизму как клинической форме ЗПР.
4. Приведите классификацию инфантилизма по Г. Е. Сухаревой и по М. С. Певзнеру.
5. Расскажите о каждом из четырех вариантов классификации ЗПР по К. С. Лебединской.
6. Перечислите особенности психики детей с ЗПР.
7. Дайте характеристику разных групп детей с ЗПР.
8. Расскажите об особенностях обучения детей с ЗПР.

6.4. Материалы для семинарского занятия

Основные понятия Темп психического онтогенеза; инфантилизм; астенические состояния; церебрастенические состояния; ЗПР конституционального происхождения; ЗПР соматогенного типа, психогенного типа; ЗПР церебрально-органического происхождения; развитие психики по типу психической неустойчивости (при гипопеке и гиперопеке), по невротическому типу; обменно-

трофические нарушения; соматические, энцефалопатические, неврологические осложнения; соматическая недостаточность, тонус, педагогическая запущенность, психолого-педагогическая коррекция, энцефалопатические расстройства; классы компенсирующего обучения, классы выравнивания.

Методические указания для подготовки к семинарскому занятию

Данное семинарское занятие предлагается посвятить рассмотрению проблем школьной неуспеваемости и их причин. Выделенная на лекции основная причина школьной неуспеваемости — ЗПР, дополняется другими важными причинами, которые необходимо рассмотреть на этом

занятии. Студенты самостоятельно изучают теоретический материал при подготовке к семинарскому занятию, а затем обсуждают предлагаемые им вопросы.

Цель занятия: исследование особенностей психики детей с ЗПР и причин школьной неуспеваемости у учащихся различного возраста.

Проблемы и причины школьной неуспеваемости в теории и практике обучения

По данным МО РФ (1997), среди детей, поступающих в первый класс, свыше 60 % относятся к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Из них около 35 % составляют те, у кого еще в младших группах детского сада были обнаружены очевидные расстройства нервно-психической сферы.

Число учащихся начальной школы, не справляющихся с требованиями стандартной школьной программы, за последние 20 лет возросло в 2–2,5 раза, достигнув 30 % и более от общего числа школьников. По данным медицинской статистики, ухудшение состояния здоровья учащихся за 10 лет обучения (в 1994 году здоровыми были признаны лишь 15 % детей школьного возраста) становится одной из причин трудностей их адаптации к школьным нагрузкам. Напряженный режим школьной жизни приводит к резкому ухудшению соматического и психоневрологического здоровья ослабленного ребенка.

Рассматривая неуспеваемость, А. Н. Леонтьев, А. А. Смирнов, А. Р. Лурия указывают различные причины этого явления. Авторы выделяют две основные группы причин неуспеваемости: объективные (непосильный объем знаний, несовершенство методов обучения) и субъективные (психологические особенности учащихся).

Анализируя психологические особенности учащихся (субъективные причины), различают несколько групп неуспевающих. Среди них особо следует выделить следующие.

1. Педагогически запущенные дети.
2. Умственно отсталые дети — дети, перенесшие заболевание (во внутриутробном периоде развития, при рождении или в самом раннем возрасте), которое остановило нормальное развитие мозга. У таких детей низкая способность к обучению, они неспособны к сложным формам абстрагирования и обобщения.
3. Ослабленные, или церебро-астенические, дети. Они быстро теряют работоспособность, хорошо воспринимают учебный материал лишь в течение 20–30 мин., работать на последних уроках совсем не могут.

Наиболее многочисленной является группа педагогически запущенных детей. Л. С. Славина, изучая таких учащихся, обнаружила различные причины, порождающие неуспеваемость.

Это — отсутствие нужных общественных мотивов учения, «интеллектуальная пассивность», неправильные навыки и способы учебной работы (неумение учиться), неправильное отношение к труду (неаккуратность, недобросовестность). Также ею были выделены различные причины недисциплинированности.

Представляют интерес и типы неуспевающих школьников, выделенные Н. И. Мурачковским.

1-й тип. Низкое качество мыслительной деятельности сочетается у этих учащихся с положительным отношением к учению и сохранением «позиции школьника». Среди этих учащихся, в свою очередь, выделяются 2 подгруппы. Одни успех в учебной деятельности компенсируют с помощью какой-либо практической деятельности, другие такой компенсации не имеют, что затрудняет выработку адекватной самооценки и затрудняет работу учителя.

Основная направленность работы с этими учащимися — развитие их мыслительной деятельности и самостоятельности.

2-й тип. Высокое качество мыслительной деятельности у этих неуспевающих сочетается с отрицательным отношением к учению при частичной или даже полной утрате «позиции школьника». Среди этой группы выделяются 2 подгруппы: 1) учащиеся компенсируют свой успех в учении какой-либо интеллектуальной деятельностью (чтением), что создает благоприятные условия для воспитания; 2) успех в учении обусловлен сформировавшимися отрицательными моральными установками по отношению к учителям, школе. Эти школьники компенсируют свой успех в учении связью с каким-то другим коллективом.

3-й тип. Для неуспевающих этого типа характерны низкий уровень умственного развития, а также отрицательное отношение к учению. Для того чтобы вызвать положительное отношение к учению, необходимо таким учащимся давать легкие задачи, но для того, чтобы развить интеллект, нужны относительно трудные задачи.

Понятия «неуспевающие дети» и «дети с пониженной обучаемостью» совпадают не полностью. Среди неуспевающих школьников имеются дети, неудовлетворительные оценки которых объясняются не пониженной обучаемостью, а иными причинами. С другой стороны, не всякий ребенок с пониженной обучаемостью обязательно будет стойко неуспевающим (при определенных благоприятных условиях некоторые из детей будут более или менее успешно овладевать программными заданиями).

Вопросы для обсуждения

1. Назовите группы неуспевающих детей, выделенные А. Н. Леонтьевым, А. Р. Лурией, А. А. Смирновым.
2. Перечислите группы неуспевающих по Н. И. Мурачковскому.
3. Являются ли синонимами понятия «неуспевающие дети» и «дети с пониженной обучаемостью»?
4. Каковы причины возникновения неуспеваемости?
5. Какие причины могут вызвать задержку развития?
6. Как вы относитесь к обучению без оценок в начальной школе?
7. Какие вы можете назвать способы коррекции неуспевающих?

Литература для семинарских занятий

1. Актуальные проблемы диагностики ЗПР / Под ред. В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. — М., 1989.
2. Воспитание детей с задержкой психического развития в процессе обучения / Сб. научных трудов под редакцией Т. А. Власовой и др. — М., 1981.
3. *Власова Т. А., Певзнер М. С.* О детях с отклонениями в развитии. — М., 1973.
4. Дети с временной задержкой развития / Сб. статей под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М., 1971.
5. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. — М., 1984.
6. *Егорова Т. Е.* Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. — М., 1973.

7. *Зейгарник Б. В., Братусь Б. С.* Очерки по психологии аномально-го развития личности. — М., 1980.
8. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. — М., 1985.
9. *Марковская И. Ф.* Задержка психического развития: Клиническая и нейропсихологическая диагностика. — М., 1993.
10. Обучение детей с задержкой психического развития: Пособие для учителей / Под ред. Т. А. Власовой и др. — М., 1981.
11. Обучение детей с ЗПР: Пособие для учителей / Под ред. В. И. Лубовского. — Смоленск, 1994.
12. Обучение детей с задержкой психического развития в подготовительном классе. — М., 1987.
13. Основы коррекционной педагогики / Под ред. В. А. Сластенина. — М., 1999.
14. Программы специальных коррекционных учреждений и классов коррекционно-развивающего обучения. — М., 1996.
15. *Ульенкова У. В.* Дети с задержкой психического развития. — Н. Новгород, 1994.
16. *Шевченко С. Г.* Ознакомление с окружающим миром учащихся с ЗПР: Пособие для учителя. — М., 1990.

Глава 7

Особенности психического развития детей с сенсорными нарушениями

Краткое содержание темы. Диагностика нарушений слуха и зрения и их классификация. Роль компенсаторной перестройки, восприятия в развитии высших форм познавательной деятельности при слепоте и остаточного зрения у слабовидящих. Полисенсорная система обучения слабослышащих детей, билингвистический подход и коммуникационная система обучения глухих. Профессиональное образование, трудовая деятельность, социальная адаптация лиц с нарушениями слуха и зрения. Профилактика нарушений слуха и зрения.

7.1. Нарушения анализаторных систем

В условиях гуманизации обучения и воспитания пристальное внимание педагогов привлекают знания об особенностях психического развития детей при дизонтогенезах дефицитарного типа. К ним относятся лица с нарушениями анализаторных систем.

Число детей с отсутствием или понижением функций органа слуха постоянно увеличивается. Повышается процент лиц с нарушенным слухом в группе населения после 50 лет. Примерно 4–6 % от всего населения земного шара имеют нарушения слуха в степени, затрудняющей социальное общение.

В системе образования увеличивается число детей, имеющих наряду с нарушением слуха и другие отклонения в развитии.

Остановимся на своеобразии познавательной и эмоционально-волевой сфер, деятельности людей с недостатками слуховой функции. Данная проблема является предметом одного из разделов специальной психологии — сурдопсихологии. Систему знаний об образовании лиц с нарушениями слуха представляет раздел специальной педагогики — сурдопедагогика.

Соотношение этих разделов представлено в их задачах.

Задачи сурдопсихологии заключаются в следующем:

- ◆ выявить закономерности психического развития людей с нарушенным слухом;
- ◆ изучить особенности развития отдельных видов познавательной деятельности личности;
- ◆ разработать методы психодиагностики и психокоррекции соответствующих нарушений;
- ◆ изучить проблемы интегрированного обучения и интеграции людей с нарушениями слуха в общество.

Задачи сурдопедагогики:

- ◆ изучить закономерности овладения лицами с нарушениями слуха образованием в зависимости от индивидуальных особенностей нарушения слуха и речи;
- ◆ разработать, научно обосновать и практически реализовать специальное образование для разных категорий лиц с нарушенным слухом;
- ◆ разработать научные основы содержания образования, дидактики и специальных методик обучения лиц с нарушенным слухом;
- ◆ развить различные подсистемы специального образования лиц с нарушенным слухом, специальных образовательных технологий развития остаточного слуха, обучения жестовому, родному языку, устной речи, педагогической реабилитации в послеоперационный период и др.;
- ◆ совершенствовать технические средства коррекции и компенсации нарушений слухового анализатора;
- ◆ совершенствовать систему педагогической работы, направленной на социальное адаптирование и социально-профессиональную реабилитацию лиц с нарушенным слухом;
- ◆ организовать взаимодействие и кооперацию с общей педагогикой для распространения специальных педагогических знаний, развития интеграционных идей и их реализации.

Нормальная функция слухового анализатора имеет особую значимость для общего развития ребенка. Состояние слуха оказывает решающее влияние на его речевое и психическое развитие. При нарушениях слухового анализатора в первую очередь и в наибольшей мере страдает речь, происходит общее недоразвитие познавательной деятельности. Первичный дефект анализатора порождает вторичные отклонения в развитии, которые, в свою очередь, являются причиной возникновения других отклонений. Взаимодействие различных

проявлений дефекта слуха третьего, четвертого и т. д. порядка все более искажает структуру развития познавательной деятельности неслышающего ребенка.

Причинами нарушений слуха являются инфекционные заболевания, токсические поражения, сосудистые расстройства, механические, акустические или контузионные травмы. В зависимости от причины тугоухость и глухоту подразделяют на наследственную, врожденную и приобретенную. Нарушения слуха возникают в результате заболеваний, поражающих наружное, среднее или внутреннее ухо, слуховой нерв.

Значительное место занимают последствия острого воспаления среднего уха. Стойкое понижение слуха часто возникает в результате воспалительных и невоспалительных заболеваний носа и носоглотки и связанной с этими заболеваниями непроходимостью евстахиевой трубы. Наиболее опасны они в раннем возрасте.

При менингите нарушение слуха возникает вследствие поражения звуковоспринимающего аппарата, при других детских инфекциях слуховая функция может пострадать как в результате поражения среднего уха, так и в результате заболевания нервного воспринимающего аппарата. Заболевание звуковоспринимающего аппарата ведет к более тяжелым нарушениям слуховой функции, чем заболевания среднего и наружного уха.

К числу сравнительно редко встречающихся причин нарушения слуха можно отнести поражения центральных отделов слухового анализатора, возникающие в результате повреждений или заболеваний головного мозга (энцефалит, ЧМТ, кровоизлияние, опухоль). При таких поражениях наблюдается либо небольшое снижение слуха, либо так называемая корковая глухота, когда утрачивается способность анализа, синтеза и понимания того, что человек слышит.

Существует зависимость распространенности и причины различных видов тугоухости от принадлежности детей к той или иной возрастной группе. Так, если на первом году жизни преобладает наследственный и врожденный характер глухоты или тугоухости, то в дальнейшем возрастает роль приобретенных факторов понижения слуха (неадекватное применение ототоксических медикаментов, в частности антибиотиков; длительное воздействие звуковых раздражителей предельной интенсивности, использование плейеров).

Важное значение имеет определение критериев риска возможности нарушений слуха у ребенка раннего возраста. Их можно установить на основе тщательного изучения анамнестических данных. Это прежде

всего вирусные заболевания матери в первом триместре беременности (краснуха, корь, грипп, герпес). Нарушения слуха часто сочетаются с различными врожденными пороками развития, например расщелинами губ и неба, а также при недоношенности, когда вес при рождении составляет менее 1500 г. На состояние слуховой функции могут отрицательно влиять неблагоприятные роды.

Причиной нарушений слуха могут быть алкоголизм матери во время беременности, проявление в период новорожденности желтухи и неврологических расстройств. К группе риска относятся также дети с различными хромосомными и наследственными заболеваниями или имеющие родителей или родственников с врожденными дефектами слуха.

Диагностика состояния слуховой функции человека позволяет определять у ребенка нарушение слуха еще до его рождения или в первые часы и дни после рождения. Место и степень поражения слуха определяются при помощи аудиометрии, с применением специальных методов. Существуют тональная, речевая, детская аудиометрии, аудиометрия раннего возраста, импеданс-аудиометрия и др. Тональная аудиометрия — исследование слуха при помощи аудиометра, подающего простейшие сигналы (тоны), изменяемые по частоте и силе звука. Задача обследуемого — внимательно следить за своим восприятием звуков и информировать аудиолога о том, слышит ли он тот или иной звук. Результаты восприятия основных тонов по частоте и по интенсивности фиксируются в аудиограмме. Тональная аудиометрия применяется при исследовании состояния слуховой функции у взрослых и детей такого возраста, когда ребенок уже способен ответственно подойти к этой процедуре. Для детей раннего и дошкольного возраста этот способ неэффективен. Речевая аудиометрия позволяет определить у слабослышащего область его речевого слуха и уровень понимания речи. Приемы речевой аудиометрии позволяют педагогу массового детского сада или школы, родителям без специальных технических средств провести первичную проверку слуха у ребенка при наличии симптомов его нарушения. Выбор способа исследования слуха у детей зависит от возраста ребенка, его зрелости, способности к концентрации внимания, готовности к сотрудничеству, самочувствия ребенка на момент обследования.

Существует два основных исследования слуха у маленьких детей: до и после трех лет. Для исследования слуха у ребенка от года до трех лет используется метод рефлекторной реакции на звук (ребенок может моргнуть, замереть, сделать паузу в игре с игрушками и поднять

глаза, начать оглядываться, чтобы увидеть, что происходит у него за спиной, и найти источник звука. Очень маленький ребенок может заплакать). Меняя громкость и тональность звука, внимательно наблюдая за реакциями ребенка, специалисты, регистрируя все наблюдения, постепенно могут составить примерную аудиограмму, которая будет тем не менее отражать абсолютно точно состояние слуховой функции ребенка. У детей после трех лет исследование слуха проводится с помощью игровой аудиометрии. Применяется та же аппаратура, что и при обследовании взрослых, но способ обследования иной: ребенка постепенно готовят к обследованию слуха, вводя в ситуацию с помощью игры, которая ему доступна.

Для получения объективных данных о слухе могут использоваться объективные методы: импеданс-аудиометрия (исследование реакции барабанной перепонки), исследование электрических потенциалов мозга и слуховых нервов (электрокорковая аудиометрия).

Технические возможности компенсации утраченной или нарушенной слуховой функции отражают развитие возможностей техники и технологий в целом. Технический прогресс в создании слуховых аппаратов направлен на следующее:

- ◆ миниатюризацию;
- ◆ совершенствование качества передачи звуковой информации;
- ◆ комфортность пользования;
- ◆ учет характера нарушения слуха и индивидуальных особенностей органа слуха и возможностей каждого пользователя;
- ◆ надежность.

Сегодня осуществляется компьютерный подбор индивидуальных слуховых аппаратов на основе многочисленных индивидуальных характеристик слуховых и других данных пациента.

Высокий уровень развития медицины, техники и технологий позволяет в отдельных случаях посредством операции вернуть слух при помощи кохлеарной имплантации (частичная имплантация при помощи хирургического вмешательства высокоразвитой электронной слухопротезирующей системы). Она показана тем, кто отвечает следующим медицинским, психологическим и логопедическим критериям:

- ◆ имеет место полная двусторонняя глухота, невозможно пользование общепринятым слуховым аппаратом, имеются функционирующие нервные волокна, отсутствуют заболевания среднего уха и заболевания, ослабляющие иммунную систему, имеется общее хорошее состояние здоровья;

- ◆ сформированы удовлетворительные речевые навыки, отсутствует снижение интеллектуальных возможностей и нет психических заболеваний, имеется удовлетворительное социальное окружение, существуют реалистические ожидания последствий данной операции и позитивная мотивация;
- ◆ детям раннего возраста, когда процесс речеслухового и психического развития не приобрел отклоняющийся характер.

Следует также иметь в виду, что кохлеарный имплантант требует периодической замены с помощью хирургического вмешательства.

Психолого-педагогическая классификация лиц с недостатками слуха. Вопросы исследования и классификации остаточной слуховой функции у детей с дефектами слуха издавна интересовали как врачей, так и сурдопедагогов. Созданные ими педагогические классификации адресованы учителю и направлены на обоснование различных подходов к обучению лиц с недостатками слуха, а медицинские классификации имеют своей целью дать оториноларингологам ориентиры для проведения лечения и профилактики заболеваний, ведущих к нарушениям слуха.

В основе некоторых классификаций лежит как способность ребенка с потерей слуха воспринимать речь на том или ином расстоянии от говорящего, так и критерии громкости в децибелах. Имеется, например, классификация для школы (табл. 3).

Таблица 3
Классификация видов школ для детей с пониженным слухом

Понижение слуха (дБ)	Вид школы
35–40	Нормальная школа без слуховых аппаратов, первая парта
40–60	Нормальная школа с употреблением слуховых аппаратов
60–90	Школа для слабослышащих с употреблением слуховых аппаратов
Свыше 90	Школа для глухих

Для определения уровня восприятия разговорной и шепотной речи существует таблица, построенная на пересчете данных тональной аудиометрии (табл. 4).

Таблица 4
**Определение уровня восприятия разговорной
и шепотной речи**

Расстояние, с которого воспринимается речь (м)		Потеря слуха (дБ)
разговорная	шепотная	
норма	норма	До 35
4–5	0,5–0,8	35
2–4	0,25–0,5	35–45
1–2	0,25–0,5	45–50
0,25–1	Ушной раковины	50–60
Ушной раковины	Не слышит	65

Признавая важность медицинских классификаций нарушений слуха, сурдопедагоги всегда считали нужным подчеркивать необходимость психолого-педагогических классификаций, обеспечивающих вслед за адекватным диагностическим определением наблюдаемого у ребенка состояния слуховой функции наиболее реальный выбор корригирующих методик его обучения.

Применив учение Л. С. Выготского о сложной структуре развития аномальных детей, в котором взаимодействуют факторы первичные и факторы вторичные, Р. М. Боскис разработала классификацию, предложив новые критерии, учитывающие своеобразие развития детей с нарушенным слухом: степень поражения слуховой функции, уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции, время возникновения нарушения слуха.

Основой для этой классификации являются следующие положения.

1. Деятельность нарушенного слухового анализатора у ребенка отличается от деятельности нарушенного слухового анализатора у взрослого.
2. Взрослый к моменту наступления нарушения слуха имеет сформированную словесную речь, словесное мышление, представляет собой сформировавшуюся личность. Нарушения слуха у него — в первую очередь препятствие для общения с опорой на слух.
3. У ребенка нарушения слуха влияет на весь ход его психического и речевого развития, приводит к возникновению целого ряда вто-

ричных нарушений (нарушение развития мышления, речи, познавательной деятельности).

Большое значение имеет учет взаимозависимости слуха и речи: чем выше уровень развития речи у ребенка, тем больше возможностей использования остаточного слуха.

Критерием оценки нарушения слуховой функции у ребенка является возможность использования остаточного слуха для развития речи. Критерием отграничения детей с частичным нарушением слуха от глухих детей является возможность использования слуха в общении и развития речи при данном состоянии слуха. По этому критерию проводится разграничение тугоухости и глухоты.

Глухота — это стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение речью и разборчивое восприятие речи даже на самом близком расстоянии от уха. При этом сохраняются остатки слуха, позволяющие воспринимать громкие неречевые звуки, некоторые звуки речи на близком расстоянии. Это не только снижение слуха выше 80 дБ, но и потеря или снижение слуха на различных частотах.

Тугоухость — стойкое понижение слуха, при котором возможны самостоятельное накопление минимального речевого запаса на основе сохранившихся остатков слуха, восприятие обращенной речи хотя бы на самом близком расстоянии от ушной раковины.

Степень и характер речевого развития при нарушениях слуха обусловлены рядом причин: степенью нарушения слуха; временем возникновения слухового нарушения; педагогическими условиями развития ребенка после наступления нарушения слуха; индивидуальными особенностями ребенка.

Р. М. Боскис выделила две основные категории детей с недостатками слуха: *глухие* и *слабослышащие*. К категории глухих детей относятся те дети, для которых в результате врожденной или приобретенной в раннем возрасте глухоты невозможно самостоятельное овладение словесной речью. К категории слабослышащих относятся дети, у которых снижен слух, но на его основе возможно самостоятельное развитие речи.

Глухие и слабослышащие дети различаются по способу восприятия речи. Первые овладевают зрительным (по чтению с губ и лица собеседника) и слухозрительным (при помощи звукоусиливающей аппаратуры) восприятием словесной речи только в процессе специального обучения. Вторые могут самостоятельно овладевать восприятием на слух речи разговорной громкости в процессе естественного общения с окружающими. Значение зрительного восприятия речи возрастает в зависимости от тяжести нарушения слуха.

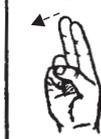
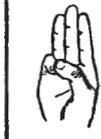
						
А	Б	В	Г	Д	Е	Ж
						
З	И	Й	К	Л	М	Н
						
О	П	Р	С	Т	У	Ф
						
Х	Ц	Ч	Ш	Щ	Ъ	Ы
						
	Ь	Э	Ю	Я		

Рис. 5. Русский дактильный алфавит для глухих



Рис. 6. Использование жестов при общении с глухонемыми детьми

Отдельную группу в отношении формирования речи и ее восприятия составляют позднооглохшие. Эти дети отличаются тем, что к моменту наступления у них нарушения слуха они обладали уже сформировавшейся речью. У них может быть разная степень нарушения слуха и разный уровень сохранности речи, но все они имеют навыки словесного общения, в той или иной степени сформировавшееся словесно-логическое мышление. Для таких детей при поступлении в специальную школу важной первоочередной задачей является освоение навыков зрительного или слухозрительного восприятия обращенной к ним речи.

На основе педагогической классификации осуществляется дифференцированное специальное образование для детей, имеющих разную степень нарушения слуха и соответствующий уровень речевого развития. Рекомендация для ребенка того или иного вида специальной школы учитывает не только характер и степень нарушения слуха, но и состояние речевого развития. Поэтому позднооглохшие дети, как правило, учатся в школе для слабослышащих детей; глухому ребенку с высоким уровнем речевого развития и сформированными навыками восприятия устной речи также целесообразно посещать школу для слабослышащих.

Сущность аномального развития ребенка с частичным нарушением слуха заключается в том, что его первопричина — биологическая (физический дефект слуха), а последствия — социальные (нарушения общения, приводящие к атипичности формирования психики), причем главные проявления этих последствий носят функциональный характер (недоразвитие речи, особенности мышления, памяти, внимания, восприятий, представлений).

У слабослышащего ребенка имеется не тотальное, а частичное нарушение деятельности одного из самых существенных анализаторов — слуха. Этим он принципиально отличается от глухого и слышащего ребенка в разных планах. По сравнению с глухим он иначе приспосабливается к своему дефекту, ищет другие пути компенсации своего недостатка, т. е. главным образом не за счет зрения, а за счет неполноценного слуха. По сравнению со слышащим у него имеется качественное своеобразие использования дефектного слуха как фактора развития речи.

В отечественной (и зарубежной) сурдопедагогике и сурдопсихологии в результате исследований различных сторон процесса овладения речью и особенностей познавательной сферы детей с частичным нарушением слуха выявлены основные характеристики их развития.

Определенные в исследованиях особенности умственного и речевого развития, их различия у детей с тотальным и частичным нарушением слуха позволили представить научно обоснованную типологию и педагогическую классификацию.

Материалы исследований, характеризующие особенности развития детей с частичной потерей слуха, составили основу для разработки принципов их специально организованного обучения и воспитания вообще и создание методической системы, использование которой впервые позволило практически решить центральную проблему дидактики школы слабослышащих — проблему формирования речи и преподавания русского языка как предмета школьного образования.

Система специального обучения слабослышащих детей прошла последовательный путь своего развития: от апробации первых специальных программ для школ слабослышащих (1951, 1951) до создания основы для подготовки типовых программ для школ слабослышащих (1962, 1974, 1986) и разработки методических основ их образования.

7.2. Особенности психического и речевого развития слабослышащих детей

Развитие психики слабослышащего ребенка протекает с отклонениями от обычной нормы. Дело не только в том, что ребенок плохо слышит, т. е. имеет физический (биологический) недостаток, но и в том, что этот недостаток привел к нарушению многих функций и сторон психики, определяющих ход развития личности ребенка, у которого сформировались только зачатки речи, мышление почти не продвинулось в своем развитии от наглядно-образного к словесно-абстрактному. Другие стороны психики в своем становлении у этого ребенка не испытывали того решающего воздействия со стороны речи и отвлеченного мышления, которое имеет место в норме. В таком состоянии взаимодействие слухового анализатора с речедвигательным оказалось нарушенным. Это помешало нормальному становлению речевых механизмов, вторично привело к недоразвитию речевой деятельности и продолжает препятствовать дальнейшему формированию речи.

Частичное восприятие речи таким ребенком нередко создает у окружающих неправильное представление о том, что ребенок может полностью понимать речь, а то, что ребенок не понимает смысла сказанного, иногда расценивается как интеллектуальная недостаточность. У ребенка речевое недоразвитие обусловлено неполноценным слухом, что ведет к изменению хода общего развития (нарушение слуха —

общее нарушение познавательной деятельности — недоразвитие речи). Речевое недоразвитие носит характер вторичного проявления, оно возникает и существует как функциональное на фоне аномального развития психики в целом. Это осложняет социальное взаимодействие слабослышащего ребенка. Именно в сфере речевого общения слабослышащие оказываются в невыгодном положении по отношению к своим слышащим сверстникам. Затрудненность словесного общения является одной из причин аномального развития. Бедность речевого запаса, искаженный характер речи ребенка, формирующейся в условиях нарушенного слухового восприятия, накладывает отпечаток на ход развития познавательной деятельности. Это, в свою очередь, оказывает обратное отрицательное влияние на все компоненты языка в процессе их функционирования в речевой деятельности.

При поступлении в школу слабослышащие дети часто обнаруживают следующие нарушения речи:

- 1) недостатки произношения;
- 2) ограниченный запас слов;
- 3) недостаточное усвоение звукового состава слова, которое выражается не только в неточностях произношения, но и в ошибочном написании слов;
- 4) неточное понимание и неправильное употребление слов;
- 5) недостатки грамматического строя речи:
 - неправильное построение предложения;
 - неправильное согласование предложения;
- 6) ограниченное понимание устной речи;
- 7) ограниченное понимание читаемого текста.

К началу обучения в школе диапазон различий в уровне сформированности речи слабослышащих детей достаточно велик: от наличия зачатков речи до относительно сложившейся речи с отдельными лексико-грамматическими, фонетическими и грамматическими недостатками. Исследования речи слабослышащих позволили сделать вывод о том, что своеобразие их речи следует рассматривать не столько как недостаточность, сколько как процесс замедленного поступательного развития речи, подчиненного особым закономерностям.

Овладение языком в условиях специального обучения предполагает закономерное развитие речевого мышления слабослышащих детей, постепенный переход от свойственного им наглядного, конкретного отражения окружающей действительности к более обобщенному

осознанию и воспроизведению на уровне усваиваемых языковых значений.

Отсутствие каких-либо органических поражений речевого аппарата у слабослышащих, функциональный характер их речевого недоразвития, вторичность происхождения отклонений в познавательной деятельности, особенности приспособления их к частичному нарушению слухового анализатора — все это не только раскрывает сущность особого развития этих детей, но и одновременно указывает пути, способы и средства их специального образования.

Преодоление нарушения развития требует социального по своей природе, целостного воздействия на личность слабослышащих учащихся в специально организованном образовательно-воспитательном процессе. Специальным он является в том смысле, что опирается не только на достигнутый уровень развития, но и на компенсаторные возможности. Он требует особых условий, которые позволяют максимально усилить этот компенсаторный фонд с целью преодоления последствий дефекта, выправления нарушенного хода становления личности, ее социальных связей, всех сторон ее психики.

В этом специальном процессе корректируются или заново воссоздаются наиболее важные функции для расширения возможностей компенсации дефекта как за счет развития и использования слуховых данных, так и за счет других сохранных анализаторов.

Школа для слабослышащих и позднооглохших детей обеспечивает своим воспитанникам общеобразовательную подготовку на цензовом уровне, отвечающем нормативным требованиям Государственного образовательного стандарта. Соответствие цензовому уровню достигается при соблюдении особой содержательной и методической направленности учебного процесса, в основе которого заложен коррекционно-развивающий принцип обучения.

Ориентация на цензовое образование не означает, что педагогический процесс в школе для слабослышащих может быть лишь частично изменен по сравнению с процессом обучения в образовательной школе общего назначения.

Педагогический процесс отличается иным содержанием, направленным на восполнение пробелов развития, сказывающихся на усвоении основ наук, он специфичен по используемым средствам и методам, ориентирующимся на наличие у ребенка возможности компенсации.

Массовая общеобразовательная школа не ставит перед учениками такие задачи, как преодоление речевого недоразвития, формирование речи. Следовательно, ее методическая система обучения детей языку

не может быть приспособлена к нуждам специальной школы. Особые задачи определяют особое содержание всей работы по речевому развитию слабослышащих.

Педагогический процесс в школе слабослышащих строится таким образом, чтобы расширить возможности учащихся самостоятельного обогащать свою речь вне специального обучения и скорректировать самостоятельно приобретенный речевой материал.

В специальном педагогическом процессе должна обеспечиваться *полисенсорная основа обучения* слабослышащих детей. В связи с этим в учебный процесс включаются: работа по развитию навыков чтения с губ, специальные занятия по технике речи, формирующие двигательную, кинестетическую базу речи в единстве с развитием оптико-акустических речевых представлений, работа по развитию и использованию остаточного слуха.

Письмо и чтение для слабослышащих являются самым полноценным средством овладения языком, а также средствами развития познавательной деятельности учащихся.

Значительна роль наглядных средств в связи с тем, что они должны не столько иллюстрировать учебный материал, сколько наглядно раскрывать его содержание. Особое значение имеют наглядно-действенные средства и приемы, помогающие формированию представлений и понятий сначала на наглядно-образном, а затем и на отвлеченном уровне обобщений (создание ситуаций, инсценировка, драматизация, пантомима).

Все эти средства обычно используются в сочетании со словесными средствами обучения.

Важным направлением в компенсации нарушений слуха является приобщение к труду. Следует учитывать специфику этого направления работы: у людей с нарушениями слуха наблюдается замедление операций анализа и синтеза, абстрагирования, отсюда — трудности в выделении и осознании цели. Поэтому для полноценного формирования осознания обязательности достижения поставленной цели необходимо воспитание положительного отношения к труду. На трудовую деятельность влияет и замедленное формирование межличностных отношений, в частности, допускаются крайности в оценке окружающих, недостаточно дифференцируются личные и деловые отношения. В профориентации следует учитывать и особенности в развитии двигательной сферы: недостаточно точную координацию и неуверенность движений, трудность сохранения статического и динамического равновесия, относительно низкий уровень пространственной ориентации, замедленная скорость отдельных движений. А. П. Гозовая выделила ограничения в подборе профессий:

- ◆ не рекомендуются производства с акустической сигнализацией опасности, с высотой, в условиях постоянного речевого контакта с окружающими;
- ◆ следует подбирать профессии, соответствующие тому уровню образования, которое имеет конкретный человек с нарушением слуха.

7.3. Дети с нарушениями зрения

Следующую группу детей с дизонтогенезами по дефицитарному типу составляют лица с нарушениями зрения. Закономерности и особенности психического развития лиц с нарушенной функцией зрения изучает *тифлпсихология*. Ее данные актуальны для *тифлопедагогики* — науки о воспитании и обучении лиц с нарушением зрения.

В зависимости от степени нарушения зрения они делятся на слепых и слабовидящих. Слепота и слабовидение представляют собой категорию психофизических нарушений, проявляющихся в ограничении зрительного восприятия или его отсутствии, что влияет на весь процесс формирования и развития личности. У лиц с нарушениями зрения возникают специфические особенности деятельности, общения и психофизического развития.

Слепые (незрячие) — подкатегория лиц с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения, имеется светоощущение или остаточное зрение, а также лица с прогрессивными заболеваниями и сужением поля зрения (до 10–15°) с остротой зрения до 0,08.

По степени нарушения зрения различают лиц с абсолютной (тотальной) слепотой на оба глаза, при которой полностью утрачиваются зрительные восприятия, и лиц практически слепых, у которых имеется светоощущение или остаточное зрение, позволяющее воспринимать свет, цвет, контуры (силуэты) предметов.

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

Задачей тифлопедагогики как науки является разработка следующих основных проблем: психолого-педагогическое и клиническое изучение зрения и аномалий психического и физического развития при этих нарушениях; пути и условия компенсации, коррекции и восста-

новления нарушенных и недоразвитых функций при слепоте и слабовидении; изучение условий формирования и всестороннего развития личности при разных формах нарушения функций зрения. Важное место занимают: разработка содержания, методов и организация обучения основам наук, политехнической, трудовой и профессиональной подготовки слепых и слабовидящих; определение типов и структуры специальных учреждений для их обучения и воспитания; разработка научных основ построения учебных планов, программ, учебников, частных методик.

Основоположником тифлопедагогики и обучения незрячих считается В. Гаюи (1745–1822), французский педагог, единомышленник и последователь Д. Дидро, основатель первых образовательных учреждений для слепых во Франции и в России. Благодаря В. Гаюи не только началось систематическое обучение незрячих, но и сформировалось гуманистическое отношение к ним как к полноценным членам общества, нуждающимся в образовании и социально-трудовой реабилитации.

Л. Брайль (1809–1852), потерявший зрение в трехлетнем возрасте, воспитанник, а затем и тифлопедагог Парижского национального института слепых, стал автором изобретения, изменившего систему обучения слепых. Основанная на комбинациях шеститочия, его система рельефного письма охватывает буквенные, математические и иные символы, позволяя слепому свободно читать и писать.

Первое учебное заведение для слепых в России было организовано в 1807 году при Смольнинской богадельне в Санкт-Петербурге. Детей учили Закону Божьему, пению, ремеслам.

В течение XIX в. было открыто еще несколько школ для слепых, существовавших на средства Попечительства о слепых. Для большинства учеников обучение было платным и стоимость достаточно высока.

В 1928 году появились первые советские школьные программы для слепых. В начале 30-х годов XX века появляются первые классы охраны зрения для слабовидящих детей в структуре массовых общеобразовательных школ (в нескольких школах Ленинграда и Москвы), а с конца 30-х годов открываются и первые школы для слабовидящих. Развитию этого нового направления в тифлопедагогике способствовала Ю. Д. Жаринцева.

Развитие отечественной тифлопедагогики и тифлопсихологии связано с именами таких ученых, как М. И. Земцова, Б. И. Коваленко, Н. Б. Коваленко, А. С. Ганджий, Н. Г. Крачковская, Н. В. Серпокрыл, Ю. А. Кулагин, Л. И. Солнцева, А. Г. Литвак, В. П. Ермаков, А. И. Кап-

лан, А. Б. Гордин, Р. С. Муратов, Б. В. Сермеев, В. А. Феоктистова, Э. М. Стернина, И. С. Моргулис и др.

Причины и последствия нарушения зрения и способы компенсации. Нарушения зрения могут быть врожденными и приобретенными. *Врожденная слепота* обусловлена повреждениями или заболеваниями плода в период внутриутробного развития либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения. *Приобретенная слепота* обычно бывает следствием заболевания органов зрения — сетчатки, роговицы и заболеваний центральной нервной системы (менингит, опухоль мозга, менингоэнцефалит), осложнений после общих заболеваний организма (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга (ранения головы, ушибы) или глаз.

Различают *прогрессирующие* и *непрогрессирующие* нарушения зрительного анализатора. При прогрессирующих зрительных дефектах происходит постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса.

К непрогрессирующим дефектам зрительного анализатора относят некоторые врожденные его пороки, такие, как астигматизм, катаракта. Причинами этих дефектов могут стать также последствия некоторых заболеваний и глазных операций. Существуют такие категории детей с нарушениями зрения, как слепорожденные, рано ослепшие, лишившиеся зрения после трех лет жизни. Такая дифференциация основывается на том, что время утраты зрения имеет очень большое значение для последующего развития ребенка.

Время наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития ребенка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, психофизические особенности и своеобразие психофизического развития. Психическое развитие слепорожденных имеет такие же закономерности, как и у зрячих детей, но отсутствие визуальной ориентировки сказывается наиболее заметно на двигательной сфере, на содержании социального опыта.

Потеря зрения формирует своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта. У незрячих возникают трудности в игре, учении, в овладении профессиональной деятельностью. В более старшем возрасте у лиц с нарушенным зрением возникают бытовые проблемы, что вызывает сложные переживания и негативные реакции.

Развитие высших познавательных процессов (внимание, логическое мышление, память, речь) у слепорожденных протекает нормально. Вместе с тем нарушение взаимодействия чувственных и интеллек-

туальных функций проявляется в некотором своеобразии мыслительной деятельности с преобладанием развития абстрактного мышления.

Отличие ослепших детей от слепорожденных зависит от времени потери зрения: чем позже ребенок потерял зрение, тем больше у него объем зрительных представлений, который можно воссоздать за счет словесных описаний. Если не развивать зрительную память, частично сохранившуюся после потери зрения, происходит постепенное стирание зрительных образов.

Слепой ребенок имеет все возможности для высокого уровня психофизического развития и полноценного познания окружающего мира с опорой на сохранную анализаторную сеть.

Компенсаторная перестройка во многом зависит от сохранности зрения. Даже незначительные остатки зрения важны для ориентации и познавательной деятельности лиц с глубокими зрительными нарушениями.

В процессе обучения педагогу, взрослому (родителям) следует исходить из того, что компенсация слепоты начинается у ребенка с первых месяцев его жизни.

Слабовидящие имеют некоторую возможность при знакомстве с явлениями, предметами, а также при пространственной ориентировке и при движении использовать имеющееся у них зрение. Зрение остается у них ведущим анализатором. Однако их зрительное восприятие сохранно лишь частично и является не вполне полноценным. Обзор окружающей действительности у них сужен, замедлен и неточен, поэтому их зрительное восприятие и впечатления ограничены, а представления имеют качественное своеобразие.

У слабовидящих при косоглазии затруднена способность видеть двумя глазами, т. е. нарушено бинокулярное зрение.

Среди слабовидящих существует большое число лиц с нарушением цветоразличительных функций и контрастной чувствительности зрения, имеются врожденные формы патологии цветоощущения. Коррекционная работа направлена на использование специальных приемов и способов наблюдения явлений и предметов с опорой на слух, осязание, обоняние, что позволяет формировать у детей сложные синтетические образы реальной действительности.

Остаточное зрение слабовидящего имеет существенное значение для его развития, учебной, трудовой и социальной адаптации, поэтому оно должно тщательно оберегаться: необходимы регулярная диагностика, периодическое консультирование у офтальмолога, тифлопедагога, психолога.

Большое значение в восприятии и познании окружающей действительности у слепых и слабовидящих имеет осязание. Тактильное восприятие обеспечивает получение комплекса разнообразных ощущений (прикосновение, давление, движение, тепло, холод, боль, фактура материала и др.) и помогает определять форму, размеры фигуры, устанавливать пропорциональные отношения.

Наряду с осязанием у слепых и слабовидящих в различных видах деятельности важную роль играет слуховое восприятие и речь.

С помощью звуков слепые и слабовидящие могут свободно определять предметные и пространственные свойства окружающей среды.

Поэтому в процессе обучения и воспитания слепых и слабовидящих проводятся упражнения на дифференциацию — различение и оценку с помощью звука характера предмета, анализ и оценку сложного звукового поля: звуковые сигналы присущи определенным предметам, устройствам, механизмам и являются проявлением процессов, происходящих в них.

Успешность овладения лицами с нарушениями зрения различными видами деятельности: предметной, игровой, трудовой, учебной — зависит от высокого уровня развития наглядно-образных представлений, пространственного мышления, пространственной ориентировки.

Пространственная ориентировка является существенной частью свободного движения в пространстве.

Различные структуры психологической системы, формирующейся у слепых разного возраста, являются основой для эффективной коррекции дефектов их пространственной ориентировки.

Домашнее воспитание и обучение ребенка при нарушении зрения имеет свои особенности, зависящие от состояния зрительного нарушения, от времени его возникновения. Родители ребенка с нарушенным зрением должны регулярно получать консультативную помощь специалистов: тифлопедагога, психолога, офтальмолога и др.

Общаясь с ребенком, взрослому необходимо комментировать все свои действия, что позволит ребенку воспринимать информацию о происходящем вокруг него с помощью сохранных анализаторов, как бы «видеть с помощью слуха». Успешность компенсаторной перестройки анализаторов во многом зависит от семейного обучения и воспитания. Важно создать условия, соответствующие возможностям слепого или слабовидящего ребенка. Создание чрезмерно щадящего режима или неоправданной опеки отрицательно сказывается на формировании личности при дефекте зрения.

Воспитание и обучение слепого или слабовидящего ребенка в семье требуют от родителей знания особенностей развития ребенка с нарушенным зрением, влияния первичного дефекта на формирование психических функций, двигательных, социальных, учебных и других умений, способов и приемов формирования и развития навыков ориентировки в пространстве, восприятия предметов и явлений окружающего мира, умения общаться и контактировать со сверстниками и взрослыми, обслуживать себя, исследовать и познавать окружающий мир при помощи сохранных чувств.

Дошкольные учреждения для детей с нарушением зрения являются государственными учреждениями общественного воспитания детей слепых, слабовидящих, включая детей с косоглазием и *амблиопией*, в возрасте от 2–3 до 7 лет. Эти учреждения имеют целью воспитание, лечение, возможное восстановление и развитие нарушенных функций зрения у детей и подготовку их к обучению в школе.

Педагогическая работа направлена на гармоническое развитие ребенка в той степени, в которой это позволяет сделать уровень нарушения зрения в каждом отдельном случае, а также психическое и физическое развитие ребенка.

Кроме образовательной составляющей, работа в дошкольных группах направлена на коррекцию отклонений в развитии, восстановление остаточных функций зрения, оздоровление детей. Значительное внимание уделяется развитию всей компенсирующей системы, прежде всего слуха, осязания, мобильности и ориентировки в пространстве, а также формированию навыков самообслуживания. Проводится работа по гигиене, охране и развитию остаточного зрения, коррекции познавательной, личностной и двигательной сферы, формированию навыков ориентировки в пространстве и самообслуживанию.

Развитие зрительных функций дополняется развитием слуха и осязания. Дети подготавливаются к систематическим занятиям в школе.

Школы для слепых и слабовидящих являются составной частью единой государственной системы специального образования и функционируют на основе принципов, присущих этой системе обучения и воспитания детей с особыми образовательными потребностями. Обучение и воспитание в школах слепых и слабовидящих имеют ряд собственных принципов и особых задач, направленных на восстановление, коррекцию и компенсацию нарушенных и недоразвитых функций, организацию дифференцированного обучения.

В связи с этим школы для слепых и слабовидящих детей должны выполнять следующие функции:

- ◆ учебно-воспитательную;
- ◆ коррекционно-развивающую;
- ◆ санитарно-гигиеническую;
- ◆ лечебно-восстановительную;
- ◆ социально-адаптационную;
- ◆ профориентационную.

Это обеспечивает нормализацию развития детей с нарушенным зрением, восстановление нарушенных связей с окружающей их средой (социальной, природной и др.).

Психическое развитие слепых и слабовидящих детей, формирование у них компенсаторных процессов, активной жизненной позиции, осознание способов самореализации и овладение ими зависят прежде всего от социальных условий, в первую очередь от образовательных.

Специфика работы школ для слепых и слабовидящих детей проявляется в следующем:

- ◆ учета общих закономерностей и специфических особенностей развития детей в опоре на здоровые силы и сохранные возможности;
- ◆ модификации учебных планов и программ, увеличении сроков обучения, перераспределении учебного материала и изменении темпа его прохождения;
- ◆ дифференцированном подходе к детям, уменьшении наполняемости классов и воспитательных групп, применении специальных форм и методов работы, оригинальных учебников, наглядных пособий, тифлотехники;
- ◆ специальном оформлении учебных классов и кабинетов, создании санитарно-гигиенических условий, организации лечебно-восстановительной работы;
- ◆ усилении работы по социально-трудовой адаптации и самореализации выпускников.

Для обучения и воспитания детей с нарушением зрения в стране имеется развитая сеть специальных школ. При некоторых массовых общеобразовательных школах имеются классы охраны зрения.

Как уже отмечалось ранее, школы для слепых и слабовидящих детей (специальные школы 3 и 4 видов) состоят из 3-х ступеней:

- ◆ I ступень — начальная школа;
- ◆ II ступень — основная школа или неполная средняя школа;
- ◆ III ступень — средняя школа.

Ступени школы соответствуют трем основным этапам развития ребенка: детство, отрочество, юность.

Школа I ступени призвана обеспечить становление личности ребенка, целостное развитие ее потенциальных возможностей, лечение, гигиену и охрану зрения, формирование у школьников умения и желания учиться.

Школа II ступени закладывает прочный фундамент общеобразовательной и трудовой подготовки, необходимый выпускнику для продолжения образования, его полноценного включения в жизнь общества.

Школа III ступени обеспечивает завершение общеобразовательной подготовки и курса профессионального обучения на основе его дифференциации.

Программы специальных классов общеобразовательных школ для слепых и слабовидящих детей по русскому языку, математике, ознакомлению с окружающим миром, природоведению соответствуют аналогичным программам общеобразовательной массовой школы по объему и содержанию изучаемого материала. При этом программы специального образования построены с учетом особенностей развития незрячих и слабовидящих детей.

Программами предусмотрено использование средств коррекции и компенсации значительно нарушенного и отсутствующего зрения с помощью оптических приспособлений, тифлоприборов, рельефно-графических пособий (для слепых), плоскочечатных (для слабовидящих).

Особенностью программы по русскому (национальному) языку в начальных классах специальных школ для слепых и слабовидящих детей является то, что они предусматривают увеличение продолжительности подготовительного периода. Эта работа продолжается и на последующих этапах обучения русскому (национальному) языку.

Программа по математике, так же как и программа по русскому языку, предусматривает увеличение подготовительного периода. Большое внимание уделяется формированию конкретных представлений о величине, форме, количестве, пространственном положении предметов и чертежно-измерительных действий.

В программах школ для слабовидящих «Ознакомление с окружающим миром и природоведение» увеличено количество предметных уроков, экскурсий и практических занятий, что позволяет обогатить зрительный опыт детей и сформировать у них представления об окружающей действительности. В тему «Организм человека и охрана его

здоровья» введен материал об органе зрения и его охране, что способствует овладению навыками гигиены и охраны зрения. Введено изучение специальных приемов и способов ориентирования и выполнения правил дорожного движения.

При изучении природоведения в школе для слепых особое внимание уделяется умениям выделить элементарные сигнальные признаки предметов и объектов живой и неживой природы при помощи осязания, слуха, обоняния, остаточного зрения.

Особенности программ по изобразительному искусству для слепых и слабовидящих состоят прежде всего в подборе видов объектов и средств изобразительной деятельности.

Обучение общеобразовательным предметам слепых и слабовидящих учащихся в основном осуществляется по программам общеобразовательной массовой школы с учетом специфики их развития.

7.4. Профессиональное образование, трудовая деятельность, социальная адаптация лиц с нарушениями слуха и зрения

Трудовое обучение в специальной школе имеет три ступени, учитывающие специфические и возрастные особенности развития детей с нарушениями зрения:

- ◆ первоначальное трудовое обучение в 1–4 классах;
- ◆ трудовая подготовка, осуществляемая на общеобразовательной основе, имеющей политехническую направленность в 5–10 классах;
- ◆ широкопрофильная трудовая подготовка с переходом в профессиональную с активным вовлечением учащихся в общественно полезный производительный труд в 11–12 классах.

Первоначальное трудовое обучение (1–4 классы) направлено на привитие любви к труду, ознакомление с элементами технического, сельскохозяйственного и обслуживающего труда.

Трудовая подготовка на втором этапе (5–10 классы) осуществляется на общеобразовательной основе, имеет политехнический характер и предусматривает активное вовлечение школьников в общественно полезный труд.

На третьем этапе (11–12 классы) осуществляется широкопрофильная трудовая подготовка с переходом в профессиональную с активным вовлечением учащихся в общественно полезный производитель-

ный труд. Обучение сочетается с производительным трудом в условиях школы и на предприятиях.

Образование детей и подростков с нарушениями зрения включает в себя процесс нравственного, физического, эстетического, трудового воспитания, социально-психологическое адаптирование учащихся, формирование активной жизненной позиции.

На формирование личностных качеств у слепых и слабовидящих значительное влияние оказывает социально-психологический микроклимат (в семье, школе, ближайшем окружении), который часто характеризуется излишне сочувственным отношением, созданием щадящего режима, ограничением их деятельности и активности. Это приучает детей к пассивности, инертности, зависимости, неверию в свои силы, осознанию себя инвалидами. Следствием этого становятся неадекватная требовательность к обществу, школе, семье, иждивенческие настроения.

Особую заботу проявляет школа в решении проблемы *эстетического воспитания*. Слепые и слабовидящие с различными способами восприятия окружающей действительности в разной мере способны к эстетической оценке предметов и объектов учебной, игровой и трудовой деятельности.

Большое внимание уделяется *физическому воспитанию*, которое имеет чрезвычайно важное значение для улучшения состояния здоровья и физического развития слепых и слабовидящих. Для них проводятся специальные коррекционные занятия по физическому воспитанию, лечебной физкультуре, ритмике, включающие развитие силовых, пространственно-временных компонентов моторных действий, координации, точности, ловкости движений.

В программах по физической культуре многие виды упражнений имеют специфическую коррекционную направленность, изменены нормативы и качественные характеристики выполняемых движений с учетом показанных и противопоказанных факторов к физическим нагрузкам, формированию навыков пространственной ориентировки и коррекции движений, обусловленных слабовидением и слепотой.

Для учащихся школ 3 вида выпускается весьма разнообразная литература, издаваемая по системе Брайля. Это учебники, учебные пособия, социально-экономическая, политическая, художественная, научно-популярная, музыкальная литература. Все выпускаемые учебники по Брайлю иллюстрируются рельефными рисунками, чертежами, схемами. Для слепых, имеющих остаточное зрение, выпускаются пособия, сочетающие рельефную и цветную печать.

Понятие *тифлотехника* включает в себя как теоретическое обоснование технических устройств и методов помощи людям со зрительной недостаточностью, так и практическое приложение этих устройств и методов применительно к условиям деятельности слепых и слабовидящих с учетом структуры нарушенных зрительных функций.

Коррекция неполноценного зрения с помощью тифлотехнических средств ведется путем усиления (повышения уровня) полезного оптического сигнала над уровнем помех, обусловленных неполноценностью зрительного анализатора. Это достигается увеличением яркости, контрастности, угловых размеров изображения наблюдаемого объекта на сетчатке глаза.

К оптическим средствам коррекции относятся различного рода лупы (ручные, опорные, стационарные), очки (микроскопические, телескопические, гиперокулярные), монокуляры и бинокюляры, проекционные увеличивающие аппараты (эпи- и диапроекторы). Все эти средства могут быть использованы для зрительных работ на близком или далеком расстоянии.

Для лиц, страдающих дефектом поля зрения (трубчатое зрение, гемианопсия), предназначены специальные оптические системы, изменяющие в необходимых пределах поле зрения.

В случаях, когда зрение ухудшается в условиях повышенной освещенности, используются светотехнические средства в виде светозащитных корректирующих линз из цветного стекла или бесцветного стекла с покрытием. Для незрячих разработаны различные по сложности технические устройства и приспособления. Выпускаются «говорящие» книги, представляющие собой тиражированные на грампластинках, магнитных носителях записи книг, а также специальные устройства для их прослушивания.

Составной частью деятельности школ является *организация лечебно-профилактической, санитарно-гигиенической и восстановительной работы*, которая осуществляется врачами-специалистами (окулистом, педиатром, психоневрологом) и средним медицинским персоналом. Лечебно-консультативная помощь врачей других специальностей при наличии показаний оказывается поликлиникой, в районе деятельности которой находится школа.

При проведении лечебно-восстановительной работы в зависимости от показаний ведется консультирование учащихся в специализированных клинических центрах. Для получения консультативной помощи и методического руководства школа закрепляется за соответству-

ющим специализированным учреждением, оказывающим офтальмологическую помощь.

Профориентация лиц с нарушенным зрением ведется с учетом медицинских показаний и противопоказаний, установленных НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, и на основе принципов рационального и качественного трудоустройства инвалидов по зрению, разработанных ЦИЭТИНОм.

В специальной профориентационной карточке ведется систематическая регистрация данных медицинского и психолого-педагогического изучения школьников. Значительное число лиц с нарушенным зрением трудится на промышленных предприятиях. Для освоения таких профессий уже в школе у учащихся развивают технические способности, конструктивное творческое воображение. В этих целях школьники изучают черчение, машиноведение, электро- и радиотехнику, овладевают рабочими умениями и навыками, участвуют в кружковых и факультативных занятиях. Среди незрячих много рационализаторов и изобретателей. Достойное место занимают они и в мире науки, искусства, литературы. В их числе замечательные композиторы и музыканты. Многие получают музыкальное образование и работают по избранной специальности. Распространена профессия настройщика музыкальных инструментов. Нарушение зрительной функции не препятствует преподавательской деятельности в высших и средних специальных учебных заведениях, общественной деятельности, работе по организации производства. Популярна среди незрячих профессия массажиста.

В сельской местности живет и работает значительное число лиц с нарушенным зрением. Те, кто имеет остаточное зрение, работают лесостроителями, пчеловодами, садоводами, агрономами. Около 30 % выпускников школ-интернатов для слабовидящих стремятся поступить в сельскохозяйственные вузы и техникумы.

Подготовка специалистов из числа слепых и слабовидящих (инвалидов I и II групп по зрению) ведется в библиотечных техникумах, музыкальных училищах и училищах культуры, а также в специальном медицинском училище, выпускающем массажистов широкого профиля.

В вузах незрячие и слабовидящие могут обучаться по специальностям: правоведение, родной язык и литература, история, философия, экономика, математика, прикладная математика, народные инструменты, пение, фортепиано, композиция, музыковедение и др.

Для всестороннего компенсаторного психического развития детей с нарушением зрительного и слухового анализаторов на каждом возрастном этапе необходимо сочетать обучение и воспитание, а также

специально направленные коррекционные воздействия, которые обеспечивают гармоничное развитие познавательной сферы и личности.

Контрольные вопросы

1. Каковы задачи сурдопсихологии и сурдопедагогики?
2. Как соотносятся задачи тифлопедагогики и тифлопсихологии?
3. Назовите причины нарушения зрения и слуха. Каковы критерии их выделения?
4. Охарактеризуйте общие и специальные закономерности психического развития детей с нарушениями слухового и зрительного анализаторов.
5. На какие особенности поведения детей следует обращать внимание, если у них предполагается нарушение слуха или зрения?
6. Каковы основные направления реабилитационной работы с детьми с данными нарушениями?
7. Каковы роль деятельности в психическом развитии слепых и слабовидящих и в компенсации отклонений, связанных с нарушениями зрения?
8. Охарактеризуйте направления профпригодности людей с нарушениями зрительной и слуховой функций.
9. В чем специфика обучения детей с нарушениями зрительного и слухового анализаторов?

Литература

1. *Боскис Р. М.* Учителю о детях с нарушениями слуха. — М., 1987.
2. *Григорьева Л. П., Сташевский С. В.* Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения. — М., 1990.
3. *Ермаков В. П., Якунин Г. А.* Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. — М., 1992.
4. *Жохов В. П., Кормакова И. А., Плаксина Л. И.* Реабилитация детей, страдающих содружественным косоглазием и амблиопией. — М., 1989.
5. *Жохова В. П., Особова Т. З.* Учителю о близорукости. — М., 1990.
6. *Зайцева Г. Л.* Дактилология. Жестовая речь. — М., 1992.
7. *Зайцева Г. Л.* Диалог с Л. С. Выготским о проблемах современной сурдопедагогики // Дефектология, 1998. — № 2.
8. *Земцова М. Н.* Пути компенсации слепоты. — М., 1956.

9. *Земцова М. Н.* Учителю о детях с нарушениями зрения. — М., 1973.
10. *Каплан А. И.* Детская слепота (цветовое остаточное зрение). — М., 1979.
11. *Крайнин В. А., Крайнина З. М.* Человек не слышит. — М., 1987.
12. *Кукушкина О. И.* Организация использования компьютерной техники в специальной школе // Дефектология, 1994. — № 6.
13. *Леонгард Э. И., Самсонов Е. Г.* Система формирования и развития речевого слуха и речевого общения у детей с нарушениями слуха // Инновация в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.
14. *Литвак А. Г.* Очерки психологии слепых и слабовидящих. — Л., 1972.
15. *Литвак А. Г.* Тифлопсихология. — М., 1985.
16. *Муратов Р. С.* Технические средства обучения слепых и слабовидящих школьников. — М., 1968.
17. Основы ортопедагогика / Под общ. науч. ред. Э. Бруката. — Бельгия (на русском языке), 1999.
18. *Плаксина Л. И.* Теоретические основы коррекционной работы в детских садах для детей с нарушениями зрения. — М., 1998.
19. *Руленкова Л. И.* Обучение и реабилитация детей с нарушением слуха с использованием верботонального метода // Инновация в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.
20. *Синякин В. А., Нудельман Н. Н.* Особенности психического развития глухого ребенка. — М., 1985.
21. *Солнцева Л. И.* Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. — М., 1980.
22. *Соловьева И. Л.* Оздоровительная школа-интернат для неслышающих детей со сложной структурой дефекта: модель нового типа // Инновация в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.
23. *Тимохин В. П.* Сурдопедагогика. — М., 1985.
24. Формирование социально-адаптивного поведения учащихся с нарушениями зрения в начальных классах / Под ред. Л. И. Плаксиной. — Калуга, 1998.
25. *Шматко Н. Д., Пельмская Т. В.* Если малыш не слышит: Книга для воспитателей. — М., 1995.

7.5. Материалы для семинарского занятия

Основные понятия Органические и функциональные нарушения слуха и зрения, первичный дефект, вторичные отклонения в развитии; сурдопсихология, сурдопедагогика; остаточный слух, тугоухость, глухота; аудиометрия; аудиограмма; симптомы нарушения; компенсация утраченной или нарушенной слуховой функции; слуховой аппарат, кохлеарная имплантация; жестовая речь, дактилология, дактильный алфавит, билингвистический подход, метод тотальной коммуникации; тифлопсихология, тифлопедагогика; компенсаторная перестройка восприятия; косоглазие, амблиопия; гигиена зрения; коррекция, компенсация; проблема социокультурной идентификации и интеграции, социальное адаптирование, социально-профессиональная реабилитация.

Методические указания Раскрывая эту тему, необходимо отметить особую значимость слухового анализатора для общего развития ребенка; определить вторичные отклонения в развитии, порождаемые первичным дефектом анализатора. Важно подчеркнуть роль сурдопедагогики и сурдопсихологии в связи с увеличением детей, имеющих нарушения слуха. Следует также охарактеризовать наследственные, врожденные и приобретенные причины нарушений слуха, а также локализацию их в зависимости от поражения центрального или периферического отдела слухового анализатора.

Важно показать высокий уровень развития диагностики состояния слуховой функции человека, который позволяет определить у ребенка нарушение слуха еще до его рождения или в первые часы и дни после рождения. Необходимо дать характеристику специальных методов определения места и степени поражения слуха: тональной, речевой, электрокорковой аудиометрии, аудиометрии детского возраста, импеданс-аудиометрии и др., а также обратить внимание на зависимость выбора способа исследования слуха ребенка от его возраста, зрелости, способности к концентрации внимания, готовности к сотрудничеству, самочувствия на момент обследования.

Целесообразно проанализировать основные классификации нарушений слуха в соответствии с критериями, предложенными Р. М. Боскис, учитывающими своеобразие развития детей с нарушенным слухом: 1) степень поражения слуховой функции; 2) уровень развития речи при данной степени поражения слуховой функции; 3) время возникновения нарушения слуха. Психолого-педагогическая характери-

стика глухих, слабослышащих, позднооглохших детей позволяет выбрать наиболее рациональные корригирующие мероприятия, методики их обучения.

Особого внимания требует рассмотрение проблемы обучения слабослышащих и глухих детей. Необходимо выявить особенности полисенсорной, коммуникационной систем обучения, билингвистического подхода.

В заключение важно осветить вопрос зависимости профессионального образования и социальной адаптации лиц с нарушенным слухом от качества полученного в школе образования, тяжести нарушения слуха, степени развития словесной речи, от влияния ближайшего социального окружения, а также зависимость социальной адаптации человека с нарушенным слухом от его социокультурной идентификации в условиях субкультуры жестового языка или сообщества слышащих.

Важно раскрыть особенности развития психики детей с нарушениями зрения и показать роль специального образования в формировании гармонично развитой личности. Для этого необходимо уяснить роль зрения в психофизическом развитии человека, выявить проявления его нарушения в двигательной активности, эмоционально-волевой сфере, социальной коммуникации, интеграции в общество, адаптации к труду. Вместе с тем требуется охарактеризовать врожденные и приобретенные нарушения зрения, психологические особенности зрения, а также классификации по степени и времени наступления поражения.

Особого рассмотрения требует вопрос компенсаторной перестройки восприятия на основе сохранного зрения, формирования в условиях специального обучения адекватных приемов и способов использования слухового, кожного, обонятельного, вибрационного и других анализаторов, представляющих сенсорную основу развития психических процессов у слепых. Вслед за этим следует осветить роль остаточного зрения для развития слабовидящих, их учебной, трудовой и социальной адаптации.

Необходимо выделить социальные последствия слепоты и слабовидения для ребенка и подчеркнуть роль правильного воспитания и обучения такого ребенка в семье, специального воспитания и обучения. Целесообразно представить коррекционно-развивающую направленность обучения и воспитания детей с нарушениями зрения в специальных (коррекционных) школах 3 и 4 видов как систему компенсации, исправления и восстановления нарушенных функций, сглаживания недостатков познавательной деятельности, поиска коррекционных

возможностей в становлении их личности. Характеризуя особенности обучения слепых и слабовидящих, важно отметить роль тифлопедагогики в коррекции и компенсации зрения учащихся, а также системы рельефного письма Л. Брайля.

Вопросы для обсуждения

1. Охарактеризуйте причины нарушений:
 - слуховой функции у детей;
 - зрительной функции у детей.
2. Дайте классификацию нарушений зрения и слуха у детей.
3. Раскройте особенности развития познавательной и эмоционально-волевой сферы, личности детей с нарушением зрения и слуха.
4. Назовите специфические задачи обучения и воспитания детей:
 - слепых и слабовидящих;
 - глухих и слабослышащих.

Темы рефератов

1. Особенности обучения и воспитания детей с нарушениями слухового анализатора.
2. Развитие и использование остаточного зрения.
3. Современная теория компенсации слепоты.
4. Влияние слепоты и слабовидения на развитие эмоционально-волевой сферы.
5. Восприятие и ощущения у детей с нарушенным слухом.
6. Условия овладения речью глухими детьми.
7. Специфические закономерности психического развития детей, имеющих нарушения слуха.

Литература

1. *Боскис Р. М.* Учителю о детях с нарушениями слуха. — М., 1987.
2. *Ермаков В. П., Якунин Г. А.* Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. — М., 1992.
3. *Зайцева Г. Л.* Дактилология. Жестовая речь. — М., 1992.
4. *Зайцева Г. Л.* Диалог с Л. С. Выготским о проблемах современной сурдопедагогики // Дефектология, 1998. — № 2.
5. *Земцова М. Н.* Учителю о детях с нарушениями зрения. — М., 1973.
6. *Крайнин В. А., Крайнина З. М.* Человек не слышит. — М., 1987.

7. *Кукушкина О. И.* Организация использования компьютерной техники в специальной школе // Дефектология, 1994. — № 6.
8. *Леонгард Э. И., Самсонов Е. Г.* Система формирования и развития речевого слуха и речевого общения у детей с нарушениями слуха // Инновация в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.

Глава 8

Логопедия и логопсихология

Краткое содержание темы. Предмет, задачи и методы логопедии. Строение речевого аппарата. Виды речи и основные причины ее нарушения. Развитие речевой деятельности в онтогенезе. Современные классификации речевых нарушений. Предмет, задачи и методы логопсихологии. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями речи в ПМПК. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения. Элементы психотерапии в работе логопеда.

8.1. Предмет, задачи и методы логопедии

Логопедия — наука о нарушениях речи, методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания.

Предметом логопедии являются нарушения речи, а также обучение и воспитание лиц с расстройствами речевой функции. Логопедия изучает людей, страдающих нарушениями речи, — логопатов. Она рассматривает расстройства речи с позиции предупреждения и преодоления средствами специального организованного обучения и воспитания, таким образом, ее относят к специальной педагогике.

По возрасту логопатов выделяют дошкольную, школьную и логопедию подростков и взрослых.

Задачами логопедии являются:

- 1) изучение онтогенеза речевой функции при различных нарушениях;
- 2) определение распространенности, симптоматики и степени проявления нарушений речи;
- 3) выявление динамики спонтанного направленного развития детей с нарушениями речевой функции, а также характера влияния речевых расстройств на формирование их личности, психическое развитие, на ощущение различных видов функций, поведения;

- 4) нарушение особенностей формирования речи и речевых нарушений у детей с различными отклонениями в развитии;
- 5) выявление этиологии, механизмов, структуры, симптоматики речевых расстройств;
- 6) разработка методов первичной диагностики речевых расстройств;
- 7) систематизация речевых расстройств;
- 8) разработка принципов, дифференцированных методов и средств устранения речевых расстройств;
- 9) разработка вопросов организации логопедической помощи.

Теоретический аспект логопедии — изучение речевых расстройств и разработка научно обоснованных методов их профилактики, выявления и преодоления. Практический аспект — профилактика, выявление и устранение речевых нарушений. Теоретические и практические задачи логопедии тесно взаимосвязаны.

Выделяют следующие связи логопедии с другими науками: межсистемные (с медико-биологическими и лингвистическими науками) и внутрисистемные (с педагогикой, различными отраслями специальной педагогики, методами обучения родному языку и математике, с логопедической ритмикой, с общей и специальной психологией).

Основными принципами логопедии являются:

- ◆ системность;
- ◆ комплексность;
- ◆ принцип развития;
- ◆ принцип рассмотрения нарушений речи во взаимосвязи с другими сторонами психического развития ребенка;
- ◆ деятельностный подход;
- ◆ онтогенетический принцип;
- ◆ этиопатогенетический принцип;
- ◆ принцип учета симптоматики нарушения и его структуры;
- ◆ принцип обходного пути;
- ◆ общедидактические принципы (индивидуальный подход, научность, доступность и др.).

К методам логопедического исследования относят:

- ◆ организационные: сравнительный, лонгитюдный, комплексный;
- ◆ эмпирические: наблюдательные (наблюдение), экспериментальные (лабораторный, естественный, психолого-педагогический эксперимент), психодиагностические (тесты, анкеты, беседа,

интервью), праксиметрические приемы анализа функций, биографические;

- ◆ количественный и качественный анализ полученных данных. Применяется машинная обработка данных с использованием ЭВМ;
- ◆ интерпретационные — способы теоретического исследования связей между изучаемыми явлениями;
- ◆ логопедическое воздействие — это педагогический процесс, в котором реализуются задачи коррекционного обучения и воспитания.

Основными формами логопедического воздействия являются *обучение, воспитание, перевоспитание*. В ходе логопедического воздействия осуществляется коррекция и компенсация. Восстановительное обучение осуществляется при локальных нарушениях коры головного мозга и направлено на восстановление нарушенных речевых и неречевых функций. Восстановление речи осуществляется при логопедическом воздействии на людей с афазией.

Метод обучения в педагогике — это способ совместной активности педагога и детей, направленный на освоение детьми знаний, умений, навыков, на формирование умственных способностей, воспитание чувств, поведения и личностных качеств.

В логопедической работе используются словесный, наглядный и практический методы обучения. Их выбор и использование определяются характером речевых нарушений, содержанием, целями и задачами коррекционно-педагогического воздействия и индивидуально-психологическими особенностями логопатов.

8.2. Виды речи и основные причины ее нарушения

Речь является средством общения людей и формой человеческого мышления. Различают *внешнюю* и *внутреннюю* речь. Разновидностями внешней речи является *устная* и *письменная* речь. *Эгоцентрическая* речь является промежуточным этапом развития речи ребенка между внешней и внутренней речи.

Речь не является врожденной способностью человека. Она формируется постепенно вместе с развитием ребенка. Для нормального становления речи ребенка необходимо, чтобы кора головного мозга достигла определенной зрелости, а органы чувств были достаточно развиты. Особенно важно для формирования речи развитие речеслухового и речедвигательного анализаторов.

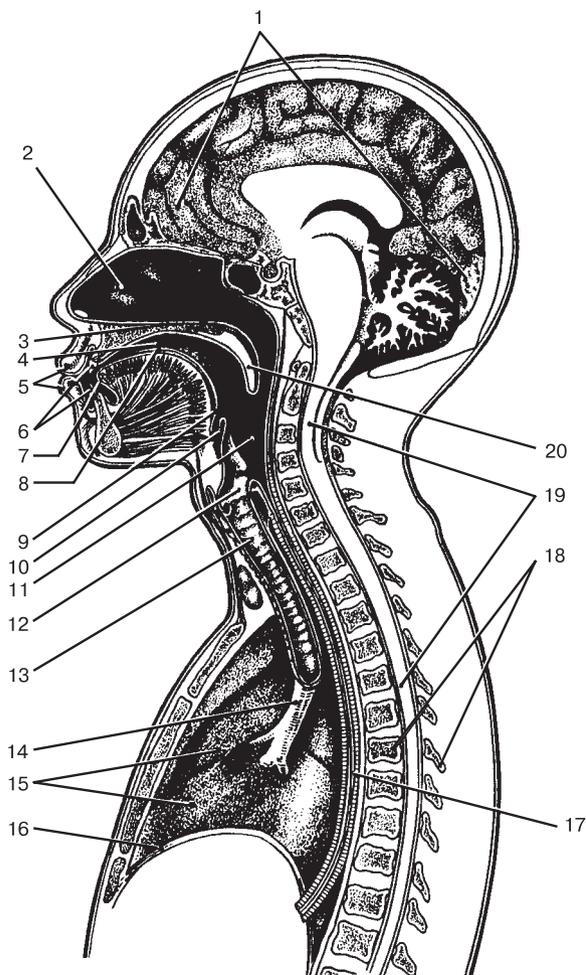


Рис. 9. Строение речевого аппарата: 1 — головной мозг; 2 — носовая полость; 3 — твердое небо; 4 — ротовая полость; 5 — губы; 6 — резцы; 7 — кончик языка; 8 — спинка языка; 9 — корень языка; 10 — надгортанник; 11 — глотка; 12 — гортань; 13 — трахея; 14 — правый бронх; 15 — правое легкое; 16 — диафрагма; 17 — пищевод; 18 — позвоночник; 19 — спинной мозг; 20 — мягкое небо

Все вышеперечисленные факторы в значительной степени зависят от окружающей среды. Если ребенок не получает новых ярких впечатлений, не создана обстановка, способствующая развитию движений и речи, задерживается его физическое и психическое развитие.

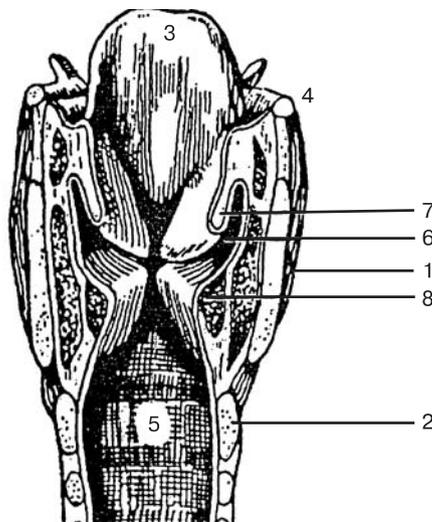


Рис. 10. Внутренний вид передней части гортани: 1 — щитовидный хрящ, 2 — перстневидный хрящ, 3 — надгортанник, 4 — разрез подъязычной кости, 5 — трахея, 6 — морганиев желудочек, 7 — ложная голосовая связка, 8 — истинная голосовая связка

Большое значение для развития речи имеет психофизиологическое здоровье ребенка, то есть состояние ВНД, высших психических процессов, а также соматическое состояние ребенка.

Условиями нормального, своевременного и правильного речевого развития ребенка являются его психическое и соматическое здоровье, нормальные умственные способности, слух и зрение, достаточная психическая активность, потребность в речевом общении, полноценное речевое окружение.

М. Е. Хватцев выделил следующие причины речевого нарушения:

- ♦ органические (поражается центральный или периферический отдел речевого анализатора: неправильное строение зубов, короткий язык и т. п.);
- ♦ функциональные или психогенные (нарушения нейродинамики);
- ♦ социально-психологические причины.

8.3. Развитие речевой деятельности в онтогенезе

Ведущие специалисты в области лингвистики, психологии, педагогики выделяют разное количество этапов развития речи детей (Т. Л. Ро-

зенгард-Путко, А. Н. Гвоздев и др.). А. А. Леонтьев выделил следующие этапы развития речи детей: подготовительный (до 1 года), дошкольный — этап первичного овладения языком (от 1 года до 3 лет), дошкольный (от 3 до 7 лет) и школьный (со времени поступления в школу до ее окончания).

Развитие речи ребенка начинается с 3-х месяцев, с периода гуления — это этап активной подготовки речевого аппарата к произношению звука. Одновременно осуществляется процесс развития понимания речи, т. е. импрессивная речь. Ребенок начинает различать интонацию, затем слова, обозначения предметов и действий. Лепет характеризуется производством сочетаний звуков неопределенно-артикулируемых. Ребенок к 6 месяцам пытается произнести звуки, похожие на слова.

В 9–10 месяцев ребенок произносит отдельные слова, состоящие из одинаковых парных слогов (папа, мама). К концу первого года словарь достигает 8–12 слов.

На 2-м году жизни ребенка слова и звукосочетания становятся средством речевого общения, т. е. развивается экспрессивная речь. Развитие речи ребенка осуществляется по подражанию, следовательно, большую роль в ее формировании играют родители и речевая обстановка в семье.

В период 1-го года жизни ребенок перенимает все элементы звучащей речи. Во 2-м полугодии ребенок воспринимает определенные звукосочетания и связывает их с предметами или действиями. В это время ребенок реагирует на весь комплекс воздействия, ситуацию, интонацию, слова. Все это помогает образованию временных связей. В возрасте 7–9 месяцев ребенок повторяет за взрослыми все более и более разнообразные сочетания звуков. С 10–11 месяцев появляются реакции на слова, независимо от ситуации и интонации говорящего.

После 3 лет начинается этап становления активной речи. В это время у ребенка появляется особое внимание к артикуляции окружающих. Первые слова ребенка носят обобщенно смысловой характер, т. е. одними и теми же словами он выражает разные чувства. Понять ребенка можно по ситуации общения. Переход от данного вида речи к контекстной происходит к 5 годам.

С 1,5 лет у ребенка появляется возможность понимания словесной речи взрослых. На протяжении 2-го и 3-го годов происходит значительное накопление словаря: в 1,5 года — 10–15 слов, к концу 2-го — 300 слов, к концу 3-го — около 1000 слов. Значения слов становятся более определенными.

К началу 3-го года жизни у ребенка начинает формироваться грамматический строй речи. Сначала ребенок выражает свои желания одним словом, потом примитивными фразами, словами без согласования, соподчинения слов в предложении. К 2-м годам дети практически овладевают навыками употребления форм единственного и множественного числа, имен существительных, времени и лица глаголов, используют некоторые падежные окончания. В это время понимание речи значительно превосходит произносительные возможности.

В дошкольный период развития речи у большинства детей еще отмечается неправильное звукопроизношение. Развивается навык слухового контроля, формируется фонематическое восприятие, увеличивается словарный запас. Активный словарный запас к 4–6 годам составляет 3000–4000 слов. Значения слов обогащаются и уточняются. У ребенка растет опыт речевого общения и на его основе формируется чувство языка.

Параллельно идет развитие грамматического строя. Дети 4-го года жизни пользуются в речи простыми и сложными предложениями. Наиболее распространенные формы высказывания — простое распространенное предложение. К 5 годам дети относительно свободно пользуются структурой сложноподчиненного и сложносочиненного предложения. Начиная с этого возраста высказывания детей напоминают короткий рассказ. Во время бесед их ответы на вопросы включают в себя все большее количество предложений. К 5 годам дети овладевают монологической речью и могут выполнить пересказ сказки без дополнительных вопросов из 40–50 предложений.

В 4 года ребенок должен дифференцировать все звуки. У ребенка заканчивается формирование правильного произношения. К школьному возрасту у ребенка формируется контекстная (т. е. отвлеченная), обобщенная на наглядной основе речь.

За время обучения в школе происходит сознательное усвоение собственной речи и вообще языка. Ведущая роль принадлежит письменной речи. Дети овладевают звуковым анализом, усваивают грамматические правила построения высказываний.

После окончания школы идет процесс саморазвития речи.

8.4. Современные классификации речевых нарушений

В современной логопедии и логопсихологии используют две основные классификации нарушений речи: *клинико-педагогическую* и *психолого-педагогическую*.

Все виды нарушений, рассматриваемые в клинико-педагогической классификации, на основе психолого-лингвистических критериев можно подразделить на две большие группы в зависимости от того, какой вид речи нарушен: устная или письменная.

Нарушения устной речи, в свою очередь, могут быть разделены на два типа: 1) фонационного (внешнего) оформления высказывания, которые называют нарушениями произносительной стороны речи, и 2) структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания, которые в логопедии называют системными, или полиморфными нарушениями речи.

I. Расстройства фонационного оформления высказывания могут быть дифференцированы в зависимости от нарушенного звена:

- 1) голосообразования;
- 2) темпоритмической организации высказывания;
- 3) интонационно-мелодической организации;
- 4) звукопроизносительной организации.

Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных комбинациях, в зависимости от чего в логопедии выделяются следующие виды нарушений, для обозначения которых существуют традиционно закрепившиеся термины.

1. **Дисфония** (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Синонимы: *нарушение голоса, нарушение фонации, фонторные нарушения, вокальные нарушения*. Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония), может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации и возникать на любом этапе развития ребенка. Бывает изолированной или входит в состав ряда других нарушений речи.

2. **Брадилалия** — патологически замедленный темп речи. Синоним: *брадифразия*. Проявляется в замедленной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, может быть органической или функциональной.

3. **Тахилалия** — патологически ускоренный темп речи. Синоним: *тахифразия*. Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, органической или функциональной.

При замедленном темпе речь оказывается тягуче-растянутой, вялой, монотонной. При ускоренном темпе — торопливой, стремительной,

напористой. Ускорение речи может сопровождаться аграмматизмами. Эти явления иногда выделяют как самостоятельные нарушения, выраженные в терминах *баттаризм*, *парафразия*. В случаях, когда патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, запинками, спотыканием, она обозначается термином *полтерн*. *Брадилалия* и *тахилалия* объединяются под общим названием — нарушение темпа речи. Следствием нарушенного темпа речи является нарушение плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонациональной выразительности.

4. **Заикание** — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Синонимы: *логоневроз*, *lalonevros*, *balbuties*. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития ребенка.

5. **Дислалия** — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Синонимы: *косноязычие* (устаревшее), *дефекты звукопроизношения*, *фонетические дефекты*, *недостатки произношения фонем*. Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: в искаженном (ненормированном) произнесении звуков, в заменах (субституциях) звуков или в их смешении. Дефект может быть обусловлен тем, что у ребенка не полностью сформировалась артикуляторная база (не усвоен весь набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков) или неправильно сформировались артикуляторные позиции, вследствие чего продуцируются ненормированные звуки. Особую группу составляют нарушения, обусловленные анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. В психолингвистическом аспекте нарушения произношения рассматриваются либо как следствие несформированности операций различения и узнавания фонем (дефекты восприятия), либо как несформированность операций отбора и реализации (дефекты продуцирования), либо как нарушение условий реализации звуков.

При анатомических дефектах нарушения носят органический характер, а при их отсутствии — функциональный. Нарушение возникает обычно в процессе развития речи ребенка; в случаях травматического повреждения периферического аппарата — в любом возрасте.

Описанные дефекты являются избирательными, и каждый из них имеет статус самостоятельного нарушения. Однако наблюдаются и такие, в которых оказываются вовлеченными одновременно несколько звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания. К таким относятся ринолалия и дизартрия.

6. Ринопалия — нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Синонимы: *гнузавость* (устаревшее), *палатолалия*. Проявляется в патологическом изменении тембра голоса, который оказывается избыточно назализованным, вследствие того что голосовыдыхательная струя проходит при произнесении всех звуков речи в полость носа и в ней получает резонанс. При ринопалии наблюдается искаженное произнесение всех звуков речи (а не отдельных, как при дислалии). При этом дефекте часто встречаются и просодические нарушения, речь при ринопалии малоразборчива (невнятная), монотонная. В отечественной логопедии к ринопалии принято относить дефекты, обусловленные врожденными расщелинами нёба, т. е. грубыми анатомическими нарушениями артикуляторного аппарата. В ряде зарубежных работ такие нарушения обозначаются термином «палатолалия» (от лат. *palatum* — нёбо). Все остальные случаи назализованного произношения звуков, обусловленные функциональными или органическими нарушениями различной локализации, в этих работах называют ринопалией. В отечественных работах явления назализованного произношения без грубых артикуляционных нарушений относят к ринопалии.

До недавнего времени ринопалию определяли как одну из форм механической дислалии. Учитывая специфику нарушения, необходимо ринопалию выделить в самостоятельное речевое нарушение.

7. Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Наблюдаются несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно-фонетические дефекты. Тяжелой степенью дизартрии является анартрия, проявляющаяся в невозможности осуществить звуковую реализацию речи. В легких случаях дизартрии, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о ее стертой форме. Эти случаи необходимо отличать от дислалии.

Дизартрия является следствием органического нарушения центрального характера, приводящего к двигательным расстройствам. По локализации поражения ЦНС выделяют различные формы дизартрии. По тяжести нарушения различают степень проявления дизартрии.

Чаще всего дизартрия возникает вследствие рано приобретенного церебрального паралича, но может возникнуть на любом этапе развития ребенка вследствие нейроинфекции и других мозговых заболеваний.

II. Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами: *алалией* и *афазией*.

1. **Алалия** — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Синонимы: *дисфазия*, *ранняя детская афазия*, *афазия развития*, *слухонемота* (устаревшее).

Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, вследствие чего оказывается не сформированной речевая деятельность ребенка. Система языковых средств (фонематических, грамматических, лексических) не формируется, страдает мотивационно-побудительный уровень речепорождения. Наблюдаются грубые семантические дефекты. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов. Встречается несколько вариантов алалии в зависимости от того, какие речевые механизмы не сформированы и какой из их этапов (уровней) преимущественно страдает.

2. **Афазия** — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Синонимы: *распад*, *утрата речи*.

У ребенка теряется речь в результате черепно-мозговых травм, нейроинфекции или опухолей мозга после того, как речь уже была сформирована. Если такое нарушение произошло в возрасте до 3-х лет, то исследователи воздерживаются от диагноза афазия. Если же нарушение произошло в более старшем возрасте, то говорят об афазии. В отличие от афазии взрослых есть детская, или ранняя, афазия.

III. Нарушения письменной речи. Эти нарушения подразделяются на две группы в зависимости от того, какой вид ее нарушен. При нарушении продуктивного вида отмечаются расстройства письма, при нарушении рецептивной письменной деятельности — расстройства чтения.

1. **Дислексия** — частичное специфическое нарушение процесса чтения. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв; затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова; в аграмматизме и искажении понимания прочитанного.

2. **Дисграфия** — частичное специфическое нарушение процесса письма. Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв, в искажениях звукослогового состава слова и структуры предложений. В случае несформированности процессов чтения и письма (в ходе обучения) говорят об алексии и аграфии.

Нарушения письма и чтения у детей вызываются затруднениями в овладении умениями и навыками, необходимыми для полноценного осуществления этих процессов. По данным исследователей, эти затруднения обуславливаются дефектами устной речи (за исключением оптических форм), несформированностью операций звукового анализа, нестойкостью произвольного внимания.

Нарушения письма и чтения у детей необходимо отличать от утраты умений и навыков письма и чтения, т. е. дислексии (алексии) и дисграфий (аграфий), возникающих при афазиях.

Таким образом, в логопедии выделяются 11 форм речевых нарушений, 9 из них составляют нарушения устной речи на разных этапах ее порождения и реализации и 2 формы составляют нарушения письменной речи, выделяемые в зависимости от нарушенного процесса.

Нарушения устной речи: дисфония (афония), тахилалия, брадилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия (анартрия), алалия, афазия. Нарушения письменной речи: дислексия (алексия) и дисграфия (аграфия). В приведенную классификацию включены лишь те формы речевых нарушений, которые выделены в логопедической литературе и применительно к которым разработаны методики. Внутри каждой из форм речевых нарушений существуют виды и подвиды.

В связи с этим следует указать, что в ряде случаев виды нарушений, относящиеся к одной форме, представляют собой не вариант, а отдельное нарушение. Например, в дислексию включены, с одной стороны, артикуляторно-фонетические нарушения, т. е. дефекты собственно звуковой реализации речи, относящиеся к уровню речевой нормы, а с другой — фонематические нарушения, обусловленные несформированностью операций, осуществляющих отбор звуков, и относящиеся к уровню структурного (языкового) оформления высказывания.

Отмеченная непоследовательность классификации стала особенно заметной в современный период развития науки в связи с возросшими знаниями о речевых (психологических и физиологических) механизмах и новыми исследованиями в логопедии. Каждый новый этап в развитии науки и новые знания требуют внесения корректив в прежние представления, поэтому дальнейшая разработка вопросов классификации речевых нарушений остается актуальной задачей логопедии.

Психолого-педагогическая классификация возникла в результате критического анализа клинической классификации с точки зрения применимости ее в педагогическом процессе, каким является логопедическое воздействие. Такой анализ оказался необходимым в связи с ориентацией логопедии на обучение и воспитание детей с нарушениями развития речи.

Внимание исследователей было направлено на разработку методов логопедического воздействия для работы с коллективом детей (учебной группой, классом). Для этого необходимо было найти общие проявления дефекта при разных формах аномального развития речи у детей, особенно те, которые актуальны для коррекционного обучения. Такой подход потребовал другого принципа группировки нарушений: не от общего к частному, а от частного к общему. Это позволило строить ее на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной).

Нарушения речи в данной классификации подразделяются на 2 группы. *Первая группа* — нарушение средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи).

1. *Фонетико-фонематическое недоразвитие речи* — нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

2. *Общее недоразвитие речи* — различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

В качестве общих признаков отмечаются: позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизм, дефекты произношения, дефекты фонемообразования.

Недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. В зависимости от степени сформированности речевых средств у ребенка общее недоразвитие подразделяется на три уровня.

Вторая группа — нарушения в применении средств общения, куда относится заикание, которое рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения. Возможен и комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с общим недоразвитием речи.

В данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их системные, отсроченные последствия, обусловленные не-

сформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков. В классификации отражается последовательная опора на принцип системного подхода, на основе которого учитываются два соотношения: соотношение нарушений в системе речевой деятельности и соотношение нарушений как одного из психических процессов с другими сторонами психики ребенка, развитие которых тесно связано с речью.

Приведенные классификации отражают современное состояние теории логопедии. Между ними нет противоречий — они дополняют друг друга. Задача логопедии — совершенствовать систематизацию речевых нарушений.

Приведенные классификации разработаны преимущественно по отношению к первичному недоразвитию речи у детей, т. е. к тем случаям, когда нарушения наблюдаются при сохранном слухе и интеллекте. Однако эта категория детей не однородна по своему составу, так как к ней относятся и дети с задержкой психического развития, с нарушениями зрения и опорно-двигательного аппарата. Важно решить вопрос о том, применимы ли разработанные в логопедии классификации к нарушениям речи у названных категорий детей или необходимы новые поиски.

Не менее важным и сложным является вопрос о систематизации речевых нарушений у умственно отсталых и слабослышащих детей.

Наиболее приемлемой для указанных случаев является клинико-педагогическая классификация, поскольку она строится на признаках, максимально дифференцирующих виды речевых нарушений, позволяющих логопеду квалифицировать дефект речи при разных формах аномального развития и осуществить логопедическое воздействие с опорой на принцип индивидуального подхода. В свою очередь, те признаки, которые положены в основание психолого-педагогической систематизации, помогут в организации групповых форм логопедической работы при разных формах аномалий, но при общности проявлений речевого дефекта.

8.5. Предмет, задачи и методы логопсихологии

Логопсихология — это отрасль специальной психологии, которая изучает психические особенности человека, имеющего речевые нарушения первичного характера.

Предметом логопсихологии является изучение своеобразия психического развития людей с различными формами речевой патологии.

Задачи логопсихологии:

- ◆ изучение специфики психического развития при первичных речевых нарушениях различной степени тяжести и этиологии;
- ◆ изучение особенностей личностного и социального развития у детей с речевой патологией;
- ◆ определение перспектив развития детей с нарушениями речи и эффективных средств воспитания и образования;
- ◆ разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие среди сходных по внешним проявлениям состояний (аутизма, нарушений слуховой функции, задержки психического развития, сложных недостатков развития);
- ◆ разработка методов психологической коррекции и профилактики речевых нарушений в детском возрасте.

Логопсихология опирается на выдвинутый отечественными психологами (Л. С. Выготским, А. В. Запорожцем, Р. Е. Левиной, А. Р. Лурией и др.) принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития, утверждающий ее ведущую роль в опосредовании психических процессов.

Теоретические истоки логопсихологии находятся в исследованиях Л. С. Выготского, раскрывающих сложную структуру аномального развития ребенка, согласно которой «дефект какого-нибудь анализатора или интеллектуальный дефект не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений».

Так, первичный дефект, недоразвитие или повреждение различных звеньев речевой системы при отсутствии специальных коррекционных мероприятий неизбежно вызовет ряд вторичных и третичных отклонений: недоразвитие всех сторон речи; ограниченность сенсорных, временных и пространственных представлений; недостатки памяти; недостаточную целенаправленность и концентрацию внимания; снижение уровня обобщений; недостаточное умение строить умозаключения, устанавливая причинно-следственные связи. Данные особенности, а также недостаточный уровень развития навыков коммуникации у ребенка, что связано с речевыми проблемами, могут приводить к трудностям в общении с другими людьми, нарушению его социальных связей с окружающим миром, к чувству отверженности и одиночества.

Для получения целостной картины структуры нарушения логопсихологии необходимо опираться на патопсихологию, на знание зако-

номерностей развития высших психических функций при патологии развития, на общую и специальную психологию, возрастную психологию, нейропсихологию, психодиагностику. Следует иметь тесную связь с логопедией и знаниями о речевых нарушениях, их механизмах, тяжести, структуре, а также с нейролингвистикой. Важное значение для логопсихологии представляют и знания медицинских наук: педиатрии, невропатологии и др.

8.6. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями речи в ПМПК

Обследование ребенка, имеющего отставание в речевом развитии или его нарушение, ПМПК обеспечивает:

- ♦ раннее выявление особенностей развития ребенка, обуславливающих проблемы в учебе и поведении;
- ♦ проведение специализированных курсов коррекционно-развивающих занятий для таких детей;
- ♦ сопровождение детей со стойкими трудностями в учебе и адаптации в социуме;
- ♦ консультирование родителей и учителей по вопросам эффективной помощи таким детям, индивидуального подхода в обучении.

По результатам обследования ребенка в ПМПК администрация школы и родители получают заключение консилиума и рекомендации по изменению условий обучения, улучшению ситуации развития ребенка, по коррекции проблем обучения и адаптации. Помимо этого, в случае необходимости, ребенок направляется в коррекционно-развивающие группы и на индивидуальные занятия к специалистам: психологу, дефектологу, логопеду.

Особую сложность представляет дифференциальная диагностика самого распространенного речевого нарушения — общего недоразвития речи и других нарушений.

Общее недоразвитие речи и задержка речевого развития

Необходимо отграничивать общее недоразвитие речи (ОНР) от задержки темпа ее формирования. Причинами задержки развития речи обычно являются педагогическая запущенность, недостаточность речевого общения ребенка с окружающими, двуязычие в семье. Наиболее точное

разграничение этих состояний возможно в процессе диагностического обучения. Отличительными признаками, говорящими о более тяжелом

речевом диагнозе, будут наличие органического поражения центральной нервной системы, более выраженная недостаточность психических функций, невозможность самостоятельного овладения языковыми обобщениями. Одним из важных диагностических критериев является возможность усвоения ребенком с замедленным темпом развития речи грамматических норм родного языка — понимание значения грамматических изменений слов, отсутствие смешения в понимании значений слов, имеющих сходное звучание, отсутствие нарушений структуры слов и аграмматизмов, столь характерных и стойких при общем недоразвитии речи (Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филочева, 1990).

**Общее
недоразвитие
речи и умственная
отсталость**

Дифференциальная диагностика речевых нарушений и умственной отсталости может затрудняться, так как общее психическое недоразвитие всегда в той или иной степени сопровождается недоразвитием речи, а с другой стороны, при выраженном речевом недоразвитии у ребенка часто отмечается задержанное или неравномерное развитие его интеллекта. В ряде случаев диагностика может быть успешной только в результате динамического изучения ребенка в процессе коррекционных занятий. В отличие от детей с отклонениями в умственном развитии, имеющих тотальный интеллектуальный дефект, захватывающий все виды мыслительной деятельности, у детей с тяжелыми нарушениями речи наибольшие трудности вызывают задания, требующие участия речи.

У детей с ОНР не наблюдается инертности психических процессов в отличие от умственно отсталых детей, они способны к переносу усвоенных способов умственных действий на другие, аналогичные задания. Эти дети нуждаются в меньшей помощи при формировании обобщенных способов действий, если они не требуют речевого ответа. У детей с общим недоразвитием речи отмечаются более дифференцированные эмоциональные реакции, они критично относятся к своей речевой недостаточности и во многих заданиях сознательно стараются избегать речевого ответа. Их деятельность носит более целенаправленный и контролируемый характер. Они проявляют достаточную заинтересованность и сообразительность при выполнении заданий.

**Общее
недоразвитие
речи и ЗПР**

Если разграничение детей с ОНР и умственной отсталостью встречает некоторые трудности, то дифференциацию ОНР и ЗПР во многих случаях не удастся осуществить. У детей с ЗПР, так же как и при ОНР, отмечаются слабость произвольного внимания и недостатки в развитии наглядного и словесно-логического мышле-

ния. Речевая функция также обладает некоторыми сходными характеристиками. При тяжелых формах речевой недостаточности, возникающих при церебрально-органической патологии, затрагивающей не только речевые зоны, обнаруживаются выраженные нарушения памяти и мышления (Е. М. Мастюкова, 1998), подобно тому, как это отмечается у детей с ЗПР церебрально-органического генеза. Подтверждение этому получено при сравнительном исследовании детей с ОНР и ЗПР младшего школьного возраста, проведенном Т. А. Фотековой (1993).

Следует добавить, что дети с речевой патологией, так же как и дети с задержкой психического развития, в зарубежной литературе относятся к единой группе — детей с трудностями обучения. В то же время тщательное обследование состояния различных сторон речевого развития и познавательной сферы с учетом клинического анализа позволяет установить структуру отклоняющегося развития, его ведущий фактор и выбрать направленно-рациональные способы коррекционных воздействий. Есть основания считать, что во многих случаях даже ранее успешное преодоление речевых дефектов не является достаточным условием для преодоления недостатков в развитии познавательной функции. Дифференциальной диагностике речевой и интеллектуальной недостаточности могут помочь дополнительные методы, например электроэнцефалографическое исследование (у детей с ЗПР преимущественно страдают лобные доли, а у детей с ОНР изменения чаще затрагивают височно-теменно-затылочные зоны), а также анализ динамики психического развития ребенка.

Сенсорная алалия и нарушения слуха

С. Н. Шаховская (1998) выделила некоторые диагностические показатели для разграничения ребенка с сенсорной алалией (трудности понимания обращенной речи) и ребенка с нарушением слуха (трудности различения обращенной речи).

В их числе следующие:

- ◆ слабослышащий имеет постоянный порог восприятия (в разное время суток в различных условиях он слышит одинаково), а у ребенка с сенсорной алалией отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: то он слышит и понимает более тихое звучание, то не воспринимает более громкого звучания;
- ◆ непостоянство показателей аудиометрического исследования ребенка с алалией свидетельствует о нарушенной работоспособности, повышенной утомляемости, дисгармоничности процессов

возбуждения и торможения, что отрицательно сказывается на возможностях высшего акустического анализа и синтеза;

- ◆ усиление громкости звучания улучшает восприятие слабослышащего ребенка. Его голос лишен звучности, он тих, глуховат, а при сенсорной алалии голос сохраняет нормальную громкость и звонкость;
- ◆ со слабослышащим ребенком легче наладить контакт, чем с ребенком, страдающим сенсорной алалией;
- ◆ ребенок с сенсорной алалией на громкие, затем на сверхгромкие звуки не реагирует; более тихое, спокойное звучание ребенок воспринимает лучше, чем звуки повышенной громкости, которые могут вызвать запредельное охранительное торможение, мозг как бы сам щадит себя, выключаясь из работы;
- ◆ слабослышащий лучше слышит при пользовании слуховым аппаратом, а ребенок с сенсорной алалией пользоваться слуховым аппаратом не может: жалуется на боль в ушах, в голове; усиление звуков становится для него неприятным раздражителем;
- ◆ при сенсорной алалии в ряде случаев наблюдается повышенная чувствительность к тихим звукам, безразличным для окружающих (шелест перелистываемых страниц, капающая из крана вода и др.), что подчеркивает сохранность у них слуха.

8.7. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения

У детей с речевыми нарушениями по сравнению с возрастной нормой наблюдается снижение познавательной деятельности и входящих в ее структуру процессов: меньший объем запоминания и воспроизведения материала, неустойчивость внимания, быстрая отвлекаемость, истощаемость психических процессов, снижение уровня обобщения и осмысления действительности; у них затруднена развернутая связная речь.

Со стороны эмоционально-волевой сферы также наблюдается ряд особенностей: повышенная возбудимость, раздражительность или общая заторможенность, замкнутость, обидчивость, плаксивость, многократная смена настроения и др.

Психокоррекционная работа с такими детьми должна включать комплекс мероприятий, направленных на устранение неблагоприятного воздействия указанных выше социальных факторов, на улучшение общего психического состояния ребенка, на формирование у него

интереса к речевому общению и необходимых навыков поведения, на организацию правильного речевого воспитания. Эффективность психолого-педагогической коррекции будет во многом определяться специальными занятиями с ребенком.

При организации коррекционно-педагогической помощи детям с тяжелыми речевыми нарушениями необходимо следовать принципу комплексности и взаимодополнительности медицинских, психологических и педагогических методов воздействия.

Приведем пример сложности и разноуровневости проблем ребенка с ринолалией.

Характерной особенностью речи такого ребенка является носовой оттенок, так как струя воздуха во время речевого акта проходит через нос, а не через рот (открытая ринолалия). Вследствие отсутствия или недостаточности перегородки между носовой и ротовой полостью (из-за расщелин твердого и мягкого неба, недостаточной подвижности мягкого неба) струя воздуха уходит в нос, и речь ребенка с таким нарушением обычно малопонятна для окружающих. Он практически не умеет направленно выдыхать через рот — задувать свечку, дышать на ладошки, петь гласные.

До операции ребенок с расщелиной твердого неба, как правило, носит obturаторы (пластины, создающие искусственное небо), которые меняются по мере взросления ребенка. При недостаточно внимательном отношении в промежутки между пластинами может забиваться пища, становясь источником инфекции и ослабляя организм ребенка.

Ребенок с открытой ринолалией нуждается в помощи логопеда как в дооперационный, так и в послеоперационный период. Воспитатель работает в сотрудничестве с логопедом и проводит большую работу по развитию речевого (ротового) дыхания.

У ребенка с закрытой ринолалией из-за разращений в носу полипов закрыт проход воздуха в нос. В речи такой ребенок заменяет носовые звуки [м] и [н] на звуки [б] и [д]. Первостепенное значение в этих случаях отводится медицинской коррекции — удалению аденоидов, физиотерапии и пр. В дальнейшем к работе подключаются логопед и воспитатель. Воспитатель следит за тем, чтобы ребенок закрывал рот и дышал носом. Необходимо несколько раз (3–4) в день с этим ребенком выполнять дыхательные упражнения:

- ◆ дышать поочередно правой, а затем левой ноздрей, при этом рот и другая ноздря должны быть закрыты;
- ◆ делать вдох ртом, а выдох носом и наоборот, вдыхать носом, а выдыхать ртом;
- ◆ пропевать на мотив песни звук [м].

Важно, чтобы воспитатель контролировал работу над правильным дыханием ребенка, которую проводят также и родители.

В дальнейшем первостепенную роль будут иметь занятия с логопедом и психологом по формированию позитивного самовосприятия, эффективных навыков коммуникации, а также работе с их ближайшим социальным окружением по созданию психотерапевтической поддерживающей атмосферы.

8.8. Элементы психотерапии в работе логопеда

«Я не могу, у меня ничего не получается», — обычно именно эти слова слышит логопед от ребенка-логопата, приступая к занятиям с ним. Поэтому психотерапия начинается тогда, когда ребенок в первый раз переступает порог его кабинета. Логопед должен встретить ребенка в высшей степени дружелюбно и показать ему комнату, в которой они будут заниматься, все, что в ней находится, прежде всего игрушки. Заметив, что больше всего ребенку понравилось, педагог дает ему заинтересовавшую его вещь и, если ребенок не возражает, подключается к его игре на равных. Первая встреча-знакомство на этом завершается.

Кабинет логопеда не должен быть похож на кабинет. Это комната, в которой нет места строгому стилю. В ней все: обои, шторы, игрушки, мебель — должно быть проникнуто теплом и уютom домашнего, «дружелюбного» мира, в котором ребенок не чувствует себя скованным, зажатым.

Один из важнейших элементов психотерапии — поощрение, которое выражается в вербальной и невербальной (жесты, улыбки, похлопывания, прикосновения и др.) формах.

Занимаясь с ребенком, следует соблюдать следующие правила:

- ◆ сидите справа от него. Правая сторона — это будущее. Когда вы находитесь справа, вы помогаете ему продвигаться в нужном направлении — к результатам, которых вы оба ждете;
- ◆ занимайте позицию Левелинга — на уровне глаз ребенка (он — на стуле, вы на стульчике; он — на полу и вы — на полу);
- ◆ следите за своим голосом и организацией речи (логические паузы и ударения, высота, тембр, звучание);
- ◆ принимайте ребенка таким, какой он есть;
- ◆ будьте с ним «здесь и сейчас» (думая о своем, вы теряете контакт с ребенком, а он — интерес к тому, что он делает);

- ◆ оставьте за порогом ваше настроение, не разрешайте себе раздражаться, лгать, притворяться; будьте спокойны и доброжелательны, открыты ему и искренни;
- ◆ никогда не гладьте ребенка по голове и не кладите руку ему на голову — это жест, вызывающий отрицательную реакцию, даже стрессовое состояние.

Психогимнастика как особая часть психотерапии помогает скорректировать различные сферы психики детей-логопатов, которые, как правило, испытывают определенные трудности в общении со сверстниками; склонны к повышенной утомляемости; вспыльчивы, замкнуты; несамостоятельны в поведении и выражении своих мыслей.

В число средств, с помощью которых специалист добивается успеха, входят следующие:

- ◆ **упражнения на развитие мимики и пантомимики** (показать мимикой то или иное эмоциональное состояние; угадать по выражению лица товарища его внутреннее состояние и т. д.), помогающие предотвратить перерастание эмоций в патологические чувства, обеспечить необходимую разрядку;
- ◆ **музыка**, способная уравновесить нервную систему ребенка — успокоить чрезмерно возбужденного и растормошить вялого; способствующая развитию умения слушать и слышать, фантазии, воображения.

Большое значение для нормального развития ребенка имеет гармонизация его притязаний (чего он хочет, на что претендует) и реальных возможностей.

Ребенок, переоценивающий себя, обычно высокомерен, заносчив, нетерпим к критике. Ребенок, который недооценивает свои возможности, скован, не уверен в себе, пессимистичен. Эти два типа самооценки могут привести к психическим расстройствам. Как можно это предотвратить?

Вот один из способов. Пусть ребенок сам оценит свою работу и работу своего товарища. Если самооценка окажется завышенной, а оценка другого ребенка заниженной (что чаще всего бывает), надо осторожно подвести ребенка к пониманию неправомерности его выводов. Это дает возможность детям, неуверенным в себе, почувствовать уверенность, а детям с завышенной самооценкой не испытывать в дальнейшем стресс при неудачном выполнении задания.

Способ общения с ребенком (а их около 6,5 тыс. с точки зрения транзактного анализа) выбирают по ситуации.

Контрольные вопросы

1. Что является предметом исследования логопедии?
2. Каковы основные задачи логопедии?
3. Перечислите методы исследования и воздействия в логопедии.
4. Охарактеризуйте основные виды речи.
5. Какие группы нарушений речи выделил М. Е. Хватцев?
6. Дайте характеристику основных этапов развития речи детей по А. А. Леонтьеву.
7. Какие нарушения речи входят в состав клинико-педагогической классификации?
8. Назовите основные группы речевых нарушений, выделенных в психолого-педагогической классификации.
9. Предмет, задачи и методы логопсихологии.
10. Какова роль психолого-педагогического изучения детей с нарушениями речи в ПМПК?
11. Основные пути психокоррекционной и профилактической работы с детьми, имеющими речевые нарушения.
12. Какие элементы психотерапии может использовать в своей работе логопед?

8.9. Материалы для семинарского занятия

Основные понятия

Логопсихология, логопедия, логопат, речь устная, письменная, внешняя, внутренняя; центральная и периферическая часть речевого аппарата, дыхательный, речевой, артикуляционный отдел, органические нарушения речи, функциональные и структурно-семантические нарушения речи, нарушения фонационного оформления речи, алалия, афазия, дислексия, дизартрия, ринолалия, брадилалия, тахилалия, заикание, дисфония, дисграфия, дислексия; нарушения средств общения, общее недоразвитие речи, фонетико-фонематическое недоразвитие речи; нарушения в применении средств общения, заикание, заикание с ОНР.

Методические указания

При подготовке к семинарскому занятию необходимо уяснить основные направления развития речи в онтогенезе, особое внимание уделив периодизации развития речи А. А. Леонтьева, А. Н. Гвоздева, Н. И. Жинкина, а также условиям формирования нормальной речи.

Характеризуя понятие «речевое нарушение», необходимо дать его определение, указав основные причины и виды нарушений речи, разделив органические и функциональные нарушения.

Важно также выделить предмет логопедии, остановившись на анатомо-физиологических механизмах речи, охарактеризовать историю ее развития и современный этап, связанный с разработкой научных представлений о различных формах речевых нарушений и созданием эффективных методик их преодоления.

Исследования в области логопсихологии позволили выявить особенности психического развития лиц с различными речевыми нарушениями и определить направления коррекционной работы.

Особого рассмотрения требует вопрос клинико-педагогической и психолого-педагогической классификации нарушений речи. Клинико-педагогический подход позволяет рассмотреть механизмы и симптоматику речевой патологии и выделяет нарушения письменной (дисграфию и дислексию) и устной речи (алалия, афазия, дислалия, дизартрия, ринолалия, брадилалия, тахилалия, дисфония, заикание).

При этом требуется отметить органические и функциональные нарушения и специфику коррекционной работы в каждом из этих видов. Необходимо показать важность психолого-педагогического подхода к нарушениям речи для групповой коррекционной работы с логопатами. При этом требуется выделить специфику нарушения функционирования речевой системы у детей с общим недоразвитием речи и с фонетико-фонематическим недоразвитием речи. Важную роль в раскрытии темы играет также клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с речевыми нарушениями. При этом следует обратить внимание на наличие функциональных или органических отклонений в состоянии ЦНС, различных двигательных нарушений, эмоциональной неустойчивости, нарушений познавательной деятельности, низкой умственной работоспособности, специфики поведения и т. п.

Причины речевых нарушений

Речь, являясь уникальной способностью, присущей только человеку, связана с процессами мышления и обеспечивает общение с помощью того или иного языка. Мозговая организация речевых функций стала предметом разностороннего изучения клиницистов, нейрофизиологов и психологов начиная с середины XIX в. Первые сообщения о механизмах речи появились в работах П. Брока (1861) и К. Вернике (1873). Дальнейшее изучение участков различных зон коры в обеспечении речевой деятельности дало возможность считать, что моторные функции локализуются в задних отделах лобных извилин левого полушария

(у правой) головного мозга (центр Брока), а сенсорная сторона речи — в левой задней височной извилине (центр Вернике). Организация речевой функции разносторонне освещена А. Р. Лурия в «Основах нейропсихологии» (1973).

Речевая патология является следствием повреждения периферических и центральных отделов слухового, зрительного, двигательного анализаторов. При повреждении периферических отделов слухового анализатора страдает восприятие устной речи, что является причиной возникновения сенсорной афазии (или алалии), при этом нарушается фонематический слух. Повреждение различных отделов зрительного анализатора сопровождается нарушением восприятия письменной речи. Нарушение моторных зон двигательного анализатора приводит к недостаткам произношения, так как страдают подвижные органы артикуляции (язык, губы, мягкое нёбо) и статические (твёрдое нёбо), а также органы голосообразования и дыхания (голосовые связки, гортань, легкие, бронхи, трахея, диафрагма). Все перечисленное в литературе часто обозначается как периферический отдел речедвигательного анализатора.

Каковы же причины возникновения речевых нарушений?

Среди последних можно выделить:

- ◆ ухудшение экологической обстановки;
- ◆ йодо- и фтор-дефицитность;
- ◆ увеличение числа патологий беременности;
- ◆ увеличение количества родовых травм;
- ◆ ослабление здоровья детей и рост детской заболеваемости;
- ◆ различные социальные причины.

Хотелось бы отдельно остановиться на социальных причинах появления речевых нарушений. Прежде всего следует отметить снижение уровня языковой культуры общества в целом. Наши дети зачастую слышат вокруг себя не только неправильно оформленную речь, но и далеко не литературные выражения. В некоторых случаях оставляет желать лучшего содержание и речевое оформление программ телевидения и видеокассет.

Неправильное речевое окружение и воспитание также могут являться причиной возникновения у детей дефектов речи (по типу искажения). При таком положении вещей маленький ребенок не в состоянии воспринять языковую норму родного языка, артикуляционные уклады звуков слышимой речи, у него формируется неправильное или неточное восприятие речевых звуков. А это, в свою очередь, приводит к появлению дефектов звукопроизношения.

Нарушения звуковой культуры речи, возникшие в дошкольном возрасте, в дальнейшем могут повлечь за собой целый ряд вторичных нарушений речи: недоразвитие фонематического слуха, задержанное формирование навыков звукового, слогового и буквенного анализа слов, обеднение словаря ребенка, нарушение грамматического строя родной речи. Любое нарушение речи в той или иной степени может отразиться на деятельности и поведении ребенка в целом. Поэтому так важно заботиться о своевременном развитии речи детей, уделять внимание ее чистоте и правильности

Также развитие речи ребенка задерживается и нарушается при неблагоприятных условиях: отсутствие эмоционально положительного окружения, излишний шум, психические травмы, длительная психотравмирующая ситуация в семье. Это приводит к возникновению мутизма, невротического заикания.

Таким образом, любое общее или нервно-психическое заболевание на первых годах жизни сопровождается нарушением речевого развития. Поэтому разграничиваются дефекты формирования и дефекты сформированной речи, считая 3-летний возраст их условным подразделением.

Выделяют 3 критических периода в развитии речи:

Первый период — 1–2 года — формируются предпосылки речи и начинается речевое развитие, складываются основы коммуникативного поведения и движущей силой становится потребность в общении.

В это время происходит наиболее интенсивное развитие корковых речевых зон, в частности зоны Брока. Критическим моментом считается возраст 14–18 месяцев. Даже незначительные неблагоприятные факторы могут отразиться на развитии речи.

Второй период — 3 года — момент интенсивного развития связной речи. Переход от ситуативной речи к контекстной требует большой согласованности в работе ЦНС, речедвигательного механизма, внимания, памяти, произвольности и др. Некоторая рассогласованность в работе ЦНС, в нейроэндокринной и сосудистой регуляции приводит к изменению поведения. Наблюдаются упрямство, негативизм. Это определяет большую ранимость речевой системы. Могут возникнуть заикание, мутизм, отставание речевого развития. Ребенок отказывается от речевого общения, выказывает протест на завышенные к нему требования.

Если на этом этапе возникло заикание, то оно может быть обусловлено и возрастной неравномерностью созревания отдельных звеньев речевой функциональной системы и различных психических функций. Иногда их называют эволютивными, т. е. связанными с возрастной фазой развития.

Третий период — 6–7 лет — начало развития письменной речи. Возрастает нагрузка на ЦНС. При предъявлении повышенных требований могут происходить срывы нервной деятельности и возникает заикание.

Критические периоды развития речи играют роль предрасполагающих условий, могут иметь самостоятельное значение и сочетаться с другими неблагоприятными факторами: генетическими, общей ослабленностью, дисфункцией нервной системы и т. д.

И все же в возникновении речевых расстройств большая роль принадлежит экзогенно-органическим факторам. Это различные неблагоприятные воздействия на ЦНС и на весь организм в целом: инфекции, интоксикации, травмы. В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют внутриутробную, или перинатальную, повреждения при родах, или натальную. И воздействие различных вредных факторов после рождения — постнатальная патология.

Ведущее место в перинатальной патологии занимают *асфиксия* и *родовая травма*, кислородное голодание и внутричерепное кровоизлияние приводят к гибели нервных клеток, при этом могут захватывать и речевые зоны головного мозга, что влечет за собой нарушения коркового генеза — *алалию*. У недоношенных детей в результате слабости сосудистых клеток внутричерепные кровоизлияния возникают особенно легко.

Если поражение мозга локализовано в области структур речедвигательного механизма, то возникает *дизартрия*.

При иммунологической несовместимости крови матери и плода, когда антитела вызывают распад эритроцитов плода и выделяется токсичный непрямой билирубин, происходит поражение корковых отделов, слуховых ядер. Это может приводить к специфическим нарушениям звукопроизносительной стороны речи в сочетании с нарушениями слуха.

При внутриутробных поражениях мозга отмечаются самые тяжелые речевые нарушения. Они зачастую сочетаются с другими дефектами: слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта. Внутриутробные поражения мозга могут вызвать следующие заболевания матери: краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз, вирусные инфекции.

Наиболее тяжелые отмечаются в первом триместре беременности, а также во время всего периода эмбриогенеза, т. е. от 4 недель до 4 месяцев. На поздних стадиях беременности патологические воздействия не вызывают тяжелых пороков развития, а ведут к задержке созревания нервной системы, к нарушению миелинизации ее структуры.

В первом случае мы наблюдаем асимметрию черепа, аномалии нёба (высокое «готическое», уплощенное, раздвоенная губа, открытая ринолалия, микрогнатия, прогнатия).

Нарушение внутриутробного развития плода — эмбриопатия часто связана с вирусными инфекциями, лекарственными препаратами, радиацией, алкоголизмом, курением.

Токсикозы беременности, недоношенность, недлительная асфиксия вызывают минимальные органические поражения мозга. При этом ярко выражена возрастная незрелость высших корковых функций. Это влечет за собой своеобразное отставание в развитии речи, расторможенность, моторные нарушения, недостаточность внимания, памяти, пространственно-временных представлений и пр.

ММД — минимальная мозговая дисфункция проявляется на первом году жизни. У младенцев наблюдаются легкие нарушения мышечного тонуса, они не мешают активным движениям, но отличаются стойкостью, непроизвольные движения в виде тремора, общих вздрагиваний, задержки сенсорного развития, особенно зрительно-моторной координации.

Речевые нарушения возникают чаще у лиц мужского пола. Давно известно, что левое полушарие осуществляет в основном речевую функцию, а правое — зрительно-пространственный гнозис. У мальчиков быстрее, чем у девочек, развивается правое полушарие. У девочек, наоборот, левое, в связи с чем у них отмечаются более ранние сроки речевого развития. Кроме того, у них раньше формируется более выраженное межполушарное взаимодействие, что способствует лучшей компенсации мозговых повреждений.

Определенное значение в этиологии речевых нарушений имеют наследственные факторы, часто они являются предрасполагающими условиями, которые реализуются в речевую патологию под влиянием даже незначительных факторов. Ринолалия — 30 %, заикание — 17,5 %, нарушения письменной речи — дислексия, дисграфия.

Наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы обусловлены изменениями в генетической информации. В их основе лежат генные мутации, ведущие к нарушению синтеза белков или ферментов, что вызывает различные нарушения. Синдромы речевых расстройств наблюдаются при многих наследственно обусловленных заболеваниях обмена веществ. Первым признаком нарушенного нервно-психического развития ребенка часто являются речевые нарушения. Специфические речевые нарушения наблюдаются при фенилкетонурии: течение заболевания ведет к снижению интеллекта и недоразвитию речи.

Анализ этиологии речевых нарушений помогает разграничить «первичные» речевые расстройства, связанные с поражением или дисфункцией речевых механизмов, и «вторичные», наблюдаемые у детей с нарушением интеллекта или сенсорными дефектами.

Предупреждение речевых нарушений

Охрана здоровья населения относится к важнейшей функции государства. Профилактическая направленность в деле сохранения здоровья и воспитания гармонически развитой личности составляет главное содержание гуманизма. Синтез гигиенических, воспитательных и коррекционных мероприятий призван обеспечить развитие физических и духовных сил подрастающего поколения. Решение этих задач неразрывно связано с профилактикой и своевременным выявлением отклонений в физическом, нервно-психическом и речевом развитии детей.

Конец XX в. в нашей стране характеризовался ухудшением здоровья детей. По данным, приведенным академиком РАО А. Г. Хрипковой, лишь 14 % детей практически здоровы, 50 % имеют функциональные отклонения, 35–40 % — хронические заболевания.

По данным мировой статистики, число речевых расстройств растет, в связи с чем актуальность проблемы профилактики речевых нарушений детей и подростков принимает глобальный характер.

Разработке профилактических медицинских, психологических и педагогических методов воздействия предшествуют научные изыскания, позволяющие полноценно использовать защитные механизмы организма в целом.

Одним из фундаментальных методологических принципов, которым следует наука о человеке, является принцип анализа психофизиологических функций в их развитии и становлении. Именно исследование процесса формирования психики, и речи в частности, и различных психофизиологических функций позволяет не только констатировать наличный, актуальный уровень развития ребенка, но и проследить закономерности становления психологических и психофизиологических новообразований, постепенного усложнения и обогащения его психики на различных этапах онтогенеза или, наоборот, в случае патологии рассмотреть механизмы и закономерности нарушения развития как качественно нового процесса (Выготский Л. С., 1983). Однако до настоящего времени не решены проблемы психофизиологических стандартов развития ребенка, что затрудняет оценку его здоровья и определение его адаптивных возможностей. Известно, что психофизиологическое развитие человека в онтогенезе имеет определенные законо-

мерности; базирующиеся на природных данных (врожденные биологические, в том числе генетические) и социальных влияний (особенности семьи, обучения и пр.).

В нашей стране уделяется много внимания коррекционно-воспитательной и педагогической работе с детьми, страдающими речевыми нарушениями. Достигнуты значительные успехи в решении вопросов ранней диагностики речевых нарушений, методики и организации коррекционного воспитания и обучения детей.

Путем специальных воздействий на детей во многих случаях удается предотвратить или затормозить появление у них различных отклонений от нормы, в частности речевой патологии.

Своевременная профилактика речевых нарушений у детей тесно связана с предупреждением нервно-психических отклонений в состоянии здоровья. Она обеспечивается комплексом мероприятий, включающих лечебные, педагогические и социальные воздействия.

Специалисты детских поликлиник, наряду с постоянным динамическим наблюдением, проводят профилактические осмотры детей от 0 до 14 лет не только в поликлинике, но и в детских дошкольных учреждениях и школах. Совместная работа врачей и педагогов в детских педагогических учреждениях позволяет рано выявлять отклонения от нормы в состоянии здоровья детей, врожденные и приобретенные заболевания, сказывающиеся на развитии речи или способствующие возникновению речевой патологии.

Большое значение в разработке проблемы профилактики речевых расстройств имеет изучение факторов, обеспечивающих нормальное развитие речи у детей. Эти знания имеют непосредственное отношение к гигиене речевого развития, являющегося важнейшим показателем нервно-психического здоровья ребенка. Задачи ее в основном сводятся к изучению возрастных этапов речевого онтогенеза и выявлению условий (включая внешнюю среду и социальные условия), положительно или отрицательно влияющих на речевое развитие. Разрабатываются рекомендации и нормативы по психофизиологическим условиям воспитания детей, научно обосновываются стимулы психического развития ребенка и возможности их применения, организуется массовая пропаганда психологических и педагогических знаний среди населения.

Предпосылки для нормального развития подрастающего поколения создаются мерами по охране здоровья населения в целом.

Одним из важных направлений развития логопедической помощи населению является предупреждение речевых нарушений и последствий речевой патологии.

Перед этой специальной отраслью логопедии стоят следующие задачи:

- 1) предупреждение речевых нарушений — первичная профилактика;
- 2) предупреждение перехода речевых расстройств в хронические формы, а также предупреждение последствий речевой патологии — вторичная профилактика;
- 3) социально-трудовая адаптация лиц, страдающих речевой патологией, — третичная профилактика.

Массовая диспансеризация позволяет направленно проводить широкую программу профилактических мероприятий среди детей с фактором риска речевой патологии и с детьми, страдающими нарушениями речи. Это необходимо для предупреждения и ранней диагностики речевых нарушений.

В нашей стране в диспансеризации детей принимают участие врачи-специалисты, которые совместно с педиатром и под его контролем осуществляют профилактический осмотр начиная с периода новорожденности и обеспечивают необходимый комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий.

На 1-м году жизни, помимо профилактических осмотров педиатра, ребенок должен быть осмотрен психоневрологом, окулистом, ортопедом, оториноларингологом, в возрасте 2 лет — стоматологом, в 3–5 лет — теми же специалистами и логопедом.

Такие углубленные осмотры позволяют выявить не только общую патологию, но и возможность развития речевых нарушений у детей в самые ранние сроки и вовремя провести мероприятия по оздоровительной и коррекционной работе. Практика указывает на желательность осмотра логопедом детей до года. Специализированное педагогическое обследование помогает выявить возможные нарушения речи и начать работу по их профилактике.

Систематический контроль психофизического развития ребенка, проводимый педиатрической службой, позволяет районному логопеду получать сведения о том, сколько детей имеют фактор риска речевых нарушений, в скольких случаях выявлена патология речи. Логопедическая профилактическая работа с такими детьми проводится в логопедических кабинетах при поликлиниках.

В процессе подготовки дошкольников к школе проводятся профилактические осмотры детей педиатром и логопедом с целью выявления отклонений в речевом развитии.

Научно обоснованная система диспансеризации, воспитания и обучения детей общеобразовательных и специальных дошкольных и школьных учреждений для детей с нарушениями речи в нашей стране служит фундаментом для реализации профилактической помощи населению.

Артикуляционная гимнастика В процессе предварительного логопедического обследования у детей часто обнаруживаются нарушения в строении органов артикуляционного аппарата. В таких случаях параллельно с работой по развитию фонематического восприятия логопедом проводится артикуляционная гимнастика (подготовительные упражнения). Целью артикуляционной гимнастики является выработка правильных, полноценных движений артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков, и объединение простых движений в сложные артикуляционные уклады различных звуков.

Система артикуляционной гимнастики делится на два вида упражнений: статические и динамические. Каждое упражнение имеет свое название, которое вызывает у ребенка интерес, а также экономит время, так как не требует постоянного объяснения.

Логопедическая работа по формированию правильного звукопроизношения ведется логопедом, однако в ней велика роль семьи ребенка. С первых встреч с родителями он должен подчеркивать, что исправление речи требует систематических, порой продолжающихся в течение длительного периода времени занятий, и что успех коррекционной работы во многом зависит от родителей. Логопед обучает родителей несложным артикуляционным упражнениям для подготовки речевого аппарата к вызыванию звуков, для их закрепления, которые следует проводить дома с ребенком в игровой форме.

Статические упражнения для языка

1. «Птенчики». Рот широко открыт, язык спокойно лежит в ротовой полости.
2. «Лопаточка». Рот открыт, широкий расслабленный язык лежит на нижней губе.
3. «Чашечка». Рот широко открыт. Передний и боковой края широкого языка подняты, но не касаются зубов.
4. «Иголочка», «Стрелочка», «Жало». Рот открыт. Узкий напряженный язык выдвинут вперед.
5. «Горка», «Киска сердится». Рот открыт. Кончик языка упирается в нижние резцы, спинка языка поднята вверх.

6. «Трубочка». Рот открыт. Боковые края языка загнуты вверх.
7. «Грибок». Рот открыт. Язык присосать к нёбу.

Динамические упражнения для языка

1. «Часики», «Маятник». Рот приоткрыт. Губы растянуты в улыбку. Кончиком узкого языка попеременно тянуться под счет педагога к уголкам рта.
2. «Змейка». Рот широко открыт. Узкий язык сильно выдвинуть вперед и убрать вглубь рта.
3. «Качели». Рот открыт. Напряженным языком тянуться к носу и подбородку либо к верхним и нижним резцам.
4. «Футбол», «Спрячь конфетку». Рот закрыт. Напряженным языком упереться то в одну, то в другую щеку.
5. «Почистить зубы». Рот закрыт. Круговым движением языка обвести между губами и зубами.
6. «Катушка». Рот открыт. Кончик языка упирается в нижние резцы, боковые края прижаты к верхним коренным зубам. Широкий язык «выкатывается» вперед и упирается в глубь рта.
7. «Лошадка». Присосать язык к нёбу, щелкнуть языком. Цокать медленно и сильно, тянуть подъязычную связку.
8. «Гармошка». Рот раскрыт. Язык присосать к нёбу. Не отрывая язык от нёба, сильно оттягивать вниз нижнюю челюсть.
9. «Маляр». Рот открыт. Широким кончиком языка, как кисточкой, ведем от верхних резцов до мягкого нёба.
10. «Вкусное варенье». Рот открыт. Широким языком облизать верхнюю губу и убрать язык в глубь рта.
11. «Оближем губки». Рот приоткрыт. Облизать сначала верхнюю, затем нижнюю губу по кругу.

Упражнения для губ

1. «Улыбка». Удерживание губ в улыбке. Зубы не видны.
2. «Заборчик». Верхние и нижние зубы обнажены. Губы растянуты в улыбке.
3. «Трубочка». Вытягивание губ вперед длинной трубочкой.
4. «Хоботок». Вытягивание сомкнутых губ вперед.
5. «Бублик», «Рупор». Зубы сомкнуты. Губы округлены и чуть вытянуты вперед. Верхние и нижние резцы видны.
6. «Заборчик» — «Бублик»; «Улыбка» — «Хоботок» — чередование положений губ.

7. «Кролик». Зубы сомкнуты. Верхняя губа приподнята и обнажает верхние резцы.

На подготовительном этапе логопед выбирает из перечисленных упражнений только те, которые он считает необходимыми для формирования правильного артикуляционного уклада нарушенного звука.

В табл. 5 представлены упражнения в соответствии со звуками, для подготовки произношения или закрепления которых они используются.

Таблица 5
Упражнения в соответствии со звуками

Упражнения	З, Р, Р'	В, С, С'	У, з, з', Ц	К, Ш, Ж	И, Ч, Щ	Л, Л'
Птенчики	X					
Лопаточка	X				X	
Чашечка	X					
Стрелочка	X				X	X
Горка	X				X	
Трубочка	X					
Грибок	X			X		
Часики	X				X	
Змейка	X					
Качели	X					X
Футбол	X					
Почисти зубки	X					
Маляр	X				X	
Автомат	X					
Пулемет	X					
Гармошка	X			X		
Индюк	X					X
Фокус	X	X	X	X		

Продолжение ⇨

Таблица 5 (продолжение)

Упражнения	З, Р, Р'	В, С, С'	У, З, З', Ц	К, Ш, Ж	И, Ч, Щ	Л, Л'
Загнать мяч в ворота		X	X			
Приклей конфетку		X	X	X		X
Почисти зубки		X	X			
Накажи язычок				X		
Кто дальше загонит мяч				X		
Бублик				X		
Вкусное варенье				X	X	X
Пароход гудит						X
Самолет гудит						X
Лошадка	X					X

В практике логопедической работы существует несколько вариантов «Сказки о Веселом Язычке», которая в стихотворной, занимательной для детей форме объединяет артикуляционные упражнения и помогает в игровой форме решать задачу тренировки артикуляционного аппарата.

Упражнение «Сказка», разработанное для работы над правильным произношением звуков «Р», «Р'»

Рот — домик, губы — двери.

А кто живет в этом домике?

В этом домике дружок,

Живет Веселый Язычок.

Ох, и шустрый он мальчишка

И немножко шалунишка.

(Рот открыт, несколько раз показывается узкий язык).

Упражнение «Стрелочка»

Наш Веселый Язычок

Повернулся на бочок.

Смотрит влево, смотрит вправо...

А потом опять вперед,

Тут немного отдохнет.

Упражнения «Часики», «Змейка»

Приоткрыл Язык окно,
А на улице тепло.
Язычок наш потянулся,
Широко нам улыбнулся,
А потом пошел гулять,
На крылечке загорать.

Упражнения «Лопаточка», «Качели»

На крылечке полежал,
На качели побежал.
Вверх взлетел он смело...
Ну, пора за дело.

Упражнение «Заборчик»

Поспешил к себе во двор,
Чтобы починить забор.
Быстро взялся он за дело,
И работа закипела.
Гвозди, молоток и клещи —
Нужные плотнику вещи.
Молоток стучит «Тук-тук!»,
Язычку он лучший друг.

(Рот закрыт. Зубы обнажены. Напряженным кончиком языка посту-
чать в зубы, многократно повторяя «т-т-т».)

Упражнение «Маляр»

Вот и банка с краской рядом.
Обновить заборчик надо.
Стала кисточка плясать,
Наш заборчик не узнать.
Язычок наш кончил дело,
Отдыхать он может смело.

Упражнения «Лошадка», «Гармошка», «Футбол»

Я с лошадкой погуляю,
На гармошке ей сыграю.
Погоняю я в футбол
И забью в ворота гол.
Очень сложная задача —
Загонять в ворота мячик.

Упражнения «Горка», «Лопаточка»

Скрылось солнце за горой,
 Язычок пошел домой.
 Дверь он запер на замок.
 Лег в кроватку и умолк.

Для звуков «З», «З'», «Ц», «Ж», «Ш», «Ч», «Щ», «Л», «Л'» предлагается следующий вариант «Сказки о Веселом Язычке»

Жил-был Веселый Язычок в своем домике. Догадайся, что это за домик.

В домике этом
 Красные двери,
 Рядом с дверями
 Белые звери.
 Любят зверюшки конфеты и плюшки.
 Догадались? Этот домик — рот.

Двери в домике то открываются, то закрываются. Вот так (*рот закрыт, открыт*).

Непоседливый Язычок не сидит на месте. Он часто выбегает из домика (*высунуть язык*).

Вот он вышел погреться на солнышке, отдохнуть на крылечке (*язык «лопаткой» на нижней губе*).

Подул легкий ветерок, Язычок поежился (*язык «стрелочкой»*), спрятался в домик и закрыл за собой дверь (*язычок убрать, рот закрыт*).

А на дворе солнце спряталось за тучки и забарабанил по крыше дождь (*языком стучим в зубы, произносим «д-д-д-д»*).

Язычок не скучал дома, напоил котенка молоком.

Он лакал молочко (*водим языком по верхней губе сверху вниз, рот открыт*), потом котенок облизнулся (*облизать верхнюю и нижнюю губки справа налево, слева направо*) и сладко зевнул (*рот широко открыт*).

Язычок посмотрел на часы, они тикали: «тик-так» (*рот открыт, губы в улыбке, кончиком языка дотрагиваемся до уголков рта*).

Котенок свернулся клубочком.

«Пора и мне спать», — подумал Язычок.

Вопросы для обсуждения

1. Предмет, задачи и методы логопедии.
2. Основные этапы развития речи детей.
3. Понятие, виды и причины речевых нарушений.
4. Клинико-педагогическая классификация нарушений речи.
5. Психолого-педагогическая классификация речевых нарушений.

6. Предмет, задачи и методы логопсихологии.
7. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями речи.
8. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения.
9. Использование элементов психотерапии в работе логопеда.
10. Преемственность в работе логопеда и семьи.
11. Основные виды артикуляционных упражнений, их назначение и способы выполнения.

Литература

1. Беккер К. П., Совак М. Логопедия. — М., 1981.
2. Белякова Л. И., Гаркуша Ю. Ф., Усанова О. И. и др. Сравнительное психолого-педагогическое исследование дошкольников с общим недоразвитием речи и нормально развитой речью: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. — М., 1991.
3. Белякова Л. И., Дьякова Е. А. Логопедия. Заикание. — М., 1998.
4. Богуш А. М. Речевая подготовка детей к школе. — Киев., 1984.
5. Выготский Л. С. Педагогическая психология. — М., 1997.
6. Ковалев В. В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья в детском возрасте и ее значение для профилактики // Психогигиена детей и подростков. — М., 1985.
7. Логопедия: Учебное пособие / Под ред. М. С. Волковой, С. Н. Шаховской. — М., 1998.
8. Львов М. Р. Тенденция развития речи учащихся. — М., 1987.
9. Новотворцева Н. В. Развитие речи детей: Популярное пособие для родителей и педагогов. — Ярославль, 1995.
10. Основы специальной психологии / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М., 2002.
11. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М., 1969.
12. Селиверстов В. И. Заикание у детей. — М., 1994.
13. Халилова Л. Б., Шаховская С. Н. Речевые и сенсорные системы. Теоретический курс авторизованного изложения / Под ред. В. И. Селиверстова. — М., 1995.
14. Ястребова А. В. Коррекция недостатков речи у учащихся общеобразовательных школ. — М., 1997.

Глава 9

Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Краткое содержание темы. Этиология и патогенез детского церебрального паралича. Характеристика нарушений двигательных функций у детей с ДЦП. Нарушения психики. Речевые нарушения. Основные цели и принципы коррекционной работы при ДЦП. Система специализированной помощи детям, страдающим церебральным параличом.

9.1. Этиология и патогенез детского церебрального паралича

Основной контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в настоящее время страдает детским церебральным параличом (ДЦП).

Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха, зрения и т. д. Важность этой проблемы определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидизацию.

Наибольшую актуальность проблема детского церебрального паралича получила за последние годы, так как заболевание это стало встречаться значительно чаще. К изучению этой патологии приковано внимание не только у нас в стране, но и за рубежом. Однако до настоящего времени мало изучена распространенность детского церебрального паралича. О частоте церебрального паралича в нашей стране имеются лишь отдельные работы М. Н. Никитиной, М. Н. Гончаровой, позволяющие сделать вывод, что таких больных немало и за последние годы имеется тенденция к их увеличению, связанная не только с улучшением учета, но и с успехами реанимации детей, родившихся в асфиксии, получивших тяжелую травму в родах.

Термин «детский церебральный паралич» объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждения на различных этапах онтогенеза и характеризуются неспособностью сохранить нормальную позу и выполнять произвольные движения.

Такое определение детского церебрального паралича исключает прогрессирующие наследственные заболевания нервной системы, в том числе различные метаболические дефекты, поражение спинного мозга и периферических нервов, которые также приводят к нарушениям опорно-двигательного аппарата у детей.

В настоящее время считается, что термин «церебральный паралич» не отражает многообразия и сущности имеющихся при этом заболеваниях неврологических нарушений, однако его широко используют в мировой литературе, поскольку другого термина, всесторонне характеризующего эти патологические состояния, до настоящего времени не предложено. Их объединение в нозологическую группу позволяет планировать организационные мероприятия, направленные на раннюю диагностику и лечение детского церебрального паралича, так как данная проблема имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Популяционно-эпидемиологические исследования А. О. Бадаляна и Л. Т. Журба показали, что в индустриально развитых странах частота церебрального паралича составляет 2–2,5 на 1000 населения. Данные о распространении церебрального паралича по мере развития медицинской науки меняются. В последние годы отмечается тенденция к снижению заболеваемости церебральным параличом за счет улучшения акушерской техники, профилактики и лечебных мероприятий.

Детский церебральный паралич рассматривается как полиэтиологическое заболевание. Анализ причин, приводящих к возникновению детского церебрального паралича, показывает, что в большинстве случаев выделить одну из них не представляется возможным, так как часто присутствует сочетание нескольких неблагоприятных факторов как в периоде беременности, так и при родах.

Многие исследователи отмечают, что в 80 % наблюдений поражения мозга, вызывающие церебральный паралич, происходят в периоде внутриутробного развития плода, а в последующем внутриутробная патология отягощается интранатальной.

К внутриутробным вредностям прежде всего относят острые или хронические заболевания матери, в первую очередь гипертоническую болезнь, пороки сердца, анемию, ожирение, сахарный диабет и другие,

имеющие место при церебральном параличе в 40 % наблюдений. Другими «материнскими» факторами перинатального риска являются прием лекарств во время беременности (10 %), профессиональные вредности (1–2 %), алкоголизм родителей (4 %), стрессы, психологический дискомфорт (2–6 %), физические травмы во время беременности (в 1–3,88 %).

В последние годы большое значение в этиологии детского церебрального паралича придают влиянию на плод различных инфекционных агентов, особенно вирусного происхождения.

По мнению К. А. Семеновой и Ю. А. Якунина, большинство указанных неблагоприятных факторов пренатального периода ведет к внутриутробной гипоксии плода и нарушению маточно-плацентарного кровообращения. Кислородная недостаточность угнетает синтез нуклеиновых кислот и белков, что приводит к структурным нарушениям эмбрионального развития. Развитие эмбриона в условиях гипоксии может быть основной причиной возникновения уродств и патологии развития плода.

К факторам высокого риска развития детского церебрального паралича И. М. Волков, Ш. Ш. Шамансуров относят различные осложнения в родах, частота которых превышает 40,2 %. Это слабость сократительной деятельности матки во время родов (23,6 %), стремительные роды (4 %), кесарево сечение (11,36 %), затяжные роды (24 %), длительный безводный период (5 %), ягодичное предлежание плода (5–6,25 %), длительный период стояния головки в родовых путях (5 %), инструментальное родовспоможение (5–14%).

К одним из наиболее предрасполагающим факторов к развитию церебрального паралича М. И. Ватолина, И. М. Волков, К. И. Куленова относят преждевременные роды. Недоношенность имеет большой удельный вес в анамнезе больных детским церебральным параличом и составляет, по данным разных авторов, от 19 до 33,2 %, в то время как среди всех новорожденных этот показатель равен 4–8 %. Церебральный паралич развивается у 8,7 % недоношенных детей, причем его частота снимается пропорционально увеличению возраста и массы тела.

М. Д. Цыбульников, А. С. Матвеев считают, что в последнее время к группе риска начали причислять и таких здоровых детей, у которых до года жизни возникла грубая патология повреждения мозга. В этом случае беременность матери и роды прошли нормально, но в первые месяцы после рождения малыш заболел, скажем, менингитом, или же мама кормила его продуктами, не соответствующими его возрасту (например, в 6 месяцев часто давала копченое сало), вследствие чего ребенок заразился сальмонеллезом, наступила клиническая смерть, гибель мозга и, соответственно, — специфическая неврологическая симптоматика.

С. И. Козлова рассматривает детский церебральный паралич как заболевание с наследственной предрасположенностью, степень генетического риска составляет 2–3 %. В литературе описаны случаи, когда клинические проявления некоторых наследственных заболеваний протекали в форме церебрального паралича.

Интерес представляет тот факт, что при церебральном параличе, по исследованиям М. И. Ватолиной, имеет место поражение преимущественно лиц мужского пола. Детский церебральный паралич у мальчиков встречается в 1,3 раза чаще и имеет более тяжелое течение, чем у девочек.

9.2. Характеристика нарушений двигательных функций у детей с ДЦП

При детском церебральном параличе наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга — большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Таким образом, при детском церебральном параличе страдают самые важные для человека функции: движение, психика и речь. Ведущими в клинической картине детского церебрального паралича являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками.

Нарушение в развитии ребенка, страдающего детским церебральным параличом, зависит от тяжести и локализации очага поражения головного мозга: стойкие двигательные расстройства и нарушение тонуса мышц в конечностях, патологические установки позы, а также нарушение психоречевых функций. Характерными являются:

- ◆ двойное спастическое поражение рук и тяжелая форма олигофрении (умственное недоразвитие);
- ◆ спастический паралич ног с их перекрестом (болезнь Литтля);
- ◆ повышенный мышечный тонус с произвольными движениями и судорожными припадками;
- ◆ замедление роста и уменьшение длины конечностей;
- ◆ глубокие психические (чаще всего умственные) расстройства.

Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в широких пределах, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом — минимальные. Психические и речевые расстройства,

так же как и двигательные, варьируют в широком диапазоне, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические и речевые расстройства могут отсутствовать или быть минимальными, и наоборот, при легких двигательных нарушениях наблюдаются грубые психические и речевые расстройства.

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Мышечный тонус условно называют рефлексом на проприоцепцию, ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы.

Часто при детском церебральном параличе наблюдается повышение мышечного тонуса — *спастичность*. Мышцы в этом случае напряжены. Характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулак. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

При *ригидности* мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимальное повышение мышечного тонуса). Нарушаются плавность и слаженность мышечного взаимодействия.

При *гипотонии* (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. При гипотонии объем пассивных движений значительно больше нормального.

Дистония — меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает, в результате чего оно может оказаться невозможным.

При осложненных формах церебрального паралича может наблюдаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом.

Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей, называется церебральным параличом, а ограничение объема движений — центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги.

Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего *манипулятивной деятельности и ходьбы*. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук.

Наличие насильственных движений. Для многих форм детского церебрального паралича характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы — непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения.

Тремор — дрожание пальцев рук и языка. Он наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например, при приближении пальцев к носу при закрытых глазах.

Нарушение равновесия и координации движений (*атаксия*). Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки. Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме.

Нарушение ощущений движений (*кинестезии*). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущениями движений. При всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения. Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условно-рефлекторных связей, на основе которых формируется чувство

положения собственного тела, позы в пространстве. Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений, задерживает формирование тонких координированных движений.

Синкинезии — это произвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребенок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются).

Наличие патологических рефлексов при церебральном параличе обусловлено тем, что поражения незрелого мозга изменяют последовательность этапов его созревания. При нормальном развитии тонические рефлексы проявляются нередко в первые месяцы жизни. Постепенное их угасание создает благоприятную основу для появления более высокой ступени в безусловно-рефлекторной деятельности ребенка. У детей с церебральным параличом проявление этих рефлексов в первые годы жизни могут усиливаться из месяца в месяц, в последующие годы оставаться стойкими. Развитие моторики при детском церебральном параличе чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексы оказывают решающее влияние. Ребенку может быть 2 года, 5, 10 лет, а его двигательное развитие будет находиться на уровне 5–8-месячного здорового младенца.

Двигательные нарушения у детей с детским церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловки, замедленные. Снижена мышечная сила.

Таким образом, анализ литературных данных о факторах возникновения детского церебрального паралича показывает, что их достаточно много. Среди них можно выделить такие, как:

- ◆ инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, опоясывающий лишай);
- ◆ несовместимость крови матери и ребенка по резус-фактору;
- ◆ токсикоз беременных или диабет;
- ◆ наследственность.

В качестве основных причин развития детского церебрального паралича во время родов можно указать те, которые фактически нужно отнести к осложнениям: *недостаток кислорода при рождении, родовые травмы, преждевременные роды.*

Причины возникновения детского церебрального паралича после рождения ребенка можно выделить такие, как острые инфекционные в период первых нескольких дней жизни, в том числе заболевания мозга — менингит, энцефалит. А также травмы головы, кровоизлияния в мозг, резкое кислородное голодание, опухоли мозга. Недостаточность имеет большой удельный вес в анамнезе больных с детским церебральным параличом.

Тем не менее до настоящего времени этиология этого заболевания до конца не изучена и нет ясности в вопросе, какие потаенные факторы и при каких условиях приводят к развитию детского церебрального паралича.

Следовательно, можно констатировать только полиэтиологичность детского церебрального паралича и необходимость большего внимания к изучению как биологических, так и средовых факторов, оказывающих свое воздействие на организм плода и новорожденного.

К. А. Семенова (1974) разработала следующую классификацию ДЦП (табл. 6).

Таблица 6
Классификация ДЦП

Форма ДЦП, название	Двигательные нарушения	Интеллектуальные нарушения
Спастическая диплегия (болезнь Литтля). Двойная гемиплексия.	Руки поражены меньше, чем ноги. Тяжелое поражение всех конечностей.	Возможны небольшие нарушения интеллекта. Тяжелая форма дебильности,
Гиперкинетическая форма.	Гиперкинезы, параличи, парезы.	имбецильность и даже идиотия.
Атонически-астеническая форма.	Характерны парезы и низкий тонус мышц.	Развивается удовлетворительный интеллект.
Гемипаретическая форма	Парезы одной стороны тела, сильнее — верхних конечностей	50 % лиц имеют олигофрению в степени дебильности и имбецильности, в 25–35 % случаев возможна олигофрения

9.3. Нарушения психики при ДЦП

Структура дефекта при ДЦП включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушения развития психики сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный, неравномерный характер.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральными параличами резко задерживается, и на этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений: например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП — с тяжелым недоразвитием психических функций. Для детей с церебральным параличом характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей.

1. Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем мире. Это обусловлено несколькими причинами:

- 1) вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;
- 2) затруднение познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств;
- 3) нарушение сенсорных функций.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышеч-

но-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушены. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

2. Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т. е. нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития, причем преимущественно страдают наиболее «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при ДЦП. Причем чаще всего страдают отдельные корковые функции, т. е. характерна парциальность их нарушений. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

3. Выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти. Большое число детей отличается низкой познавательной активностью, что проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо оно проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается целенаправленная деятельность.

По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у остальных имеет место олигофрения. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) раз-

витии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития (церебрально-органического генеза).

Для детей с церебральным параличом характерны расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей 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. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики (эйфория).

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастности.

У детей с церебральным параличом своеобразная структура личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствуют формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

9.4. Речевые нарушения при детском церебральном параличе

В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значительное место занимают нарушения речи, частота которых составляет 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 опреде-

ленных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставания в развитии речи при ДЦП связаны с ограничением объема знаний и представлений об окружающем мире, недостаточностью предметно-практической деятельности. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом не формируется потребность в речевой деятельности, ребенок лишается важного для него речевого общения.

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология. Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом. Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают и нарушают формирование голосовой активности и звукопроизводительной стороны речи.

Недостаточность кинестетического восприятия проявляется в том, что ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей.

Отмечается зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности. Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи.

Речевые нарушения затрудняют общение детей, страдающих церебральным параличом, с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

У детей с церебральным параличом выделяют следующие формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия, нарушения письменной речи. Речевые нарушения при ДЦП редко встречаются в изолированном виде. Например, наиболее частая форма речевой патологии — дизартрия — часто сочетается с задержкой речевого развития или реже — с алалией.

9.5. Основные цели и принципы коррекционной работы при ДЦП

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 своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное 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 детского церебрального паралича включаются: медикаментозные средства, различные виды массажа, лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры.

Существует несколько **основных принципов** коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом.

1. *Комплексный характер коррекционно-педагогической работы.* Это означает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция (развитие) всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

2. *Раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции.* В последние годы широко внедрена в практику 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 после 3–4 лет. В этом случае работа чаще всего направлена на исправление уже сложившихся дефектов речи и психики, а не на их предупреждение.

Раннее выявление патологии доречевого и раннего речевого развития и своевременное коррекционно-педагогическое воздействие в мла-

денческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые нарушения у детей с церебральным параличом в старшем возрасте. Необходимость ранней коррекционно-логопедической работы при ДЦП вытекает из особенностей детского мозга — его пластичности и универсальной способности к компенсированию нарушенных функций, а также в связи с тем, что наиболее оптимальными сроками созревания речевой функциональной системы являются первые три года жизни ребенка. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок.

3. *Организация работы 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 основной для данного возраста вид деятельности. В младенческом возрасте (до 1 года) ведущий вид деятельности — эмоциональное общение со взрослым; в раннем возрасте (от 1 года до 3 лет) — предметная деятельность; в дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) — игровая деятельность; в школьном возрасте — учебная деятельность.

4. *Наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психоречевого развития.*

5. *Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка.*

В силу огромной роли семьи, ближайшего окружения в процессах становления личности ребенка необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Родители — основные участники педагогической помощи при ДЦП, особенно если ребенок по тем или иным причинам не посещает учебно-воспитательное учреждение. Для создания благоприятных условий воспитания в семье необходимо знать особенности развития ребенка, его возможности и перспективы развития, соблюдать правильный распорядок дня, организовать целенаправленные коррекционные занятия, сформировать адекватную самооценку и правильное отношение к дефекту, развить необходимые в жизни волевые качества. Для этого важно активное включение ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность, стремление к тому, чтобы ребенок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду). В результате у него появляются

интерес к труду, чувство радости, что он может быть полезен, уверенность в своих силах.

Часто родители, желая избавить ребенка от трудностей, постоянно опекают его, оберегают от всего, что может огорчить, не дают ничего делать самостоятельно. Такое воспитание по типу гиперопеки приводит к пассивности, отказу от деятельности. Доброе, терпеливое отношение близких должно сочетаться с определенной требовательностью к ребенку. Нужно постепенно развивать правильное отношение к своему состоянию, к своим возможностям. В зависимости от реакции и поведения родителей ребенок будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или, наоборот, как человека, вполне способного достичь определенных успехов. Родители не должны стыдиться своего ребенка. Тогда и он сам не будет стыдиться своей болезни, уходить в себя, в свое одиночество.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем и дошкольном возрасте являются:

- ◆ развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими;
- ◆ стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, кинестетического восприятия и стереогноза). Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений;
- ◆ развитие предпосылок к интеллектуальной деятельности (внимание, памяти, воображения);
- ◆ формирование математических представлений;
- ◆ развитие зрительно-моторной координации и функциональных возможностей кисти и пальцев; подготовка к овладению письмом;
- ◆ воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Значительное место в коррекционно-педагогической работе при ДЦП отводится логопедической работе.

9.6. Система специализированной помощи детям, страдающим церебральным параличом

Структура дефекта при ДЦП предусматривает раннюю диагностику и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с такими детьми. В основе системы лежат раннее выявление, еще в родильном доме или детской поликлинике, среди новорожден-

ных всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи.

В нашей стране создана 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 социальной защиты) и различные реабилитационные центры. В этих учреждениях в течение длительного времени осуществляется не только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи. К сожалению, в настоящее время такие учреждения имеются только в Москве, Санкт-Петербурге и других крупных городах.

Амбулаторное лечение проводится на базе детской поликлиники врачами (невропатологом, педиатром, ортопедом), которые руководят лечением ребенка дома. При необходимости ребенок направляется на консультацию в специализированную неврологическую поликлинику. Комплексное лечение в амбулаторных условиях является достаточно эффективным при легких формах ДЦП, при выраженных нарушениях оно должно сочетаться с лечением в стационаре (в неврологических отделениях или психоневрологических больницах) или санатории. Дети, для которых все виды лечебно-педагогической помощи оказываются неэффективными, а также те, родители которых по каким-либо причинам не могут обеспечить им лечение и воспитание в домашних условиях, берутся государством под временную или постоянную опеку. Они направляются в дома ребенка (Минздрав), а затем в интернаты Министерства социальной защиты.

В систему помощи детям дошкольного возраста входит пребывание в специализированных детских садах, где осуществляются коррекционное обучение, воспитание и подготовка детей к школе. Важным является максимальное всестороннее развитие ребенка в соответствии с его возможностями.

Закрепление достигнутых результатов у детей школьного возраста наиболее полно осуществляется в специализированных школах-интернатах. Проживающие в крупных городах 60–70 % детей с церебральным параличом обучаются в школах-интернатах, которые ставят своей задачей не только сочетание учебно-воспитательного и лечебного процессов, но и проведение трудового обучения, своевременной и целенаправленной профессиональной ориентации.

Коррекционно-педагогическая работа, осуществляемая с детьми школьного возраста, состоит в последовательном развитии познавательной деятельности и коррекции ее нарушений, коррекции высших корковых функций, воспитании устойчивых форм поведения и деятельности. В школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата обучаются самостоятельно передвигающиеся и обслуживающие себя дети с сохранным интеллектом, ЗПР и олигофренией в степени дебильности.

В подготовительном классе школ-интернатов выявляется истинное состояние интеллекта, проводится подготовка к дальнейшему обучению в школе по адаптированной двенадцатилетней массовой или вспомогательной программе.

Тяжелые дети, не передвигающиеся и не обслуживающие себя самостоятельно, обучаются на дому по обычной, вспомогательной или индивидуальной программе. Дети с тяжелыми речевыми нарушениями обучаются в речевых школах. Некоторые дети с олигофренией в степени дебильности обучаются во вспомогательных школах.

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 их возможные реакции на критические замечания. Все это необходимо, чтобы постепенно выработать у ребенка объективное отношение к своим возможностям.

Дети, проживающие в маленьких городах или сельской местности, лишены в настоящее время возможности обучения в специализированных учреждениях. Они учатся либо в обычных массовых школах, либо на дому, что значительно снижает качество усвоения знаний, лишает возможности приобретения необходимых трудовых навыков.

Трудовое воспитание осуществляется как в процессе повседневной жизни, так и на специальных занятиях по трудотерапии. Профорентация детей с церебральным параличом 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, фотodelу, садоводству и другим специальностям.

После окончания школы подростки продолжают 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 строго следуют рекомендациям ВТЭК (врачебно-трудовой экспертной комиссии). При сохранном интеллекте можно овладеть профессиями программиста, экономиста, бухгалтера, библиотекаря, переводчика и др.

Контрольные вопросы

1. Каковы основные причины детского церебрального паралича?
2. Чем объясняется полиэтиологичность ДЦП?
3. Дайте характеристику нарушений двигательных функций у детей с ДЦП.
4. Каковы нарушения психического развития у детей с ДЦП?
5. В чем заключаются речевые нарушения при ДЦП?
6. Основные цели и принципы коррекционной работы при ДЦП.
7. Что представляет собой отечественная система специализированной помощи детям, страдающим церебральным параличом?

9.7. Материалы для семинарского занятия «Особенности развития личности детей с церебральными параличами»

В последние годы в проблеме изучения детского церебрального паралича отмечаются существенные изменения. Если ранее детский церебральный паралич рассматривался как заболевание в основном опорно-двигательного аппарата, и терапия была направлена прежде всего на становление двигательных функций, то в настоящее время детский церебральный паралич рассматривается в рамках пороков развития и другой патологии.

Важным звеном в патогенезе психических нарушений у детей с церебральным параличом является недоразвитие или аномальное развитие фино- и онтогенетически наиболее молодых мозговых структур, развивающихся уже в постнатальном онтогенезе. У ребенка с церебральным параличом прежде всего в той или иной степени выключена из деятельности важнейшая функциональная система — двигательная. Выраженная двигательная патология, нередко в сочетании с сенсорной недостаточностью, может быть одной из причин недоразвития познавательной деятельности и интеллекта у детей с церебральными параличами.

Большое значение в развитии восприятия и интеллекта ребенка придается деятельности. У ребенка с церебральным параличом в силу двигательной недостаточности формирование сенсорного восприятия может быть нарушено на самых ранних этапах его становления. Так, нарушение моторного аппарата глаза, а также недоразвитие стато-кинестических рефлексов способствуют ограничению поля зрения у таких детей. Недостаточное развитие предметного восприятия у детей с церебральными параличами может зависеть от отсутствия у них предметных действий. Известно, что эти действия у ребенка развиваются по мере совершенствования его общей моторики. По мере становления предметной деятельности происходит развитие активного осязания, т. е. формируются зрительно-кинестетические условные связи. Двигательная недостаточность препятствует не только развитию кинестетического и зрительного восприятия, но еще в большей степени мешает формированию интерсенсорных условных связей, особенно зрительно-моторных.

Патология двигательной функциональной системы у детей с церебральным параличом является одним из важных факторов, замедляющих и искажающих психическое развитие. Кроме того, патологическое состояние зрительного и слухового восприятия в результате поражения рецепторных систем также может приводить к недоразвитию познавательной деятельности, речи и интеллекта этих детей.

Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова считают, что большую роль в недоразвитии познавательной деятельности и интеллекта у детей с церебральным параличом могут играть речевые нарушения с недоразвитием коммуникативной, обобщающей и регулирующей функций речи. Двигательные нарушения ограничивают предметно-практическую деятельность, что обуславливает недостаточное развитие предметного восприятия.

Отклонения в познавательной деятельности у детей с церебральным параличом в значительной степени обусловлены недостаточностью их практической деятельности и социального опыта, коммуникативных связей с окружающими и невозможностью полноценной игровой деятельности.

По мнению Е. П. Мешениной, для детей с церебральным параличом характерны разнообразные психоэмоциональные расстройства, которые проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, повышенной чувствительности к обычным раздражителям окружающей среды, склонности к колебаниям настроения.

Е. М. Мастюкова считает, что повышенная эмоциональная лабильность сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Повышенная

эмоциональная возбудимость может сочетаться с радостным, приподнятым, благодушным настроением (эйфория), со снижением критики. Нередко эта возбудимость сопровождается страхами, особенно характерен страх высоты. Повышенная эмоциональная возбудимость может сочетаться с нарушениями поведения в виде двигательной расторможенности, аффективных взрывов, иногда с агрессивными проявлениями, с реакциями протеста по отношению к взрослым. Все эти проявления усиливаются при утомлении, в новой для ребенка обстановке и могут быть одной из причин школьной и социальной дезадаптации.

Нарушения в психоэмоциональной сфере у детей с церебральным параличом проявляются в виде синдрома раздражительной слабости. Этот синдром включает два основных компонента: с одной стороны, это повышенная истощаемость психических процессов, утомляемость, с другой — чрезвычайная раздражительность, плаксивость, капризность.

Дети с церебральным параличом психически истощаемы, недостаточно работоспособны, не способны к длительному интеллектуальному напряжению. Синдром раздражительной слабости обычно сочетается у этих детей с повышенной чувствительностью к различным внешним раздражителям (громким звукам, яркому свету, различным прикосновениям и т. д.).

Астенодинамический синдром по большей части отмечается у детей со спастической (поражение нижних и верхних конечностей, с отчетливым преобладанием поражения ног), а также при атонически-астатической форме, когда у ребенка в первую очередь наблюдаются произвольные движения — гиперкинезы, часто наблюдается астеногипердинамический синдром с проявлением двигательного беспокойства, повышенной раздражительностью и суетливостью.

Специфические нарушения деятельности, движений и общения при детском церебральном параличе могут способствовать **своеобразному формированию личности**. Наиболее часто наблюдается *диспропорциональный вариант* развития личности. Это проявляется в том, что достаточное интеллектуальное развитие сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личная незрелость проявляется в эгоцентризме, наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни.

Таким образом, психоэмоциональные расстройства и особенности личности при детском церебральном параличе, формирующиеся в результате действия комплекса факторов, и в том числе вследствие

имеющихся разнообразных двигательных нарушений, играют важную роль в расстройстве познавательной деятельности больных детей.

Особый интерес представляет характер активности ребенка, наличие у него мотиваций к действию, к общению с окружающими, к использованию имеющихся у него хотя бы минимальных возможностей движения, элементов предречевого и речевого развития при условии адекватности и силы его эмоциональных реакций.

Нарушение развития познавательной деятельности, как и всякой деятельности у детей с церебральными параличами, может быть связано с быстрой истощаемостью, склонностью к тормозным реакциям, замедленностью переключения умственных процессов, слабостью концентрации внимания, памяти.

А. И. Аксенова отмечает, что аномалии развития психики при детском церебральном параличе характеризуются рядом специфических особенностей.

Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем мире. Это обусловлено несколькими причинами:

- 1) вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;
- 2) затруднение познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств;
- 3) нарушение сенсорных функций.

При детском церебральном параличе отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает интеллектуальную деятельность детей с церебральными параличами. Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при детском церебральном параличе существенно нарушены.

Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представление лишь о том, что было в их практике.

Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т. е. нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранение третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития, причем преимущественно сдают наи-

более «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высоких корковых функций. Несформированность высших корковых функций является важным звеном нарушений познавательной деятельности при детском церебральном параличе. Причем чаще всего страдают отдельные корковые функции, т. е. характерна парциальность их нарушений. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

Выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объекта механической памяти. Большое число детей отличается низкой познавательной активностью, что проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебральным утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо оно проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается целенаправленная деятельность. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития (церебрально-органического генеза).

Для детей с церебральным параличом характерны расстройства эмоционально-волевой сферы. У одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других — в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается и с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональность возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики (эйфория).

Нарушения поведения могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастности.

У детей с церебральным параличом своеобразная структура личности. Достаточное интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах. У детей и подростков легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Выраженные трудности социальной адаптации способствует формированию таких черт личности, как робость, застенчивость, неумение постоять за свои интересы. Это сочетание с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью.

Нужно отметить, что Е. М. Мастюкова и К. А. Семенова считают, что наиболее характерной особенностью личности ребенка с церебральным параличом являются черты своеобразного психического инфантилизма. По своей структуре этот инфантилизм ближе всего к так называемому органическому наряду с чертами психики, свойственной детям более младшего возраста (эгоцентризм, лабильность, недостаточная глубина эмоций, повышенная внушаемость и зависимость от окружающих), у этих детей обнаруживаются более выраженные нарушения интеллектуальной деятельности с инертностью психических процессов и недостаточностью логического мышления. Наряду с чертами незрелости в отдельных суждениях и интересах могут отмечаться элементы солидности, рассудительности. Наряду с преобладанием игровых интересов могут иметь место расторможенность и патология влечений. Все это свидетельствует о своеобразном дисгармоничном психическом развитии.

Кроме проявлений органического инфантилизма, у детей с церебральными параличами могут отмечаться патологические черты характера и личности в целом (истероидные, тревожно-мнительные с фобическим синдромом, ипохондрические, невротические и т. д.). Характерны такие проявления различных реакций личности и возникновение затяжных реактивных состояний в связи с реакциями на свой дефект, свою физическую неполноценность. Указанные затяжные реактивные состояния могут приводить к формированию патологических черт характера и личности в целом. Реакции личности и реактивные состояния на свой дефект чаще всего выражаются в депрессивных состояниях, иногда с суицидальными высказываниями, реакциях негативизма. Поэтому требуется особенно бережное отношение к личности больного ребенка. Очень важно, чтобы он почувствовал себя нужным и полезным человеком и мог освоить какие-то трудовые навыки.

Так, ребенок, способный самостоятельно, хотя и с патологией выполняемого движения, взять игрушку, произвести с ней то или иное действие, может, в связи с нарушениями эмоционально-волевой сферы, сферы мотивации, не проявлять никаких попыток к ее захвату. Другой ребенок, не владеющий этими движениями, может движениями глаз, головы, слабым движением рук или туловища по направлению к игрушке показывать свой интерес к ней.

Нередко слабая познавательная активность обусловлена недостаточностью коммуникационных функций.

М. В. Ипполитова отмечает, что повышенная утомляемость также характерна для детей с церебральными параличами. Они быстро становятся вялыми и раздражительными, плаксивыми, с трудом сосредотачиваются на задании. При неудачах быстро утрачивают интерес, отказываются от выполнения задания. У некоторых детей в результате утомления возникает двигательное беспокойство. Ребенок начинает суетиться, усиленно жестикулировать и гримасничать, у него усиливаются насильственные движения, появляется слюнотечение. В игре он пытается схватить все игрушки и тут же их бросить, темп речи убыстряется, речь становится малопонятной для окружающих. Организованность в трудовой деятельности формируется с большим трудом.

Поведение детей с детскими церебральными параличами бывает различным. Для большинства характерна пассивность, вялость, нерешительность, пугливость. Дети с трудом привыкают к новой обстановке, к новым людям, они боятся высоты, темноты, одиночества, закрытых дверей, всяких неожиданных раздражителей, уколов и т. д. В момент страха у них учащается пульс, появляются пот, слюнотечение, усиливаются насильственные движения. Большое значение для преодоления страха имеют правильные условия воспитания таких детей.

У других детей отмечаются повышенная возбудимость, беспокойство, склонность к вспышкам раздражительности, упрямству. Для них характерна быстрая смена настроения: то они чрезмерно веселы, шумны, то становятся раздражительными, плаксивыми. При воспитании такого ребенка следует разговаривать с ним спокойным тоном, проявлять доброжелательность и терпение.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью: болезненно реагируют на тон голоса, отмечают малейшие изменения в настроении матери, крайне болезненно реагируют на ее слезы. Некоторым свойственно излишнее беспокойство за свое здоровье и здоровье своих близких.

У детей наблюдаются частые расстройства сна: они плохо засыпают, спят беспокойно, со страшными сновидениями, иногда с плачем и криком. Такой сон не приносит отдыха нервной системе: утром ребенок встает вялым, капризным, отказывается от занятий. Кроме того, для таких детей очень важно соблюдать режим дня, создавать спокойную обстановку перед сном: избегать шумных игр, просмотра видео и телепередач и различных резких раздражителей.

Дети с детскими церебральными параличами растут пугливыми, нерешительными и неуверенными в себе, они теряются в новых условиях. В школе такие дети тревожны, испытывают страх перед устным ответом, нередко у них возникает заикание или появляются насильственные движения. Они ничем не увлекаются, все свободное время тратят на приготовление уроков, стремятся заучить заданное наизусть. Все это препятствует развитию их интеллекта.

В школьном возрасте у таких детей нередко возникает страх за свое здоровье, возможно неправильное развитие личности. Чаше это отмечается у детей, которые воспитываются в семьях, где все внимание сосредоточено на болезни. В доме говорят только о болезни, малейшее изменение в состоянии ребенка вызывает у родителей не только тревогу, но и панику. Правильное воспитание в семье может предупредить подобное состояние.

Известно, что страх у маленького здорового ребенка возникает тогда, когда он сталкивается с незнакомыми явлениями. У ребенка с церебральным параличом представления об окружающем мире крайне ограничены. Потому очень важно постепенно расширять его кругозор, знакомить с различными предметами и явлениями, приучать к новым явлениям осторожно, не перегружая обилием впечатлений. Прежде чем ребенку показать каких-либо домашних животных, необходимо рассказать о них, продемонстрировать их на картинках.

Особый подход требуется к ребенку, у которого болезненно выражено чувство страха. Большое значение для предупреждения страха и развития таких отрицательных черт характера, как неуверенность, боязливость, имеет воспитание у ребенка активности. В ходе деятельности расширяется кругозор ребенка, развивается его интеллект.

Ребенок с церебральным параличом, как и все дети его возраста, прежде всего должен научиться некоторым общим правилам поведения. Необходимо также, чтобы ребенок начинал понимать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к своей болезни, к своим возможностям. Это даст ему способ-

ность вести спокойную, богатую впечатлениями и положительными переживаниями, полноценную жизнь.

Таким образом, анализ литературы по проблеме развития личности детей с детскими церебральными параличами показал следующее:

- ◆ дети с церебральными параличами стойко психически истощаемы, не способны к длительному интеллектуальному напряжению. Для них характерны расстройства эмоционально-волевой сферы, что проявляется чаще всего в плаксивости, раздражительности, капризности. Им часто свойственна неуверенность в себе, часто проявляется наивность суждений, застенчивость, робость. Это сочетается с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью;
- ◆ отставание в развитии речи приводят к ограничению объема знаний и представлений об окружающем мире, затрудняет общение детей;
- ◆ наиболее характерной особенностью личности ребенка являются черты своеобразного психического инфантилизма, что проявляется в эгоцентризме, лабильности, повышенной внушаемости и зависимости от окружающих. У детей с церебральными параличами могут отмечаться патологические черты характера: истероидные, тревожно-мнительные с фобическим синдромом, ипохондрические, невротические;
- ◆ для большинства детей с церебральными параличами характерна пассивность, вялость, нерешительность, быстрая смена настроения. Они боятся высоты, темноты, одиночества;
- ◆ в школе такие дети тревожны, испытывают страх перед устным ответом, нередко возникает заикание.

Рекомендации по психологической коррекции личностной сферы детей с церебральным параличом

На ранних этапах обучения и развития личности ребенка с церебральным параличом одной из основных задач является формирование представлений об окружающем мире, навыков самообслуживания. Большие возможности развития личности ребенка с церебральным параличом открывает трудовое обучение, так как труд не только готовит к жизни и доступной профессии, но и способствует восстановлению нарушенных болезнью функций, ослаблению дефектов умственного и физического развития. Приобретая трудовые навыки и умения, дети получают возможность всестороннего развития.

Детям с церебральными параличами очень непросто заниматься трудовой деятельностью и особенно сложно доводить работу до конца. Здесь огромное значение приобретает положительная мотивация деятельности ребенка. Однако мотив, желание трудиться и преодолевать себя остается достаточно серьезной проблемой для детей в возрасте после 10 лет. К этому времени у детей с церебральными параличами часто формируется потребительское, индивидуалистическое отношение к жизни, полное отсутствие интереса к какому-либо виду деятельности. И наоборот, дети 5–6 лет обычно с большим интересом вступают в процесс трудовой деятельности.

В процессе трудовой терапии решаются специфические задачи:

- ◆ компенсация недостатков опорно-двигательного аппарата — укрепление моторики рук, развитие координации и дифференциации движений;
- ◆ компенсация недоразвитости эмоционально-волевой сферы детей, формирование самостоятельности, наблюдательности, привычки к трудовым усилиям и целенаправленной деятельности;
- ◆ коррекция недостатков мыслительной и речевой деятельности;
- ◆ формирование уверенности в себе, развитие личностного потенциала, повышение самооценки;
- ◆ формирование определенных (доступных ребенку) трудовых навыков;
- ◆ расширение представлений об окружающем мире, о различных материалах, способах их обработки, повышение познавательной активности детей;
- ◆ воспитание любви к труду как форме существования человека, формирование эстетического воспитания окружающего мира и жизни;
- ◆ подготовка к сознательному выбору профессии в соответствии со своими возможностями и способностями, адекватная оценка своих достоинств и недостатков, уровня своих притязаний.

Для решения этих задач необходимы следующие условия:

- ◆ эмоциональный фон:
 - спокойный доверительный тон;
 - полное отсутствие отрицательных оценок;
 - сравнение результатов работы ребенка только с его личными достижениями, а не с достижениями других детей;

- соблюдение для каждого ребенка его индивидуального ритма работы;
- необходимость найти для каждого ребенка дело, доступное для выполнения и интересное ему;
- ◆ формирование у ребенка уверенности в себе, чувства полноценности:
 - необходимо избегать упоминаний о болезни;
 - не использовать терминов «больная, слабая, неумелая» рука, только «правая» и «левая» рука;
 - нельзя открыто проявлять чувство жалости к ребенку;
 - необходимо оказывать ребенку некоторую помощь в выполнении задания, главное — научить ребенка доступным ему приемам работы;
 - постоянно и систематически включать ребенка в процесс самооценки, что способствует формированию фактора самовоспитания.

Чтобы работать с такими детьми, педагог должен обладать огромным терпением, действовать в соответствии с принципом «пошагового» обучения, который предполагает длительную отработку каждого мельчайшего компонента трудового процесса. Очень важно, чтобы неудачи не отпугивали ребенка, а его работа над заданием укрепляла его уверенность в своих силах.

Методом социальной адаптации детей с детскими церебральными параличами является также и творческая реабилитация.

В вопросе воспитания, развития и обучения детей с церебральными параличами сегодня на первый план выходит социальная адаптация. Главной ее задачей становится приспособление ребенка к жизни, активизация резервных и компенсаторных способностей, и конечной целью выступает интеграция в обществе детей с церебральными параличами.

Под социальной адаптацией понимается возможность привести индивидуальное сознание в соответствие с нормами и принципами, господствующими в социальной группе. По существу — это обучение общению. Таким образом, общение является главным инструментом социальной адаптации. Общение — один из основных факторов психического развития человека.

Л. С. Выготский утверждал: «Всякий телесный недостаток — будь то слепота, глухота, паралич или умственная отсталость — вызывает

как бы социальный вывих. Такой ребенок с первых дней рождения, как только замечается в нем этот недостаток, даже в собственной семье приобретает особую социальную позицию. Специфическими условиями развития и отклонения личности чаще всего является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения».

Формирование коммуникативных навыков составляет важнейшее звено в развитии ребенка, в его адаптации в обществе.

Современные исследования психологии и педагогики говорят о том, что творческое начало есть в каждом человеке вне зависимости от возраста, деятельности, врожденных способностей. Одна из основных идей теории психологической природы творчества и воображения русского и советского психолога Л. С. Выготского связана с утверждением творческого характера деятельности человека. «Зародыш творческого воображения, — пишет Л. С. Выготский, — проявляется в играх животных. Что же говорит о детях! Игра — это не просто воспоминания о пережитых впечатлениях, но и творческая их переработка, сознание новой реальности».

Творческий потенциал находится под большим влиянием среды — условий домашнего воспитания, обучения, общественной системы. Но творческий потенциал необходимо выявлять, предсказывать, развивать. Творчески мыслит тот, кто хочет мыслить.

Принципы и идеи творческого воспитания, приспосабливаясь к «особым условиям» и «особым детям», рождают новые формы и новые методы, например, творческую реабилитацию. В основе творческой реабилитации лежит концепция развития через мотивацию.

Детям с церебральными параличами присущи такие черты, как инфантилизм, индивидуализм, безынициативность, пассивность к собственной реабилитации. Их бывает не так-то просто побудить к активной деятельности, к саморазвитию. Причем не только мотивация рождает творчество, но и творчество рождает мотивацию.

Вопросы для обсуждения

1. Этиология и патогенез детского церебрального паралича.
2. Почему основной контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральным параличом?
3. Как речевые нарушения связаны с первичным дефектом при ДЦП?
4. Характеристика нарушений двигательных функций у детей с ДЦП.
5. Нарушения психики.
6. Речевые нарушения.

7. Основные цели и принципы коррекционной работы при ДЦП.
8. Система специализированной помощи детям, страдающим церебральным параличом.
9. Специфика личностного развития при ДЦП.
10. Каковы основные рекомендации по психологической коррекции личностной сферы детей с церебральным параличом?

Литература

1. *Архипова Е. Ф.* Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). — М., 1989.
2. *Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В.* Детские церебральные параличи. — Киев, 1988.
3. *Ипполитова М. В., Бабенкова Р. Д., Мاستюкова Е. М.* Воспитание детей с церебральным параличом в семье. — М., 1993.
4. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. — М. — СПб., 1998.
5. *Левченко И. Ю.* Этапы коррекции нарушений психики у детей с церебральными параличами // Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. — М., 1989.
6. *Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В.* Нарушение речи у детей с церебральным параличом. — М., 1985.
7. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. — М., 1991.
8. Основы ортопедагогтики / Под общ. науч. ред. Э. Брукарта. — Бельгия (на русском языке), 1999.
9. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т. А. Власовой. — М., 1985.
10. *Семенова К. А., Махмудова Н. М.* Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент, 1979.

Глава 10

Комплексные нарушения

Краткое содержание темы. Понятие о сложном нарушении развития. Задачи психолого-педагогического сопровождения развития ребенка со сложным дефектом. Психолого-педагогические основы развития и образования лиц со сложным дефектом. Пути и способы организации специального образования для лиц со сложными нарушениями в развитии.

10.1. Понятие о сложном нарушении развития

К сложным нарушениям детского развития относят сочетание 2-х или более психофизических нарушений (зрения, слуха, речи, умственно-го развития и др.) у одного ребенка. Например, сочетание глухоты и слеповидения, сочетание умственной отсталости и слепоты, сочетание нарушения опорно-двигательного аппарата и нарушений речи. В современной специальной литературе в номинации сложных нарушений обозначаются только так называемые первичные нарушения, например слепоглухота. Если в название включаются вторичные отклонения в развитии, как, например, в слове «слепоглухонемота», где «немотой» обозначено отсутствие речи у ребенка, являющееся лишь следствием его глухоты, социально обусловленным, т. е. вторичным нарушением, то такой термин следует признать неточным и устаревшим.

В качестве синонимов термина «сложное нарушение» в литературе используются и другие термины, равнозначные ему: «сложный дефект», «сложные аномалии развития», «сочетанные нарушения», «комбинированные нарушения» и все более утверждающийся в последнее время — «сложная структура нарушения».

Выделяют 3 основные группы детей с сочетанными нарушениями.

В первую входят дети с 2 выраженными психофизическими нарушениями, каждое из которых может вызвать аномалию развития: слепоглухие дети, умственно отсталые глухие, слабослышащие с задержкой психического развития (первичной).

Во вторую — имеющие 1 существенное психофизическое нарушение (ведущее) и сопутствующее ему другое нарушение, выражен-

ное в слабой степени, но заметно отягощающее ход развития: умственно отсталые дети с небольшим снижением слуха. В таких случаях говорят об «осложненном» дефекте.

В третью группу входят дети с так называемыми множественными нарушениями, когда имеется 3 или более нарушений (первичных), выраженных в разной степени и приводящих к значительным отклонениям в развитии ребенка: умственно отсталые слабовидящие глухие дети. К множественным дефектам, в частности, можно отнести и сочетание у одного ребенка целого ряда небольших нарушений, которые имеют отрицательный кумулятивный эффект, например при сочетании небольших нарушений моторики, зрения и слуха у ребенка может иметь место выраженное недоразвитие речи.

Полагают, что дети со сложными нарушениями развития — это редкая, статистически малозначимая категория аномальных детей. Между тем, согласно данным исследований и наблюдений опытных дефектологов-практиков, эти дети составляют в среднем до 40 % контингента специальных образовательных учреждений.

Практическая потребность в изучении этих детей, определении их образовательных потребностей и в разработке системы их реабилитации исключительно велика.

Обучение и воспитание детей со сложными нарушениями представляют собой достаточно малоизученную и труднейшую проблему специальной педагогики. До недавнего времени в нашей стране многим из таких детей вообще невозможно было предоставить какой-либо реальной педагогической помощи, так как они считались необучаемыми (например, умственно отсталые дети с глубокими нарушениями зрения и слуха). Однако за последнее десятилетие положение существенно изменилось.

Все возрастающее внимание к проблеме обучения детей со сложными дефектами стало одной из тенденций развития современной специальной педагогики. Ею пройден большой исторический путь развития, чтобы, наконец, по-настоящему обратиться к исследованиям в этой области. Вместе с тем все предыдущие исследовательские работы в плане построения и развития реабилитационной помощи детям касались в основном отдельных видов сложного дефекта, т. е. частных его случаев. Таким образом, проблема изучалась крайне неравномерно.

Наибольший вклад был сделан в разработку психолого-педагогической системы воспитания слепоглухих детей. Обращение к столь трудной с педагогической точки зрения категории детей и успехи в этом направлении не прошли бесследно для всей проблемы сложных дефектов

в целом. Ведь изучение данной проблемы в целом в ходе систематического исследования предполагает нахождение общих решений, выяснение принципиальных отличий процесса развития ребенка со сложным дефектом от развития детей с отдельными формами первичных нарушений.

В число первоочередных задач, возникающих перед специалистами, входит задача возможно более ранней диагностики сложного дефекта. Слишком поздняя диагностика — типичное явление в практике работы с такими детьми. Случаи своевременной, достаточно ранней и вполне подготовленной существующими методами исследования диагностики являются скорее исключениями из этого правила, чем общей практикой. Вследствие этого дети со сложными нарушениями развития обычно слишком поздно попадают в сферу специального обучения. Нередко такая возможность возникает для них лишь к началу школьного возраста, а то и позднее.

Многие родители, столкнувшись с тяжелыми нарушениями развития своего ребенка в первые годы его жизни, ищут помощи лишь исключительно у медиков, совсем не обращаясь к специалистам-педагогам. Многие дети со сложными нарушениями действительно проходят необходимый курс лечения в больницах, где они подвергаются длительной культурной и материнской депривации, что неблагоприятно сказывается на их эмоциональном и умственном развитии. Однако и своевременное обращение к специалистам-педагогам не всегда приносит нужные плоды. Знания большинства дефектологов в этой области незначительны, полноценно проконсультировать родителей они не могут. Лишь определенный круг специалистов знаком с этой проблемой, владея практико-ориентированной диагностикой, — в основном это отдельные сотрудники Института коррекционной педагогики РАО и педагоги связанных с ним экспериментальных школ. Но и в этом случае не все родители могут получить конкретные, развернутые психолого-педагогические рекомендации. Подробная, научно обоснованная и экспериментально проверенная технология обучения создана для слепоглохих детей. Категория детей со сложной структурой дефекта столь многообразна, что программы воспитания и обучения каждой группы таких детей еще предстоит создавать. В настоящее время большинство таких детей обучается в специальных классах специальных школ.

В ранней диагностике усиливается значение нейрофизиологических методов объективного исследования. Современная наука и техника позволяют достаточно рано, на первом году жизни ребенка, диаг-

ностировать наличие сенсорных нарушений при их средней и большей степени выраженности. Так, отсутствие речи у 2–3-летнего слабовидящего ребенка может побудить к выдвигению гипотезы о задержке психического развития ребенка как первопричине отсутствия у него речи. Однако обнаружение тугоухости у этого ребенка при одноразовом электрофизиологическом исследовании позволяет назвать другую, более вероятную причину, приводящую к задержке формирования речи у ребенка, и соответственно указать совсем другие средства компенсации.

Существенные сложности содержит в себе психологическое исследование в целях ранней диагностики. Значительные трудности возникают при квалификации отклонений в умственном и эмоциональном развитии ребенка и выяснении их причин, кроющихся либо в социально-педагогических условиях (условиях раннего воспитания в семье), либо в биологических предпосылках, связанных со структурой дефекта, либо и в том и в другом.

Важное значение имеет медико-генетическое исследование, поскольку подавляющее большинство сложных нарушений связано с действием генетического фактора. Принципиально важно, что выявление синдромальных форм позволяет во многих случаях иметь прогноз возможного развития или инволюции имеющихся физических и психических функций. Так, своевременное установление одной из форм синдрома Ушера у глухого ребенка позволяет заблаговременно поставить задачу постепенно подготовить ребенка к будущей потере зрения: обучить его осязательному чтению рельефно-точечных текстов по системе Брайля, полезным приемам перцептивной деятельности в новых для подростка условиях восприятия, подготовить психологически к новому состоянию зрения и т. д.

10.2. Задачи психолого-педагогического сопровождения развития ребенка со сложным дефектом

Общей закономерностью, свойственной развитию детей со сложными дефектами, является особая отягощенность условий раннего развития ребенка. Наличие не одного, а двух, а то и более первичных нарушений чрезвычайно обедняет контакт ребенка с внешним миром, он попадает в условия огромной депривации (сенсорной, материнской, культурной) и в сенситивный период становления и развития основных психических функций терпит значительный ущерб. Это ведет

к недоразвитию как отдельных функций (предметные действия, формирование образов предметов, пространственная ориентировка и историка, эмоционально-чувственный контакт со взрослыми и общение), так и к общей задержке психического развития. Положение усугубляется тем, что материальная и социальная среда, как правило, остаются мало приспособленными к особенностям познавательной деятельности такого ребенка.

В дальнейшем, когда в конце концов ребенок попадает в необходимую для него специфическую среду, активно стимулирующую его развитие, обнаруживается, что его стартовая позиция хуже, чем у других детей с аномальным развитием.

Таким образом, оказывается, что по отношению к ребенку со сложным дефектом задачи последующей компенсации аномалий развития становятся более всеобъемлющими не только в силу сложности нарушения, но и в силу существенного отставания в развитии, связанного с упущенными возможностями ранней компенсации дефекта.

Исследователи, занимающиеся проблемой сочетанных нарушений, единодушно отмечают тот факт, что психическое развитие при двойном или тройном дефекте не сводится к сумме особенностей психического развития при каждом нарушении, а образует новую, сложную структуру нарушений и требует особого психолого-педагогического подхода (исследования А. И. Мещерякова, Т. В. Розановой и др.). Так, слепоглухие дети в своем развитии существенно отличаются от других категорий аномальных детей (глухих, слепых и др.). Отсутствие зрения и слуха обрекает ребенка на значительную изоляцию от внешнего мира, и его психика не получает должного развития. Такой ребенок нередко расценивается окружающими как глубоко умственно отсталый: у него резко ограничено познание окружающей действительности, нарушены возможности общения с людьми и формирования навыков и норм поведения. Тем не менее, в отличие от действительно умственно отсталого ребенка, слепоглухой ребенок обладает значительными потенциальными возможностями умственного развития. Особенно велики эти возможности у детей и подростков с поздней слепоглухотой, избежавших влияния сенсорной депривации в раннем возрасте и сохранивших речь.

Характерным следствием сложных нарушений является уменьшение доступных каналов компенсации дефекта, резкое сужение возможного диапазона средств компенсации. Так, при слепоте компенсация в восприятии ребенком окружающего мира осуществляется в значи-

тельной мере через сохранные слух и осязание. При глухоте — через зрение, кинестетическое, тактильно-вибрационное восприятие, однако при сочетанном поражении зрения и слуха, слепоглухоте пути компенсации через слух и зрение оказываются перекрыты и лишь в случае частичной сохранности этих функций могут быть использованы.

Таким образом, если в сложном бисенсорном дефекте мы имеем дело со сложением двух различных первичных нарушений и образованием их сочетания, то в путях компенсации происходит как бы их вычитание: ни зрение, ни слух не могут быть использованы. Альтернативным является какой-то третий путь. Психологическая задача педагога-дефектолога состоит в том, чтобы выявить пути развития ориентировочной деятельности ребенка, найти пусть и очень узкие, но реальные и перспективные пути компенсации сложного дефекта. Так, для слепоглохого ребенка такую роль в его восприятии играют осязание и кинестетическое восприятие, кроме того, возможно значительное компенсаторное развитие обоняния, которые в большой мере заменяют утраченные зрение и слух.

Решающим фактором развития будет в любом случае включение ребенка в процесс образования, или так называемого культурного развития, присвоения ему общественно выработанного исторического опыта человечества в процессе учения. Вывод ребенка из культурного тупика, из ситуации изолированности от окружающего мира — материально-предметного и социального — вот первейшая задача в поисках путей компенсации сложного дефекта. В контексте культурного развития ведущее место занимает овладение ребенком языком. В этом смысле выход на компенсаторные сенсорные каналы приобретает до известной степени подчиненное значение. Возможности умственного развития детей со сложным сенсорным дефектом принципиально не следует признавать ограниченными. В конце концов они зависят от состояния специальной педагогики как научно-практической дисциплины. По мере реального прогресса в области специальной психологии и педагогики эти возможности существенно возрастают.

Поскольку важнейшим резервом, как это было показано Л. С. Выготским, является развитие высших психических функций ребенка, принципиально важным становится вопрос о степени сохранности интеллектуального развития. Умственная отсталость как возможный компонент сложного дефекта, безусловно, чрезвычайно снижает потенциал компенсаторного развития аномального ребенка, однако не

делает последнее невозможным. Разделявшийся в прошлом специалистами крайне пессимистичный взгляд на обучение таких детей в настоящее время преодолен. По отношению к детям, имеющим наряду с сенсорными нарушениями олигофрению, в наше время утверждается новая прогрессивная точка зрения, опирающаяся на гуманистическую традицию в дефектологии и на новые положительные экспериментальные факты.

Реабилитационный потенциал детей со сложной структурой дефекта далеко еще не освоен в специальной психологии и педагогике, хотя и здесь действует известная в этих отраслях знания закономерность: чем раньше наступило нарушение и чем больше степень нарушения, тем больше выражено аномальное развитие ребенка. Усложнение структуры нарушения, его многокомпонентность имеют такие же последствия.

10.3. Психолого-педагогические основы развития и образования лиц со сложным дефектом

Ряд общих положений, касающихся психолого-педагогической организации условий жизни ребенка со сложным дефектом, может быть почерпнут из теории развития слепоглухих детей. Профессором А. И. Мещеряковым (1974) был сформулирован ряд условий, которые обеспечивают усвоение слепоглухим ребенком общественно выработанных знаний и формирование у него специфически человеческого поведения. Это, в о - п е р в ы х, практические действия с предметами (в том числе орудийные), без чего невозможно сформировать полноценный образ предмета. В о - в т о р ы х, использование социальных способов действия с вещами, входящими в непосредственное окружение человека. В - т р е т ь и х, направленность действий на удовлетворение потребностей ребенка.

Вначале это органические потребности, имеющиеся у ребенка (в еде, сне, защите от холода и др.). Затем, с развитием предметной деятельности, у ребенка образуются новые потребности, порождаемые этим развитием и входящие в противоречие с освоенным способом действия. Удовлетворение новых потребностей требует от ребенка овладения новым способом деятельности. В разрешении противоречий между потребностями и способами их удовлетворения заключается источник развития поведения ребенка. Используя метод так называемого совместно-разделенного действия, взрослый формирует у слепоглоухого ребен-

ка способы самообслуживания, целенаправленно уменьшая свою собственную активность и передавая ребенку свои функции.

Областью деятельности маленького слепоглухого ребенка, имеющей важнейшее образовательное значение, становятся самообслуживание (обучение самообслуживанию) и ручной труд. Именно в этой сфере впервые организуется доступное при слепоглухоте полноценное социальное взаимодействие с внешней средой. У ребенка образуются начальные формы специфически человеческого, т. е. культурного, поведения. Социально-эмоциональный контакт взрослого (педагога, родителя) и слепоглухого ребенка вводит его в мир человеческих отношений. Далее познание этого мира существенно обогащается, когда ребенок включается в коллективное самообслуживание, коллективный бытовой труд.

Овладение функциями окружающих предметов в процессе обучения является необходимым условием реального познания предметного внешнего мира, выступает средством развития познавательной деятельности ребенка, в частности формирования у него сенсорных процессов. Сенсомоторное воспитание слепоглухого ребенка, осуществляемое преимущественно в ходе овладения им предметно-практической деятельностью, становится необходимой частью умственного развития, образуя его фундамент.

Взаимодействие со взрослым в процессе совместно-разделенного действия с предметом является благоприятной основой для развития коммуникативной деятельности ребенка. Однако еще до овладения функциями предметов ребенок вступает в коммуникативные отношения со взрослыми, и специальная психология стала обращать все более пристальное внимание на ранние формы доречевого общения, стремясь найти резервы повышения коммуникативной активности ребенка и в возможно более ранние сроки вывести ребенка на символическую коммуникацию, что должно эффективно отразиться на его общем и умственном развитии.

Определенная культура ухода за ребенком со сложными нарушениями и развития невербальных форм общения в ранний, младенческий период воспитания родилась на Западе на почве культивирования материнского воспитания ребенка. Когда сейчас в нашей стране наблюдается переход от общественного (ясельного) воспитания детей, и в частности в воспитании детей с аномалиями развития, к семейному, нашим специалистам предстоит освоить в психолого-педагогическом плане этот пласт коммуникативной деятельности ребенка и оценить

его значение для психического развития детей со сложным дефектом на ранней ступени социализации их поведения.

Формирование средств общения у слепоглухих детей, а также у некоторых других категорий детей с выраженными нарушениями развития основано на следующей схеме. На основе освоения ребенком предметных действий и их обобщения ребенком при помощи изобразительных жестов, символизирующих предметные действия, переходят к общению посредством этих жестов, например для побуждения ребенка к практическому действию или в условиях предметно-игровой ситуации (Т. А. Басилова, 1987). Чтобы познакомить ребенка с жестом, взрослый упреждает постоянным применением жеста соответствующие предметные действия. Затем ребенка знакомят со смысловыми аналогами жестов — первыми короткими словами, даваемыми в дактильной или письменной форме. Таким образом вводят ребенка в словесную коммуникацию со взрослыми. Далее у ребенка в процессе общения и при изучении им языка как предмета последовательно формируют грамматический строй речи, идет усвоение лексики. Первостепенное значение имеет здесь использование письменной формы речи (Л. И. Пашенцева, 1983 и др.) и специальной системы овладения чтением и «читательской» деятельностью (Е. Л. Гончарова, 1990). Принципиальная возможность овладения языком и выхода на школьное образование, включая трудовое обучение, становится решающим фактором социальной реабилитации учащихся со сложными нарушениями развития.

Все указанные здесь области в содержании образования имеют широкое общеразвивающее значение для учащихся со сложным дефектом. Они повышают их общий реабилитационный потенциал. Образовательные возможности таких учащихся становятся тогда соизмеримыми с образовательными возможностями других детей с отклонениями в развитии.

Вместе с тем реализация реабилитационного потенциала ребенка со сложным дефектом существенно зависит от того, как содержание образования связано с жизнью ребенка-инвалида. Как показывает практика, для учащихся со сложным дефектом в этом смысле имеют наиболее существенное значение следующие содержательные области их образования: трудовое обучение (включая бытовой труд и домоводство, профессионально-трудовое обучение и социально-бытовую ориентировку).

Именно эти области в содержании образования обеспечивают в последующем относительно самостоятельный быт и труд взрослых инвалидов со сложной структурой нарушения.

10.4. Пути и способы организации специального образования для лиц со сложными нарушениями в развитии

В нашей стране уже сложились и действуют определенные виды помощи слепоглухим детям и другим детям со сложными сенсорными нарушениями: умственно отсталым глухим и слабослышащим, умственно отсталым слепым и слабовидящим, умственно отсталым детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата во вспомогательных классах соответствующих типов школ и в некоторых учреждениях Минсоцзащиты. Но было бы преждевременно говорить о наличии системы помощи детям со сложными нарушениями или полагать, что она находится в стадии становления.

Действительное положение дел представляет собой очень неоднородную картину. Для ряда субкатегорий детей со сложным дефектом какие-либо виды по-настоящему специализированной поддержки вообще отсутствуют, например для глухих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, для аутичных детей с сенсорными нарушениями, для детей с соматическими нарушениями и нарушениями зрения и слуха. Для большинства лиц со сложным дефектом особенно неустроенной оказывается жизнь до школы и после школы.

Вместе с тем для отдельных категорий детей со сложным дефектом образуются новые службы и виды поддержки, которые могут рассматриваться как пробная модель, возможная для использования при развитии системы. В наиболее продвинутом положении по организации специальной помощи некоторым категориям детей со сложными нарушениями находятся отдельные учреждения в системе Минсоцзащиты РФ.

В детском доме слепоглухих детей (г. Сергиев Посад Московской обл.) воспитываются и обучаются дети с комбинированным нарушением зрения и слуха дошкольного и школьного возраста. Сюда принимаются дети со сложным сенсорным нарушением, которые не могут посещать детские сады и школы для детей с нарушениями слуха, где обучение ведется на основе зрительного восприятия, или для детей с нарушениями зрения, где обучение ведется на основе слухового восприятия. Возраст воспитанников от 3 до 18 лет, учреждение рассчитано на 100 детей.

В нем содержатся: полностью слепые и слепые с остаточным зрением с остротой зрения от светоощущения до 0,04; слабовидящие с остротой зрения от 0,05 до 0,2 включительно, с коррекцией стеклами на лучше видящем глазу и с более высокой остротой зрения при дополнительных нарушениях (например, с резким сужением поля зрения) или при неблагоприятном прогнозе (например, при синдроме Ушера); глухие, а также

слабослышащие дети с потерей слуха, при которой ребенок не может воспринимать связную речь на ухо с помощью слуховой аппаратуры.

В последние годы наряду со слепоглухими в детский дом стали принимать детей с множественными нарушениями, где в качестве компонента сложного дефекта могут быть нарушения опорно-двигательного аппарата, умственная отсталость в легкой степени, аутистические проявления в поведении. Решение о зачислении слепоглохого ребенка принимается директором детского дома на основе заключения медико-педагогической комиссии детского дома или лаборатории содержания и методов обучения детей со сложной структурой дефекта Института коррекционной педагогики РАО после комплексного клиничко-психолого-педагогического обследования ребенка. Все расходы по обучению, воспитанию и содержанию ребенка в учреждении несет государство. В детском доме обучаются дети со всей территории России.

Специальные задачи учреждения состоят в формировании познавательной и практической деятельности детей, формировании пространственной ориентировки, словесной речи в различных ее формах (дактильной; письменной — крупным шрифтом, если позволяет остаточное зрение учащихся; рельефно-точечной по системе Брайля; устной), включении слепоглохих подростков в социально-бытовое окружение, обучении доступной профессии.

Наряду со специальными ставятся общие задачи — общеобразовательная и трудовая подготовка детей, их нравственное воспитание, умственное и физическое развитие. Воспитание и обучение проводятся по учебным планам и программам, разработанным в Институте коррекционной педагогики и в детском доме, предусматривающим учебные занятия в классе (свыше 30 ч в неделю) и внеклассные занятия. Используются специальные технические средства: звукоусиливающая аппаратура, оптические средства, телетакторы для общения слепоглохих.

Детский дом имеет дошкольное и школьное отделения, учебно-трудовые группы, группы для детей с множественными нарушениями. После окончания школы выпускники могут продолжить свое образование в вечерних школах слепых или глухих в специальных классах для слепоглохих... Серьезной проблемой в новых социально-экономических условиях стало трудоустройство слепоглохих выпускников. В детском доме проводится работа в направлении поисков новых перспективных профилей трудового обучения (изготовление мягкой игрушки, керамика, декоративное ткачество и др.).

В детских домах-интернатах Минздрава РФ содержатся в основном дети с глубокими поражениями центральной нервной системы, туда нередко попадают дети со сложным дефектом. Однако систематической специализированной психолого-педагогической помощи они там не получают. В настоящее время возникают попытки группового обучения слепых и слабовидящих умственно отсталых детей (в Москве).



Рис. 11. Скороходова О. И., выпускница детского дома для слепоглухих в городе Сергиев Посад Московской области, кандидат педагогических наук

В системе специальных образовательных учреждений Министерства образования и науки РФ уже много лет действуют вспомогательные классы: в школах для глухих, слабослышащих, слепых, слабовидящих детей, детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В эти классы принимаются дети с умственной отсталостью по типу олигофрении (в степени дебильности) и с соответствующим профилю школы сопутствующим нарушением. Для этих детей созданы учебные программы (в основном с 1 по 8 класс).

Чаще всего дети со сложным дефектом, принятые в школу, получают надомное обучение (очень ограниченное по времени) или находятся в обычных классах специального образовательного учреждения, где требуется индивидуальный подход к ребенку и разработка индивидуальной программы его обучения.

В новых по типу (инновационных) региональных школах и центрах для детей с отклонениями в развитии, где собираются дети с различной структурой дефекта и обучение проводится достаточно индивидуализированно, могут найти место и дети со сложной структурой дефекта, что зависит от местных условий.

Некоторую помощь дети со сложными дефектами в настоящее время могут найти в негосударственных учреждениях. Так, в местных общественных и частных психолого-педагогических, медико-социальных и иных центрах, организующих помощь детям-инвалидам, получают педагогическую поддержку дети с выраженными отклонениями в развитии, среди которых встречаются дети со сложным дефектом.

В последние годы возникли небольшие воспитательные учреждения и группы для детей с тяжелыми формами инвалидности при церковных общинах православной христианской церкви и общинах других конфессий.

В действующей совокупности учреждений и служб для детей со сложными нарушениями развития недостает самого раннего звена системы. Для обслуживания детей в дошкольном возрасте еще не созданы консультативные центры, которые могли бы оказывать педагогическую помощь родителям, имеющим детей со сложными аномалиями развития, и осуществлять раннюю диагностику. Подобные центры («семейные центры») имеются за рубежом (в Великобритании, Дании, Швеции и других странах). Кроме того, в специальных детских садах для детей с различными отклонениями в развитии необходимо предусмотреть возможность образования специальных групп для детей со сложным дефектом.

Контрольные вопросы по теме

1. Понятие о сложном нарушении развития.
2. Дайте характеристику основных групп детей с сочетанными нарушениями.
3. Каковы основные задачи психолого-педагогического сопровождения развития ребенка со сложной структурой нарушения?
4. В чем заключаются психолого-педагогические основы развития и образования лиц со сложным дефектом?
5. Пути и способы организации специального образования для лиц со сложными нарушениями в развитии.

10.5. Материалы для семинарского занятия

Основные понятия Сложное нарушение развития, сочетанные нарушения, комбинированные нарушения, сложная структура нарушения; слепоглухие дети, тифлосурдопедагогика; ранняя диагностика; длительная культурная и материальная депривация; нейрофизиологические методы объективного исследования, медико-генетическое исследование; синдром Ушера; отягощенность условий раннего развития ребенка; возможность ранней компенсации нарушения; реабилитационный потенциал детей со сложной структурой нарушения; многокомпонентность последствий нарушения; самообслуживание, ручной труд, социально-эмоциональный контакт, коммуникативная активность ребенка, трудовое обучение, профессионально-трудовое обучение, социально-бытовая ориентировка.

Методические указания для подготовки к семинарскому занятию

Главное в этой теме — выявить специфику психического развития детей со сложными нарушениями развития, охарактеризовать основные группы детей с сочетанными нарушениями, задачи психолого-педагогического сопровождения их развития и психолого-педагогические основы их образования. Практическую потребность в изучении этих детей, в определении их образовательных потребностей и в разработке системы их реабилитации определяет достаточно большое количество детей со сложными нарушениями развития.

Важно подчеркнуть роль ранней диагностики и своевременного начала специального обучения и развития. В связи с этим можно обратиться к опыту обучения и воспитания слепоглухих детей, накопленному в нашей стране.

Необходимо показать также значение нейрофизиологических методов объективного исследования, медико-генетического исследования и др.

Особого рассмотрения требует вопрос о существенном отставании в развитии ребенка, связанном с упущенными возможностями ранней компенсации дефекта, а также об уменьшении доступных каналов компенсации дефекта, резком сужении возможного диапазона средств компенсации.

Важной задачей психолого-педагогического сопровождения, таким образом, является дальнейшее освоение реабилитационного потенциала детей со сложной структурой дефекта.

Литература

1. *Басилова Т. А.* Условия формирования первоначальных жестов у слепоглухонемого ребенка // Дефектология, 1987. — № 1.
2. *Бертынь Г. П.* Этиологическая классификация слепоглухоты // Дефектология, 1985. — № 5.
3. *Блюмина М. Г.* Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов // Дефектология, 1989. — № 3.
4. *Ван Дайк Я.* Обучение и воспитание слепоглухих как особой категории аномальных детей // Дефектология, 1992. — № 4.
5. *Гончарова Е. Л.* Формирование базовых компонентов читательской деятельности у детей с глубокими нарушениями зрения и слуха // Дефектология, 1995. — № 4.
6. Клинико-психологическое исследование глухих детей со сложным дефектом: Сб. научных трудов / Под ред. М. С. Певзнер и Т. В. Розановой. — М., 1980.
7. *Мареева Р. А.* Проект программы обучения и воспитания слепоглухонемых учащихся дошкольных групп, подготовительного, I, II классов. — М., 1992.
8. *Мещеряков А. И.* Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами // Дефектология, 1973. — № 3.
9. *Мещеряков А. И.* Слепоглухонемые дети. — М., 1974.
10. Основы ортопедагогтики / Под общ. науч. ред. Э. Брукарта. — Бельгия (на русском языке), 1999.
11. *Певзнер М. С., Бертынь Г. П., Мареева Р. А.* Комплексное изучение детей со сложными сенсорными дефектами // Дефектология, 1979. — № 4.

12. *Соколянский И. А.* Обучение слепоглухонемых детей // Дефектология, 1989. — № 2.
13. *Соловьева И. Л.* Оздоровительная школа-интернат для неслышащих детей со сложной структурой дефекта: модель нового мира // Инновация в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.

Глава 11

Девиантное поведение детей и подростков. Его причины и пути коррекции

Краткое содержание темы. Девиантное поведение и его причины. Проявления девиантного поведения. Аддиктивное поведение подростков. Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению. Специфика употребления алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте. Динамика злоупотребления психотропными веществами в подростковом возрасте. Основные принципы работы и методы воспитания девиантного ребенка.

11.1. Девиантное поведение, его причины и проявления

Успешность педагогической работы на сегодняшний день будет зависеть от того, как будут решены вопросы сдерживания и предупреждения отклоняющегося поведения, которое охватывает и становится свойственным огромному количеству молодых людей.

Проблема предупреждения отклоняющегося поведения, как правило, обостряется в кризисные периоды состояния общества. В такой ситуации несовершеннолетние оказываются самыми социально неустойчивыми, нравственно неподготовленными и незащищенными. Часто, не имея достаточного жизненного опыта, моральных убеждений, не умея различать истинные жизненные ценности от мнимых, искусственных, они закрепляют в своем сознании и поведении негативные тенденции общественного развития.

В педагогической литературе под девиантным поведением понимается отклонение от принятых в данном обществе, социальной среде, ближайшем окружении, коллективе социально-нравственных норм и ценностей, нарушение процесса усвоения и воспроизводства социальных норм и культурных ценностей, а также саморазвития и самореализации в том обществе, к которому человек принадлежит.

В *медицинской литературе* под девиантным поведением понимается отклонение от принятых в данном обществе норм межличностных взаимоотношений: действий, поступков, высказываний, совершаемых как в рамках психического здоровья, так и в различных формах нервно-психической патологии, особенно пограничного уровня.

В *психологической литературе* девиантным называется поведение, отклоняющееся от социально-психологических и нравственных норм (В. В. Ковалев, 1979), либо как ошибочный антиобщественный образец решения конфликта, проявляющийся в нарушении общественно принятых норм, либо в ущербе, нанесенном общественному благополучию, окружающим и себе. Несмотря на некоторые различия, все авторы главным критерием девиаций считают нарушение норм, принятых в данном обществе.

Практическая потребность в изучении причин девиантного поведения школьников и особенностей их воспитания и коррекции поведения велика. Рассмотрим основные из них.

Причины социального и психологического характера. Наиболее общей причиной социального характера, как ни странно, является отношение общества к подросткам. Проблемы подросткового возраста и трудных подростков возникли только тогда, когда общество стало рассматривать подростков как особую группу людей и наделять их особыми правами.

Среди причин психологического и социального характера традиционно выделяют:

- 1) дефекты правового и нравственного сознания;
- 2) содержание потребностей личности;
- 3) особенности характера;
- 4) особенности эмоционально-волевой сферы.

Как правило, трудности в поведении подростка объясняются сочетанием результатов неправильного развития личности и неблагоприятной ситуации, в которой он оказался, а также недостатками воспитания. В подростковом возрасте среди наиболее часто встречающихся причин девиантности ученые называют незавершенность процесса формирования личности, отрицательное влияние семьи и ближайшего окружения, зависимость подростка от требований, норм и ценностей группы, к которой он принадлежит. Кроме того, отклоняющееся от нормы поведение у подростков зачастую является средством самоутверждения, протестом против действительности или требований взрослых.

В возрасте 13–17 лет подростки и молодежь очень подвержены влиянию «своих» групп. Так, среди причин, побудивших ребенка попробовать наркотики, чаще всего называется желание не отстать от компании, быть как все. Одной из основных причин психологического характера многие исследователи называют низкую самооценку детей, особенно подростков. Самооценка, т. е. оценка человеком своих возможностей, качеств и места среди других людей, является важным регулятором поведения. От самооценки зависят взаимоотношения человека с окружающими его людьми, его критичность, требовательность к себе, отношение к успехам и неудачам.

Среди причин социального характера одной из самых распространенных является влияние социального окружения, в котором живет и развивается ребенок. Развиваясь асоциально в неблагополучной среде, подросток усваивает ее нормы и ценности, даже если они противоречат принятым в обществе, для ребенка они — наиболее правильные, поскольку он не имеет опыта жизни в иной социальной среде.

Причиной может стать и социально благополучная, но низкая по уровню материального обеспечения среда. Если у ребенка, воспитанного в такой среде, не сформированы моральные нормы и ценности, навыки самостоятельного планирования жизни, он может преступить принятые в обществе нормы поведения сначала в виде протеста против своих условий жизни, а затем нарушать закон с целью повышения своего уровня жизни (кражи, махинации и т. д.). Причиной может быть и социально, и материально благополучная среда. При несформированности моральных норм, отклонениях в развитии, конфликтах со взрослыми ребенок, воспитывающийся в благополучной атмосфере, может пуститься на «поиски приключений» или найти поддержку в неблагополучной среде и начать следовать ее законам и нормам.

Причины, связанные с возрастными кризисами. Развитие ребенка в школьные годы не всегда происходит безболезненно. В возрасте от 7 до 17 лет подрастающий человек проходит несколько стадий возрастного развития, на каждой из которых происходят значительные изменения физического и психологического состояний, меняются эмоциональные и коммуникативные восприятия. Далеко не все дети при этом хорошо владеют своими мыслями, чувствами и поступками. Возрастные кризисы характеризуются переходом к новому типу взаимоотношений со взрослыми, рассматриваются как условные обозначения более или менее выраженных состояний конфликтности при

переходе от одного периода возрастного развития в другой, они часто сопровождаются депрессивными состояниями, выраженной неудовлетворенностью собой, а также трудноразрешимыми проблемами внутреннего (личностного) и внешнего (межличностного) характера. В связи с вышесказанным период подросткового кризиса наиболее сенситивен для возникновения различного рода девиаций.

Среди конкретных причин возникновения отклонений в поведении наибольшее значение имеют **проблемы в семье ребенка**:

- ◆ неблагополучие, разлад в семье;
- ◆ педагогическая некомпетентность родителей, нарекания, брань при взаимодействии с членами семьи, наказания по пустякам;
- ◆ непонимание или незнание родителями трудностей детей;
- ◆ алкоголизм родителей;
- ◆ сам факт принадлежности к неблагополучной семье.

Не менее важное значение имеют и проблемы самого ребенка:

- ◆ болезни;
- ◆ отставания в учебе;
- ◆ недостаточная уверенность в себе;
- ◆ одиночество;
- ◆ непонятость другими;
- ◆ отдельные эмоциональные и интеллектуальные характеристики подростка: повышенная возбудимость, расторможенность влечений, низкий уровень эмоционально-волевого контроля.

Перечисленные причины девиантного поведения являются, на наш взгляд, основными.

Остановимся на рассмотрении *проявлений* девиантного поведения. Ими могут быть отдельные поступки или их совокупность, которые входят в противоречие с принятыми в обществе юридическими, моральными и социальными нормами. Например, разновидностями аморального поведения можно считать алкоголизм, наркоманию, токсикоманию. Крайне опасными проявлениями девиации следует считать такие отклонения от нормы, как суициды, сексуальные извращения, акцентуации характера и др. К наиболее выраженным проявлениям девиации можно отнести делинквентное (противоправное) поведение. Причем девиации могут проявляться как на уровне малых групп, так и в индивидуальном порядке. Несмотря на разнообразие подходов к проявлениям девиантного поведения, его иногда сложно определить.

Трудность связана с тем, что девиантность является относительной характеристикой и определяется в соответствии со стандартами, которые сами по себе являются неопределенными.

На сегодняшний день большая часть признаков девиантного поведения отмечается большинством специалистов-практиков как важная характеристика отклоняющегося от нормы поведения, а отдельные признаки оцениваются как несущественные. Это, в частности, лживость, табакокурение, раннее начало половой жизни, срыв уроков, прогулы, которые становятся настолько распространенными в современных образовательных учреждениях, что перестают служить критериями отклонения поведения от нормы.

Примером девиации, меняющейся во времени, может служить отношение к курению в американском обществе. Если в начале XX в. активное противодействие курению, обусловленное нравственными и религиозными мотивами, было настолько сильным, что в 14 штатах оно было запрещено законом, то в период Первой и Второй мировых войн табак включался в паек военнослужащих многих армий. После Второй мировой войны курение получило не только распространение, но и социальное одобрение. Однако в 1957 году возникла новая волна оппозиции против этой привычки, которая стала объектом всеобщего осуждения. В настоящее время в США курение признается одной из форм девиантного поведения. Фактически курильщиков там стали отождествлять с наркоманами, невротиками, загрязнителями воздуха, виновниками пожаров и т. п.

Таким образом, классификация типов девиантного поведения связана со значительными трудностями, так как очень тесно соприкасается с понятием «норма», которое определяется, в о - п е р в ы х, как что-то среднее, устоявшееся, не выделяющееся из массы и, в о - в т о р ы х, как что-то наиболее приспособленное, адаптированное к окружающей среде. В связи с этим любое поведение будет зависеть от стандартов, по которым будет оцениваться девиантное поведение, и тем социальным ожиданиям, которые сформировались в обществе.

Девиантное поведение имеет большое количество форм проявлений, и одной из таких форм является *аддиктивное* поведение подростков.

Аддиктивное поведение (от англ. *addiction* — пагубная привычка, склонность) — термин, обозначающий поведение человека, который злоупотребляет алкоголем или другими наркотическими (токсикоманическими) веществами.

Независимо от того, каким именно веществом злоупотребляет человек, поведение его называется аддиктивным, поскольку в психоло-

гическом смысле все это имеет единую природу. Обыденные представления о том, что пьянство «лучше», чем употребление наркотиков, являются заблуждением. В строго научном смысле употребление крепкого кофе, чая (тем более «чифира»), курение табака тоже являются «слабыми наркоманиями». Конечно, внешняя картина поведения, как и субъективное состояние человека после приема того или иного вещества, различна, но суть их одна — изменение психического состояния.

Так, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила алкоголизм как одну из форм наркоманической зависимости и предлагает использовать термин «зависимость» как в отношении алкоголя, так и других наркотических средств. В 3-м издании справочника по диагностике и статистике психических расстройств определяются 5 видов веществ, употребляемых человеком для изменения своего психического состояния: алкоголь, барбитураты и седативные средства с аналогичным действием; опиаты; амфетамин и психостимуляторы с аналогичным действием; препараты индийской конопли (гашиш, марихуана).

Учитывая то, что употребление тех или иных из перечисленных веществ во многом определяется степенью сформированности химической зависимости, зарубежные ученые предлагают рассматривать стадии развития наркомании в соответствии с тем, какое вещество принимает человек:

- ◆ 1-я стадия — курение табака (никотиномания);
- ◆ 2-я стадия — употребление алкоголя;
- ◆ 3-я стадия — курение марихуаны;
- ◆ 4-я стадия — употребление собственно наркотических препаратов, запрещенных для немедицинских целей.

Наркотик отличается от вещества, вызывающего токсикоманию, только с юридической точки зрения. Алкоголь отличается от наркотика и токсикоманического вещества в социальном смысле, т. е. просто более приемлем для нашего общества в силу сложившихся культурно-исторических традиций (так, например, в мусульманских странах люди, придерживаясь запрета на алкоголь, считают вполне социально приемлемым умеренное употребление препаратов из конопли). В психологическом же смысле все эти вещества фактически не отличаются. Поэтому вполне правомерно объединить их терминами «психоактивные» или «психотропные», т. е. изменяющие психическое состояние, вещества.

11.2. Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению

Суть алкоголизма и наркомании состоит в том, что здесь целью человека выступает стремление изменить свое психическое состояние. Поэтому найти психологические причины алкоголизма и наркомании — это значит ответить на вопрос: почему человек хочет изменить свое психическое состояние именно искусственным (химическим) путем.

Психологические аспекты борьбы с алкоголизмом и наркоманией несовершеннолетних состоят прежде всего в выявлении психологической готовности к употреблению психотропных веществ, т. е. таких психологических особенностей подростков, которые являются своего рода «слабым звеном» в процессе социализации личности. Именно эти психологические особенности провоцируют «уход от реальности» при столкновении с жизненными трудностями.

Существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками или алкоголем:

- ◆ слабое развитие самоконтроля, самодисциплины;
- ◆ низкая устойчивость к всевозможным неблагоприятным воздействиям, неумение преодолевать трудности;
- ◆ эмоциональная неустойчивость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующую ситуацию, неумение найти продуктивный выход из конфликта.

Эти черты личности свойственны не только алкоголикам и наркоманам, а и просто плохо социально адаптированным людям, тем более несовершеннолетним. Наверное, многие трудновоспитуемые подростки имеют такой же психологический портрет, хотя они и не употребляют психоактивных веществ. Но здесь невольно возникает опасение: «Может быть, пока еще не употребляют?» Ведь именно эти личностные особенности вызывают отклонения в поведении, напряженность в социальных контактах, что, в свою очередь, может быть связано с возникновением у подростка потребности изменить свое психическое состояние.

Следовательно, влечение подростка к употреблению психоактивных веществ является симптомом общего личностного неблагополучия. Психологическая готовность подростка к употреблению психотропных веществ, формируясь постепенно, исподволь, реализуется при возникновении соответствующей ситуации в его жизни. Поэтому,

если несовершеннолетний начинает злоупотреблять алкоголем или наркотиками, это никогда не бывает случайно, чисто ситуативно. При всей неожиданности, видимой импульсивности такого поведения подростка его алкоголизация (или наркотизация) является логическим завершением предшествующего развития. Отсутствие у подростка психологической готовности к употреблению таких веществ, напротив, дает ему своего рода «запас прочности», обеспечивающий возможность противостоять неблагоприятному влиянию алкогольного (наркотического) окружения. Поэтому можно привести множество примеров, когда в одной и той же группе профтехучилища или в рабочей бригаде, где существуют стойкие алкогольные традиции, кто-то из несовершеннолетних начинает злоупотреблять спиртным и потом «спивается», а кто-то остается равнодушным к выпивке, хотя и участвует в совместных застольях, подчиняясь групповым нормам. Даже эпизодическое употребление наркотиков или иных токсических веществ, через которое прошли многие подростки, входящие в асоциальные группировки, для некоторых из них так и осталось эпизодом.

Употребление психотропных веществ подростками, не имеющими ни биологической предрасположенности, ни психологической готовности к этим действиям, обычно не закрепляется как привычная форма поведения, и по мере взросления, приобретения личностной зрелости может в единичных случаях пройти «само собой», без вмешательства медиков и без применения каких-либо иных мер воздействия.

11.3. Специфика употребления алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте

Причины алкоголизма и наркомании несовершеннолетних сложны и многоаспектны: от экономических и социальных до психофизиологических, включая свойства самих психотропных веществ, точнее, специфику их влияния на мозг человека. Тем не менее ни одна из этих причин не является решающей, не может выступать как основополагающая в возникновении аддиктивного поведения конкретного подростка или юноши.

Сочетание различных факторов возникновения психической зависимости от алкоголя или наркотиков, интенсивность их влияния, безусловно, имеют значение, однако главная роль принадлежит все же переживанию подростком своей жизненной ситуации. Именно этим и объясняются те реальные факты и жизненные наблюдения, когда один ребенок из самой неблагоприятной среды, отрицательной семейной

атмосферы вырастает достойным человеком, а другой, из вполне благополучной, обеспеченной семьи, занимающей довольно высокое социальное положение, становится наркоманом или алкоголиком.

Проблема предупреждения употребления несовершеннолетними психотропных веществ не является лишь частью проблемы профилактики алкоголизма и наркомании взрослых. Несмотря на то, что подростки и взрослые пьют одни и те же спиртные напитки и употребляют такие же наркотики, в психологическом смысле это разные явления. Попытка решить проблему алкоголизма и наркомании разом для подростков и взрослых, применяя одинаковые методы воздействия (причем в основном медицинские, юридические, пропагандистские), вряд ли даст положительный эффект. Это объясняется тем, что психика подростков отличается от психики взрослого человека. Жизнедеятельность подростка во всех своих проявлениях (включая употребление психотропных веществ) развивается по своим специфическим закономерностям.

«До эпохи Возрождения, — пишет И. В. Пятницкая (работы которой занимают одно из ведущих мест в изучении проблем алкоголизма), — дети в изобразительном искусстве представлялись подобными взрослым (мимика, пропорции тела), только меньшими. Сейчас во многих работах подростковый алкоголизм изображается подобно взрослому, только тяжелее. Но ранняя форма алкоголизма подростка отличается от алкоголизма, развивающегося у взрослого, качественно. Иное качество мы видим и в предпосылках, и в клинике, и в последствиях».

Систематическое употребление психотропных веществ несовершеннолетними следует рассматривать прежде всего как психолого-педагогическую, а не медицинскую проблему. Это обусловлено тем, что пьянство подростков, наркомания или токсикомания всегда связаны с другими нарушениями поведения.

Если алкоголизм или наркомания у взрослого человека долгое время может развиваться скрыто, не отражаясь на трудовой деятельности, социальном статусе, у несовершеннолетних, наоборот, сначала происходит социальная дезадаптация, а потом уже присоединяется употребление алкоголя или других психотропных веществ. Аддиктивное поведение является составным элементом отклоняющегося поведения, как бы наслаиваясь на социальную дезадаптацию подростка.

Исключение составляют биологически предрасположенные к алкоголизму подростки, у которых болезнь может возникнуть в результате случайной пробы спиртного.

Факторами возникновения у несовершеннолетних потребности в употреблении психотропных веществ являются: неблагоприятная микросоциальная ситуация развития, отклонения в функционировании высшей нервной деятельности, возрастные особенности. В том случае, когда неблагоприятное влияние указанных факторов, благодаря вмешательству взрослых, устраняется или компенсируется, злоупотребление прекращается без традиционного лечения и применения медикаментозных препаратов. И наоборот, никакие лекарства, угрозы и наказания не помогут, если отсутствуют условия для удовлетворения жизненно важных социальных потребностей подростка, фрустрированных указанными факторами.

Детские психиатры считают, что у подростков практически невозможно разграничить ситуационные нарушения поведения и проявления начинающегося заболевания. Типичная ситуация, когда подросток «отбил от рук», перестал выполнять требования родителей, учителей, стал плохо учиться, пропускать уроки, грубить, проводить все время с компанией себе подобных, распивать спиртные напитки или экспериментировать с другими психотропными веществами, может быть следствием влияния одного из следующих факторов (или их сочетания). В о - п е р в ы х, это может быть реакцией здорового подростка на сложную ситуацию в семье или школе. В о - в т о р ы х, проявлением чисто возрастной особенности — негативизма как крайнего проявления реакции эмансипации или одной из форм поискового поведения. Все это чаще всего с возрастом проходит само собой, по мере общей стабилизации поведения. В - т р е т ь и х, это может быть проявлением психических расстройств или декомпенсацией акцентуаций характера подростка.

Исследования доказали, что пьянство и наркомания несовершеннолетних — это прежде всего проявления нарушений поведения, которые, в свою очередь, обусловлены социальной средой. Так, 75 % подростков росли в неблагополучных семьях; до 90 % правонарушителей — тоже выходцы из неблагополучных семей; 76 % пьющих подростков воспитывались в неблагополучных, а 50 % — в неполных семьях (В. Т. Кондрашенко, 1988).

В плане возникновения и развития зависимости от психоактивных веществ семья и ближайшее окружение подростка играют иногда фатальную роль. В этом тоже проявляется качественное отличие подросткового алкоголизма или наркомании от взрослого. Так, если взрослый человек сам может выбрать свое микросоциальное окружение, противостоять пагубному влиянию, наконец, может просто уйти, уехать,

то для подростка такая свобода действий чаще всего невозможна. Попадая в пьянствующую компанию, подросток следует в русло ее алкогольных обычаев, т. е. пьет так, чтобы «не отстать от других», а не в соответствии со своим самочувствием, как это делает взрослый человек. Поскольку в таких компаниях обычно принято пить до «отключения», подросток, подражая уже сформировавшимся алкоголикам, употребляет большие дозы спиртного. Это приводит к тому, что контроль организма над количеством выпитого подавляется с самого начала. Иными словами, стадии опьянения с самого начала извращаются, что ведет по кратчайшему пути от злоупотребления к болезни, причем признаки алкоголизма могут наблюдаться раньше, чем болезнь сформировывается окончательно.

Употребление алкоголя в раннем возрасте имеет гораздо более тяжелые последствия для развития психики. Тем не менее до окончания подросткового возраста следует говорить не об алкоголизме, а об интоксикации организма, так называемой злокачественной алкоголизации.

Аналогичное влияние оказывает возраст на стадии и формы употребления наркотиков и других психотропных веществ. Поэтому можно сделать вывод, что и физиология подростка, и его психология, и социальный статус определяют иные, качественно отличные подходы к проблеме предупреждения и преодоления употребления психотропных веществ несовершеннолетними по сравнению со взрослыми.

11.4. Динамика злоупотребления психотропными веществами в подростковом возрасте

Хорошо, если ребенок, развитие которого в результате неблагоприятного влияния семьи либо особенностей функционирования высшей нервной деятельности протекает с осложнениями, окажется во внесемейных социальных условиях, способных компенсировать эти недостатки, выровнять наметившиеся отклонения в его личности. Если же этого не происходит, дальнейшее его развитие идет стихийно, по линии наименьшего сопротивления: подросток не пытается путем самовоспитания выработать в себе качества, обеспечивающие успех и удовлетворенность жизнью, а выбирает более легкий и простой путь — сразу изменить свое психическое состояние, добываясь тех же эмоций путем употребления психотропных веществ.

Являясь элементом девиантного поведения, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами, как правило, начинается в груп-

пе. Обычно это та же асоциальная группировка, в которой берет начало и криминальное поведение. Однако среди элитарной молодежи существуют свои группы, где употребление психотропных веществ (чаще наркотиков) является элементом их субкультуры, неотъемлемой составляющей жизненного стереотипа.

Как уже отмечалось, попадая в пьянствующую компанию, подросток пьет так, чтобы «не отстать от других», и, подражая уже сформировавшимся алкоголикам, употребляет большие дозы спиртного. Это приводит к тому, что контроль организма над количеством выпитого утрачивается, еще не успев сформироваться. Иными словами, влияние алкогольной группы на несовершеннолетнего приводит к извращению стадий опьянения, что ведет по кратчайшему пути от злоупотребления к болезни и даже опережая болезнь.

В асоциально направленной группе всегда имеет место злоупотребление алкоголем, поскольку это обязательный атрибут преступного мира, которому подражают входящие сюда подростки. Превращение такой группы в криминальную или собственно наркоманическую происходит довольно часто. Обычно такое превращение связано с появлением лидера — взрослого или старшего по возрасту, часто уже судимого и имеющего опыт употребления наркотиков. Он начинает активно предлагать подросткам попробовать наркотик, красочно описывая его «чудодейственные» свойства и убеждая в безвредности наркотических веществ.

Приведем пример «рекламного текста», который произнес наркоман-житель, уговаривая подростка впервые сделать инъекцию опиатов: «Ты не слушай тех, кто тебе рассказывает. Это холопы, и кайф у них холопский. Мы с тобой короли, и кайф у нас будет королевский. Кайф — это ты сам. Если ты не имел кайфа, ты не знаешь себя» (В. С. Битенский и др., 1989).

В последнее время официальная статистика свидетельствует о неуклонном росте злоупотребления алкоголем в подростковой среде. По данным института специальной педагогики и психологии г. Санкт-Петербурга, за период с 1991 по 2000 год число подростков, больных алкоголизмом, выросло в 1,5 раза. Потребляют алкогольные напитки около 82 % людей в возрасте 12–22 лет. Средний возраст начала употребления алкоголя составляет 14 лет. Ежедневно или через день употребляют алкоголь 33,1 % юношей и 20,1 % девушек (по данным А. Ю. Егорова, г. Санкт-Петербург).

Можно проследить динамику злоупотребления психотропными веществами в подростковом возрасте (Максимова Н. Ю., Милютин Е. Л.).

Этап первых проб Первые пробы наркотика обычно начинаются с курения гашиша. Во время очередной выпивки в укромном месте, где собралась группа, кто-то «пускает по кругу косяк», каждый подросток затягивается сигаретой с гашишем и передает следующему. При этом те подростки, у которых курение гашиша вызывает отрицательную реакцию, обычно не признаются в этом, а приспосабливаются к общему настроению.

Реже первым наркотиком, который пробует подросток, бывает препарат опия. Это обычно происходит, когда новичок попадает в уже сформировавшуюся наркоманическую группу или имеет друга — опытного наркомана, который уговаривает его «узнать настоящий кайф».

Этап первых проб не является болезнью, не имеет никаких наркологических закономерностей и целиком относится к поведенческим нарушениям. Более того, как говорилось выше, первые пробы вообще могут остаться единственными, если это случилось с благополучными подростками.

Прием наркотиков становится все более частым, ритмичным, формируется свой стереотип употребления психотропных средств. Так возникает следующий этап — поисковый полинаркотизм.

Поисковый полинаркотизм Поисковый полинаркотизм — наиболее распространенная форма употребления психоактивных веществ в подростковом возрасте. По данным исследователей-наркологов, 46,3 % всех обследованных подростков употребляли наркотики именно таким образом. На этом этапе подростки успевают перепробовать все психоактивные вещества, которые могут достать.

Поскольку употребление психоактивных веществ обычно происходит в группе, оно тесно связано со стандартами группового поведения. Подростки собираются своей компанией в таком месте, где им не будут мешать, они настроены на то, чтобы расслабиться, непринужденно пообщаться под музыку. Употребление наркотиков сначала выступает как компонент приятного времяпрепровождения, а не как самоцель. В то же время подростки с удовольствием прислушиваются к своим ощущениям, вызванным действием того или иного препарата, запоминают их, сравнивают. Они охотно делятся друг с другом своими впечатлениями, обсуждают, какой наркотик лучше. Престижным считается употребление более сильных психотропных веществ.

На этапе поискового полинаркотизма влечение к наркотику пока еще отсутствует, у подростка нет психической зависимости от него.

Это, скорее, стандарт группового поведения, ситуационная (групповая) зависимость, когда желание употребить то или иное психоактивное вещество возникает только в определенной ситуации и определенном окружении. У подростков уже на этом этапе существует готовность к аддиктивному поведению. Когда лидер группы предлагает достать или принять уже имеющееся психоактивное вещество, никто из членов группы не возражает. Однако вне своей компании подросток пока что не употребляет наркотики. Даже имея дома определенный запас таких веществ, он приберегает их для того, чтобы принять их вместе со всеми, в своем привычном окружении.

В период поискового полинаркотизма для подростка не имеет значения, какое именно психоактивное вещество употреблять. Предпочтение сначала все же отдается алкоголю и легкодоступным, считающимся «безобидными» наркотикам, оживляющим бездумную коммуникацию. Затем можно наблюдать своеобразное коллекционирование: опробовав новый наркотик, подросток с гордостью рассказывает о своих ощущениях друзьям, демонстрируя свои впечатления о «кайфе», так же как филателист демонстрирует новую марку. Каждый участник группы стремится пополнить свою «коллекцию» ощущений от наркотиков, жадно усваивает информацию о действии психоактивных веществ, способах их получения и т. д. Среди интеллектуально развитых подростков-наркоманов даже бытует такой афоризм: «Тот, кто ищет свой наркотик, тот ищет самого себя».

Постепенно этап поискового полинаркотизма переходит в этап фоновый полинаркотизма. Перепробовав многие психоактивные вещества, подросток определяет тот наркотик, который доставляет ему наибольшее удовольствие. Именно появление такой избирательности, наличие предпочитаемого наркотика на фоне остальных является отличительной чертой этого этапа. При этом влечения даже к предпочитаемому наркотику пока нет, психологическая зависимость отсутствует. Да и выбирает «свой» наркотик подросток лишь в том случае, когда есть выбор. Каких-либо активных действий в поисках именно этого психоактивного вещества подросток не предпринимает.

Фоновый

полинаркотизм

На этом этапе повышается толерантность к психоактивным веществам (чаще — к предпочитаемому наркотику), снижаются или исчезают защитные рефлексы. Предпочитаемым обычно становится вещество с наиболее высокой наркогенностью или препарат, к которому подросток оказался наиболее чувствителен в силу своих индивидуальных особенностей. Наиболее часто в качестве такого вещества выступают

опий (точнее, его суррогат) и снотворные препараты. Значительно реже — гашиш, эфедрин. Практически не встречается на этом этапе употребление хинолитиков и летучих веществ (ингалянтов).

Продолжительность этапа фонового полинаркотизма невелика — от 3 недель до полугода. Этот этап как бы подготавливает становление 1 стадии наркомании.

Таким образом, заболевание алкоголизмом и наркоманией никогда не бывает случайным («из-за любопытства»), внезапным. Заболеванию всегда предшествует довольно длительный период социальной дезадаптации ребенка (сначала дома, а потом и в школе), период первых проб психоактивных веществ, поисковый полинаркотизм, где основную роль играют стандарты группового поведения; фоновый полинаркотизм, где все ярче проявляется мотив изменения своего психического состояния с помощью предпочитаемого наркотика.

В период употребления психотропных веществ, еще до формирования влечения к ним, т. е. пока нет психической зависимости, подростку вряд ли может помочь нарколог. Медикаментозное лечение еще применять рано, а убеждения в пагубном влиянии психотропных веществ на организм не воспринимаются, поскольку у подростка уже сформировалась психологическая готовность к употреблению алкоголя или наркотиков. Помочь может только воздействие, направленное на разрушение этой готовности и исправление отклонений в развитии личности, детерминирующих стремление изменить свое психическое состояние искусственным путем. Наибольший эффект может дать психологическое (психотерапевтическое) воздействие, базирующееся на знании психологических причин возникновения у подростка потребности в употреблении психотропных веществ.

Итак, схема возникновения психической зависимости от алкоголя и наркотиков состоит в следующем:

- 1) неспособность подростка к продуктивному выходу из ситуации затрудненности удовлетворения жизненно важных социальных потребностей, возникающая вследствие определенного сочетания личностных свойств (личностная предрасположенность);
- 2) несформированность или неэффективность способов психологической защиты личности, превращающих личностную предрасположенность в психологическую готовность к злоупотреблению психотропными веществами;
- 3) наличие фрустрирующей (психотравмирующей) ситуации, актуализирующей проявление («включение») этой психологической готовности;

- 4) осведомленность подростка о свойствах психотропных веществ, позволяющих снять психическую напряженность, достичь эмоционального комфорта.

Психологическая готовность к злоупотреблению психотропными веществами является своего рода функциональным органом, представляющим собой сочетание определенных личностных особенностей, актуализирующихся в ситуации затрудненности удовлетворения значимых социальных потребностей подростка.

11.5. Работа учителя с девиантными подростками

Наибольшую трудность в работе учителя и родители испытывают с детьми агрессивными, лживыми, неуравновешенными, имеющими нервно-психические расстройства. Серьезные затруднения связаны с такими проблемами, как воровство, наркомания, грубость в общении, особенно с употреблением ненормативной лексики, неадекватное сексуальное поведение, драки, участие в асоциальных группировках, ненависть к своим родителям, а также работа с родителями из так называемых неблагополучных семей.

При работе необходимо включение трудных детей в работу спортивных секций, музыкальных, танцевальных кружков и объединений по интересам, должны быть разработаны специальные меры по включению их в общественную жизнь, где они смогли бы проявить себя и свою инициативу. Однако те конкретные виды работ, которые под этим подразумеваются, вряд ли могут быть так охарактеризованы. Это участие в уборке класса, сельхозработах, ремонте мебели и школы, походы, работа в тренажерных залах. Эти формы деятельности стали уже традиционными много лет назад, и реорганизация их с тем, чтобы они стали привлекательными, особенно для девиантных детей, требует немалой изобретательности.

Во многих учебных заведениях проводятся диагностическое отслеживание состояния детей и подростков, выявление детей «группы риска», психологические консультации для детей и родителей, групповые занятия в форме тренингов, игр.

Менее распространенной формой является использование вариативных форм обучения — классов коррекции, классов выравнивания, обучения по индивидуальным планам. Практически, к сожалению, не используется обучение «трудных детей» в разновозрастных группах, хотя, как показывают исследования, это весьма эффективный способ организации обучения именно для такой категории детей.

И, наконец, скорее исключением, нежели правилом, является создание групп взаимопомощи из самих подростков, широко используемых в зарубежных школах и имеющих большой эффект.

Несомненно, что в основе педагогической цели, реализуемой по отношению к ребенку с девиантным поведением, лежит оказание ему помощи в становлении полноценного члена общества, в реализации его индивидуального потенциала. Необходимо создание условий для осознания ребенком необходимости переоценки своего поведения. При этом проявляется такая особенность социальных отношений детей с девиантным поведением: с одной стороны, они чаще всего воспринимают свое поведение как нормальное, соответствующее их нравственным позициям, с другой — всякую негативную оценку своих поступков они воспринимают как несправедливое отношение к ним лично.

Одной из главных задач воспитания девиантного ребенка является его социальное самоопределение, которое зависит от реализации двух важнейших условий.

Первым из них является обеспечение включенности детей в реальные социальные отношения, т. е. возникновения у них личностного отношения к деятельности, несущего в себе объективный и субъективный компонент. Вторым условием является самореализация детей в процессе социального взаимодействия. Это условие предполагает предоставление возможности ребенку более полно раскрыть себя в отношениях с окружающими, когда важны осознание цели и значения деятельности для личного саморазвития, учет осознанности каждым ребенком своего «Я», наличие четких и ясных перспектив (ближних и дальних) в той деятельности, в которую ребенок включается.

Воспитание девиантного ребенка совершается только на основе активности самого ребенка во взаимодействии его с окружающей социальной средой. Фактически цель воспитания будет состоять в формировании состояния самоперевоспитания.

Говоря об активности ребенка, мы должны представлять, что она существенным образом зависит от его мотивации. Поэтому педагог должен, прежде всего, опираться на потребности и мотивы ребенка, определять, что является для ребенка главным на данный момент.

Воспитание девиантных детей подразумевает включение следующих компонентов:

- ♦ целенаправленной работы по нравственному просвещению (это уроки этики, нравственные беседы, индивидуальные консультации и т. п.);
- ♦ актуализации всех источников нравственного опыта школьников (учебная, общественно полезная, внеклассная работа, отношения

между учащимися в классе, отношения детей с родителями, отношения учитель — ученик, учитель — родители учеников, повседневный стиль и «тон» работы школы);

- ◆ введения нравственных критериев в оценку всех без исключения видов деятельности и проявлений личности воспитанников;
- ◆ оптимального соотношения форм практической деятельности и нравственного просвещения на разных этапах с учетом пола учащихся.

В психолого-педагогической литературе приводятся принципы работы и воспитания девиантных детей, которые могут стать основой при работе с такими ребятами. Рассмотрим их.

Принцип ориентации на позитив в поведении и характере ребенка. Этот известный принцип, который был сформулирован еще А. С. Макаренко, требует рассмотрения ребенка как главной ценности в системе человеческих отношений, нормой которых является гуманность. Педагог должен видеть в ребенке прежде всего лучшее. Это лучшее и является тем зерном, которое, прорастая, формирует у ребенка позитивные качества, веру в себя, позволяет по-новому взглянуть на свое поведение.

Принцип социальной адекватности воспитания требует соответствия содержания и средств воспитания социальной ситуации, в которой организуется воспитание трудного ребенка.

Принцип индивидуализации воспитания детей с девиантным поведением предполагает определение индивидуальной траектории социального развития каждого ученика, выделение специальных задач, соответствующих его индивидуальным особенностям, как то: выявление причин девиантности, определение особенностей включения детей в различные виды деятельности, раскрытие потенциалов личности как в учебной, так и во внеучебной работе, предоставление возможности каждому учащемуся для самореализации и самораскрытия.

В практической педагогической деятельности этот принцип реализуется в следующих правилах:

- ◆ работа с трудными детьми должна ориентироваться на развитие каждого из них;
- ◆ успех воспитательного воздействия при работе с одним учащимся не должен негативно влиять на воспитание других;
- ◆ выбор воспитательного средства необходимо соотносить только с информацией об индивидуальных качествах;
- ◆ поиск педагогом способов коррекции поведения ученика должен вестись только на основе взаимодействия с ним;

- ♦ постоянное отслеживание эффективности воспитательного воздействия на каждого ребенка должно определять совокупность воспитательных средств, используемых педагогами.

Принцип социального закаливания девиантных детей предполагает включение воспитанников в ситуации, которые требуют волевого усилия для преодоления негативного воздействия социума, выработку определенных способов этого преодоления, адекватных индивидуальным особенностям человека, выработку социального иммунитета, стрессоустойчивости, рефлексивной позиции.

В педагогической деятельности этот принцип реализуется в следующих правилах:

- ♦ проблемы отношений детей надо решать с детьми, а не за них;
- ♦ ребенок не всегда должен легко добиваться успеха в своих отношениях с людьми: трудный путь к успеху — залог успешной жизни в дальнейшем;
- ♦ не только радость, но и страдания, переживания воспитывают человека;
- ♦ волевых усилий для преодоления трудностей у человека не будет завтра, если их нет сегодня;
- ♦ нельзя предусмотреть все трудности жизни, но человеку надо быть готовым к их преодолению.

Можно выделить и основные методы при воспитании девиантного ребенка.

Напомним, что *метод воспитания* — это способ реализации целей воспитания. Под методами воспитания понимаются такие взаимодействия педагогов и учащихся, в процессе которых происходят изменения в уровне развития качеств личности воспитанников.

В интеллектуальной сфере необходимо формировать у ребенка с девиантным поведением объем, глубину, действенность знаний о нравственных ценностях: моральных идеалах, принципах, нормах поведения (гуманности, солидарности, любви, представлении о долге, справедливости, скромности, самокритичности, честности, ответственности за себя). Благодаря им корректируются и организуются поведение и деятельность личности.

Методы воздействия на интеллектуальную сферу. Для формирования взглядов, понятий, установок используются **методы убеждения**.

В мотивационной сфере целесообразно формировать правомерность и обоснованность отношения к моральным нормам: бережное

отношение к человеку; сочетание личных и общественных интересов; стремление к идеалу; правдивость; нравственные установки; цели жизни; смысл жизни; отношение к своим обязанностям; потребность в «другом», в контакте с себе подобными. Знать, что нужно делать, к чему следует стремиться, — не значит хотеть это делать, действительно к этому стремиться. Новые мотивационные образования возникают не в процессе усвоения, а в результате переживания или проживания.

Методы воздействия на мотивационную сферу включают **стимулирование** — действия, в основе которых лежит формирование у учащихся осознанных побуждений их жизнедеятельности. В педагогике распространены такие компоненты метода стимулирования, как *поощрение* и *наказание*.

В эмоциональной сфере необходимо формировать характер нравственных переживаний, связанных с нормами или отклонениями от норм и идеалов: жалость, сочувствие, доверие, благодарность, отзывчивость, самолюбие, эмпатию, стыд и др.

Хотелось бы отметить, что воспитание личности приносит плоды только в том случае, если оно происходит в правильном эмоциональном тоне, если педагогу удастся сочетать требовательность и доброту. Если общение с взрослым идет плохо, безрадостно, постоянно приносит огорчения, то весь механизм не работает, новые мотивационные образования у ребенка не возникают, правильного воспитания личности не происходит. Это говорит о том, что личность выбирает тот способ удовлетворения своих потребностей в общении и деятельности, который соответствует ее жизненным ценностям.

Методом, оказывающим влияние на эмоциональную сферу ребенка, является **внушение**, которое может осуществляться как вербальными, так и невербальными средствами. Внушать — это значит воздействовать на чувства, а через них на ум и волю человека. Использование этого метода способствует переживанию детьми своих поступков и связанных с ними эмоциональных состояний.

В волевой сфере нужно формировать нравственно-волевые устремления в реализации нравственных поступков: мужества, смелости, принципиальности в отстаивании нравственных идеалов. Здесь важно не столько то, что личность ставит цели, сколько то, как она их реализует, на что пойдет личность ради достижения целей. Принятие решений — это не только выбор альтернатив на рациональной основе, но и волевое разрешение противоречий, способность осуществлять деятельность на оптимальном уровне активности, психическая устойчивость по отношению к трудностям.

Методы воздействия на волевую сферу предполагают:

- ◆ развитие у детей инициативы, уверенности в своих силах;
- ◆ развитие настойчивости, умения преодолевать трудности для достижения намеченной цели;
- ◆ формирование умения владеть собой (выдержка, самообладание); совершенствование навыков самостоятельного поведения и т. д. Доминирующее влияние на формирование волевой сферы могут оказать **методы требования и упражнения**.

В сфере саморегуляции необходимо формировать нравственную правомерность выбора: совесть, самооценку, самокритичность, умение соотнести свое поведение с другими, добропорядочность, самоконтроль, рефлексию и др. Саморегуляция осуществляется в соответствии с известной формулой С. Л. Рубинштейна о преломлении внешнего через внутреннее: саморегуляция осуществляется как система внутреннего обеспечения направленности действия при наличии множества внешних условий, возможностей, задач.

Методы воздействия на сферу саморегуляции направлены на формирование у детей навыков психических и физических саморегуляций, развитие навыков анализа жизненных ситуаций, обучение детей навыкам осознания своего поведения и состояния других людей.

Активность людей регулируется, усиливается или, напротив, сдерживается воздействием социальных норм и ценностей, которые предназначены для стимулирования созидательной деятельности и блокированием деструктивных намерений и усилий. В тех случаях, когда функции блокирования, сдерживания, торможения не срабатывают и человеческие действия выходят за пределы норм цивилизованного общежития, возникает феномен аномативного поведения, под которым обычно понимают социальные действия индивидов, не вписывающиеся в рамки нормативно-ценностных стереотипов цивилизованного общежития.

Девиантное поведение проявляется как отклонения от общепринятых культурных образцов, либо не причиняющие слишком большого вреда окружающим, как, например, в случаях нарушений норм этикета и прочих элементарных поведенческих стандартов, либо направленные своим деструктивным потенциалом в первую очередь против самих субъектов девиаций. Носителями этих отклонений могут быть как представители молодежи, находящиеся на различных стадиях незавершенной социализации, либо паразитарные социальные элементы — бродяги, бомжи, профессиональные нищие и т. п.

Наиболее тяжелыми формами девиаций являются алкоголизм, наркомания, проституция, суицид с присущей им аутодеструктивной направленностью. Их особенность состоит в том, что жертвами содержащегося в них разрушительного потенциала оказываются не только сами виновники, но и те, кто оказывается в непосредственной близости от них. Социальная опасность девиаций заключается в их способности создавать предпосылки для возникновения более серьезных и вредоносных форм асоциального поведения. Поэтому в ряде случаев девиации причисляются к противоправным деяниям и подлежат нормативному контролю со стороны органов правопорядка и соответствующих отраслей законодательства.

Проблема предупреждения отклоняющегося поведения, как правило, обостряется в кризисные периоды состояния общества. В такой ситуации несовершеннолетние оказываются самыми социально неустойчивыми, нравственно неподготовленными и незащищенными. Часто, не имея достаточного жизненного опыта, моральных убеждений, не умея различать истинные жизненные ценности от мнимых, искусственных, они закрепляют в своем сознании и поведении негативные тенденции общественного развития.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение девиантному поведению.
2. Назовите основные причины девиантного поведения.
3. Какие проявления девиантного поведения вы знаете?
4. Дайте определение аддиктивному поведению.
5. Какова специфика употребления алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте?
6. Какова динамика злоупотребления психотропными веществами в подростковом возрасте?
7. Перечислите причины, по которым подросток хочет изменить свое психическое состояние искусственным путем.
8. Какие принципы воспитания в работе с ребятами-девиантами вы знаете?
9. Перечислите основные методы работы со школьниками с девиантным поведением.

Литература

1. *Кондрашенко В. Т.* Девиантное поведение у подростков. — Минск, 1988.

2. Максимова Н. Ю., Милютина Е. Л. Курс лекций по детской психологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д, 2000.
3. Психология и педагогика: Учебное пособие / Под редакцией А. А. Бодалева, В. И. Жукова, Л. Г. Лаптева, В. А. Слостенина. — М., 2002.
4. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М., 1988.
5. Рожкова М. И. Воспитание трудного ребенка. Дети с девиантным поведением.
6. VIII Всероссийская научно-практическая конференция «Образование в России: медико-психологический аспект» // Материалы конференции. — Калуга, 2003.

11.6. Материалы для семинарского занятия

Основные понятия Девиантное поведение; девиации; аддиктивное поведение.

Методические указания для подготовки к семинарскому занятию

На семинарском занятии предлагается обсудить со студентами основные приемы воспитания девиантных подростков, а также привить необходимые навыки практического их применения.

Приемы воспитания девиантных подростков — это педагогически оформленные действия, посредством которых на поведение и позиции обучаемого оказываются внешние побуждения, изменяющие его взгляды, мотивы и поведение, в результате чего включаются механизмы самовоспитания и коррекции отношений и поступков.

При работе с девиантными детьми можно использовать следующие приемы воспитания.

Первая группа приемов индивидуального педагогического воздействия.

Прием — просьба о помощи. Воспитатель, для того чтобы расположить к себе воспитанника и установить доверительный контакт, обращается к нему за советом, рассказывая о своих проблемах.

Прием — оцени поступок. Для выяснения нравственных позиций подростка и коррекции этих позиций педагог рассказывает историю и просит оценить различные поступки участников этой истории.

Прием — обсуждение статьи. Подбирается ряд статей, в которых описываются различные преступления и другие асоциальные поступ-

ки людей. Педагог просит подростка дать оценку этим поступкам. В дискуссии воспитатель пытается через поставленные вопросы прийти вместе с воспитанником к правильным выводам.

Прием — добрый поступок. В процессе работы с подростком ему предлагается оказать помощь нуждающимся. Важно при этом оценить положительно этот поступок, не возводя его в ранг «героического поведения».

Прием — обнажение противоречий. Он предполагает разграничение позиций воспитателя и воспитанника по тому или иному вопросу в процессе выполнения творческого задания с последующим столкновением противоречивых суждений, различных точек зрения.

Прием — стратегия жизни. В ходе беседы педагог выясняет жизненные планы воспитанника. После этого он пытается выяснить вместе с ним, что поможет реализовать эти планы, а что может помешать их реализации.

Прием — рассказ о себе и других. Воспитатель предлагает каждому написать рассказ о прошедшем накануне дне (неделе, месяце). После этого ответить на вопрос: можно ли это время прожить по-иному?

Прием — мой идеал. В процессе беседы выясняются идеалы воспитанника и делается попытка оценить идеал, выявив его положительные нравственные качества.

Прием — сказка для воспитанника. Этот прием в какой-то степени использует идею сказкотерапии. Воспитателем сочиняется сказка, в которой герои очень похожи на воспитанника и окружающих его лиц. Окончание сказки придумывают вместе педагог и ученик.

Прием — ролевая маска. Учащимся предлагается войти в некоторую роль и выступить уже не от своего имени, а от лица соответствующего персонажа.

Вторая группа приемов связана с организацией групповой деятельности.

Прием — непрерывная эстафета мнений. Учащиеся «по цепочке» высказываются на заданную тему: одни начинают, другие продолжают, дополняют, уточняют. От простых суждений (когда главным является само участие каждого ученика в предложенном обсуждении) при введении соответствующих ограничений (требований) следует перейти к аналитическим, а затем проблемным высказываниям учащихся.

Прием — самостимулирование. Учащиеся, разделенные на группы, готовят друг другу определенное количество встречных вопросов. Поставленные вопросы и ответы на них подвергаются затем коллективному обсуждению.

Прием — импровизация на свободную тему. Учащиеся выбирают ту тему, в которой они наиболее сильны и которая вызывает у них определенный интерес; творчески развивают основные сюжетные линии, переносят события в новые условия, по-своему интерпретируют смысл происходящего и т. п. Третья группа приемов связана с организаторской деятельностью учителя, направленной на изменение ситуации вокруг ученика.

Прием — инструктирование. На период выполнения того или иного творческого задания устанавливаются правила, регламентирующие общение и поведение учащихся: в каком порядке, с учетом каких требований можно вносить свои предложения, дополнять, критиковать, опровергать мнение своих товарищей.

Прием — распределение ролей. Четкое распределение функций и ролей учащихся в соответствии с уровнем владения теми знаниями, умениями и навыками, которые требуются для выполнения задания.

Прием — коррекция позиций. Тактичное изменение мнений учащихся, принятых ролей, образов, снижающих продуктивность общения и препятствующих выполнению творческих заданий.

Прием — самоотстранение учителя. После того как определены цели и содержание задания, установлены правила и формы общения в ходе его выполнения, учитель как бы самоотстраняется от прямого руководства или же берет на себя обязательства рядового участника.

Прием — распределение инициативы. Предполагает создание равных условий для проявления инициативы всеми учащимися. Он применим в ситуации «задавленной инициативы», когда позиционные выступления и атаки одних гасят инициативу и желание общаться у других. Главное здесь — добиться сбалансированного распределения инициативы по всей программе выполнения задания с вполне конкретным участием на каждом этапе всех обучаемых.

Прием — обмен ролями. Учащиеся обмениваются ролями (или функциями), которые получили при выполнении заданий. Другой вариант этого приема предполагает полную или частичную передачу учителем своих функций группе учащихся или отдельному ученику.

Прием — мизансцена. Суть приема состоит в активизации общения и изменении его характера посредством расположения учащихся в классе в определенном сочетании друг с другом в те или иные моменты выполнения творческой работы.

Среди множества педагогических приемов большое место занимает юмор, личный пример учителя, изменение обстановки, обращение к независимым экспертам и т. п.

После изучения теоретического материала желательно отработать данные приемы в реальных жизненных ситуациях. В связи с этим домашнее задание по данной теме семинара должно включать практическую часть по отработке данных приемов.

Литература

1. *Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А.* Краткий психологический словарь: Личность образование, самообразование, профессия. — Минск, 1998.
2. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П. Д. Павленок. — М., 1998.
3. *Райгородский Д. Я.* Психология и психоанализ характера: Хрестоматия по психологии и типологии характера. — Самара, 1997.
4. Социальные отклонения. — М., 1989.
5. Социологический словарь. — Минск, 1991.
6. *Чудковский В. С., Чистяков Н. Ф.* Основы психиатрии. — Ростов н/Д, 1997.

Глава 12

Акцентуации характера

Краткое содержание. Характер и черты личности. Акцентуации характера как крайний вариант нормы. Типы акцентуаций характера подростков по А. Е. Личко. Развитие и трансформации акцентуаций характера.

12.1. Характер и черты личности

Характер — это совокупность устойчивых черт личности, определяющих отношение человека к людям, к выполняемой работе.

Черты личности проявляются в деятельности и общении (как и темперамент) и придают поведению человека специфический, характерный для него оттенок.

Характер человека — это то, что определяет его значимые поступки, а не случайные реакции на те или иные стимулы или сложившиеся обстоятельства. Поступок человека с характером почти всегда сознателен и обдуман, может быть объяснен и оправдан с позиций действующего лица. Говоря о характере, мы обычно вкладываем в представление о нем способность вести себя самостоятельно, последовательно, независимо от обстоятельств, проявляя свою волю и настойчивость, целеустремленность и упорство. Бесхарактерный человек в этом смысле — тот, кто не проявляет подобных качеств ни в деятельности, ни в общении, плывет по течению, зависим от обстоятельств, управляется ими.

Попытки построения типологии характеров неоднократно предпринимались на протяжении всей истории психологии. Одной из наиболее известных и ранних из них явилась та, которая еще в начале нашего века была предложена немецким психиатром и психологом Э. Кречмером. Несколько позже аналогичную попытку предпринял его американский коллега У. Шелдон, а в наши дни — Э. Фромм, К. Леонгард, А. Е. Личко и ряд других ученых.

При создании типологии человеческих характеров ученые исходили из ряда идей. Основные из них следующие:

- ♦ характер человека формируется довольно рано в онтогенезе и на протяжении остальной его жизни проявляет себя как более или менее устойчивый;
- ♦ те сочетания личностных черт, которые входят в характер человека, не являются случайными. Они образуют четко различимые варианты, позволяющие выявлять и строить типологию характеров;
- ♦ большая часть людей в соответствии с этой типологией может быть разделена на определенные группы.

12.2. Акцентуации характера у подростков.

Типы акцентуаций

Существуют ряд классификаций характеров, которые строятся в основном на описаниях акцентуаций характера. Одна из них принадлежит известному отечественному психиатру А. Е. Личко. Эта классификация построена на основе наблюдения за подростками.

Акцентуация характера, по А. Е. Личко, — это чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы нормы отклонения в психологии и поведении человека, граничащие с патологией. Такие акцентуации — как временные состояния психики — чаще всего наблюдаются в подростковом и раннем юношеском возрасте.

У подростков от типа акцентуации характера зависит многое — особенности транзиторных нарушений поведения («пубертатных кризов»), острых аффективных реакций и неврозов (как в их картине, так и в отношении вызывающих их причин). Тип акцентуации также в значительной мере определяет отношение подростка к соматическим заболеваниям, особенно к длительным. С типом акцентуации характера необходимо считаться при разработке реабилитационных программ для подростков. Этот тип служит одним из главных ориентиров для медико-психологических рекомендаций, для советов в отношении будущей профессии и трудоустройства, что весьма существенно для устойчивой социальной адаптации.

Тип акцентуации указывает на слабые места характера и тем самым позволяет предвидеть факторы, способные вызвать психогенные реакции, ведущие к дезадаптации, поэтому становится возможным наметить перспективы для психопрофилактики.

Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с взрослением человека. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых

ситуациях, в определенной обстановке, и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной.

В зависимости от степени выраженности выделяют две степени акцентуации характера: явная и скрытая.

Явная акцентуация. Эта степень акцентуации относится к крайним вариантам нормы. Она отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера. Выраженность черт определенного типа не препятствует возможности удовлетворительной социальной адаптации. Занимаемое положение обычно соответствует способностям и возможностям. В подростковом возрасте особенности характера часто заостряются, и могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. При взрослении особенности характера остаются достаточно выраженными, но компенсируются и обычно не мешают адаптации.

Скрытая акцентуация. Эта степень, видимо, должна быть отнесена не к крайним, а к обычным вариантам нормы. В обыденных, привычных условиях черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Однако черты этого типа могут ярко, порой неожиданно, выявиться под влиянием тех ситуаций и психических травм, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления».

Существует **две классификации** типов акцентуаций — первая предложена К. Леонгардом (1968), а вторая — А. Е. Личко (1977).

Несмотря на редкость чистых типов и преобладание смешанных форм, различают следующие **основные типы акцентуаций характеров:**

- 1) *лабильный* — резкая смена настроения в зависимости от ситуации;
- 2) *циклоидный* — склонность к резкой смене настроения в зависимости от внешней ситуации;
- 3) *астенический* — тревожность, нерешительность, быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессии;
- 4) *боязливый (сенситивный)* тип — робость, стеснительность, повышенная впечатлительность, тенденция испытывать чувство неполноценности;
- 5) *психастенический* — высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждениям, тенденция к образованию ритуальных действий;
- 6) *шизоидный* — отгороженность, замкнутость, трудности в установлении контактов (см. экстраверсия–интроверсия), эмоциональ-

- ная холодность, проявляющаяся в отсутствии сострадания (см. симпатия), недостаток интуиции в процессе общения;
- 7) *застревающий* (параноидный) — повышенная раздражительность, стойкость отрицательных аффектов, болезненная обидчивость, подозрительность, повышенное честолюбие;
 - 8) *эпилептоидный* — недостаточная управляемость, импульсивность поведения, нетерпимость, склонность к злобно-тоскливому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтность, вязкость мышления, чрезмерная обстоятельность речи, педантичность;
 - 9) *демонстративный* (истероидный) — выраженная тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов и событий, к лживости, фантазированию и притворству, используемым для привлечения к себе внимания, характеризуемая отсутствием угрызений совести, авантюристичностью, тщеславием, «бегством в болезнь» при неудовлетворенной потребности в признании;
 - 10) *гипертимный* — постоянно приподнятое настроение, жажда деятельности с тенденцией разбрасываться, не доводить дело до конца, повышенная словоохотливость (скачка мыслей);
 - 11) *дистимный* — напротив, преобладание пониженного настроения, чрезвычайная серьезность, ответственность, сосредоточенность на мрачных и печальных сторонах жизни, склонность к депрессии, недостаточная активность;
 - 12) *неустойчивый* (экстравертированный) тип — склонность легко поддаваться влиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие, однако, поверхностный характер;
 - 13) *конформный* — чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму.

12.3. Развитие и трансформации акцентуаций характера

В развитии акцентуаций характера ученые выделяют две группы динамических изменений:

Первая группа — это преходящие, транзиторные изменения. Они по форме те же, что и при психопатиях.

1. Острые аффективные реакции:

- *интрапунитивные реакции* представляют собой разряд аффекта путем аутоагрессии — нанесение себе повреждений, покушение на самоубийство, причинение себе вреда разными способами (отчаянные безрассудные поступки с неизбежными неприятными последствиями для себя, порча ценных личных вещей и т. п.). Наиболее часто этот вид реакций встречается при двух, казалось бы, диаметрально противоположных по складу типах акцентуаций — сенситивной и эпилептоидной;
- *экстрапунитивные реакции* представляют собой разряд аффекта путем агрессии на окружающих — нападение на обидчиков или «вымещение злобы» на случайных лицах или попавших под руку предметах. Наиболее часто этот вид реакции можно видеть при гипертимной, лабильной и эпилептоидной акцентуациях;
- *иммунитивная реакция* проявляется в том, что аффект разряжается путем безрассудного бегства из аффектогенной ситуации, хотя это бегство никак эту ситуацию не справляет, а часто даже усугубляет. Этот вид реакции чаще встречается при неустойчивой, а также при шизоидной акцентуациях;
- *демонстративные реакции*, когда аффект разряжается в «спектакль», в разыгрывание бурных сцен, в изображение попыток самоубийства и т. п. Этот вид реакций весьма характерен для истероидной акцентуации, но может встречаться и при эпилептоидной, и при лабильной.

2. Преходящие психоподобные нарушения поведения («пубертатные поведенческие кризы»):

- *делинквентность*, т. е. проступки и мелкие правонарушения, достигающие наказуемого в судебном порядке криминала;
- *токсикоманическое поведение*, т. е. стремление получить состояние опьянения, эйфории или пережить иные необычные ощущения путем употребления алкоголя или других дурманящих средств;
- побег из дома, бродяжничество;
- *транзиторные сексуальные девиации* (ранняя половая жизнь, подростковый гомосексуализм и др.).

3. Развитие на фоне акцентуаций характера **разнообразных психогенных психических расстройств** — неврозов, реактивных депрессий и т. п. Но в данном случае дело уже не ограничивается «динамикой акцентуаций»; происходит переход на качественно иной уровень — развитие болезни.

Ко второй группе динамических изменений при акцентуациях характера принадлежат его относительно стойкие изменения. Они могут быть нескольких типов.

1. **Переход «явной» акцентуации в скрытую**, латентную. Под влиянием взросления человека и в результате накопления им жизненного опыта акцентуированные черты характера сглаживаются, компенсируются.
2. **Формирование на почве акцентуаций характера под действием благоприятных условий среды психопатических развитий**, достигающих уровня среды патологии («краевые психопатии», по О. В. Кербикову). Для этого обычно бывает необходимо, чтобы сочетались действия нескольких факторов:
 - наличие изначальной акцентуации характера;
 - неблагоприятные условия среды должны быть такими, чтобы адресоваться именно к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации;
 - их действие должно быть достаточно продолжительным;
 - и, главное, оно должно упасть на критический для формирования данного типа акцентуации возраст.

3. **Трансформация типов акцентуаций характера является одним из кардинальных явлений в их возрастной динамике.** Суть этих трансформаций состоит обычно в присоединении черт близкого, совместимого с прежним типа и даже в том, что черты последнего становятся доминирующими. Наоборот, в случаях изначально смешанных типов черты одного из них могут настолько выходить на первый план, что полностью заслоняют черты другого. В данном случае существует определенная закономерность: трансформация типов возможна только в сторону совместных типов. Никогда не приходилось видеть превращения гипертимного типа в шизоидный, лабильного — в эпилептоидный или наслоения черт неустойчивого типа на психастеническую или сенситивную основу.

Трансформирующим фактором являются продолжительные неблагоприятные социально-психологические влияния в подростковом возрасте, т. е. в период становления большинства типов характера. К ним прежде всего относятся разные виды неправильного воспитания. Можно указать на следующие из них:

- 1) гипопротекция, достигающая в крайней степени безнадзорности;
- 2) особый вид гипопротекции, описанный А. А. Вдовиченко под названием «потворствующая гипопротекция», когда родители предоставляют подростка самому себе, фактически не заботясь о его

поведении, но при начинающихся проступках и даже правонарушениях всячески его выгораживают, отводя все обвинения, стремятся любыми способами освободить от наказаний и т. п.;

- 3) доминирующая гиперпротекция («гиперопека»);
- 4) потворствующая гиперпротекция, в крайней степени достигающая воспитания «кумира семьи»;
- 5) эмоциональное отвержение, в крайних случаях достигающее степени третирования и унижения (воспитание по типу «Золушки»);
- 6) воспитание в условиях жестоких взаимоотношений;
- 7) воспитание в условиях повышенной моральной ответственности;
- 8) воспитание в условиях «культы болезней».

Соотношение между акцентуациями характера и типами семейного воспитания приводится в табл. 7.

Таблица 7
**Соотношение между акцентуациями характера
и типами семейного воспитания**

Акцентуации (тип)	Тип неправильного воспитания
Гипертимный	Гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция
Циклоидный	Унижение близкими
Лабильный	Гиперпротекция, эмоциональное отвержение
Астеноневротический	Доминирующая гиперпротекция
Сенситивный	Доминирующая гиперпротекция
Психастенический	Повышенная ответственность, доминирующая гиперпротекция
Шизоидный	Жесткие взаимоотношения
Эпилептоидный	Жесткие взаимоотношения, потворствующая гиперпротекция
Истероидный	Потворствующая гиперпротекция («кумир семьи»)
Неустойчивый	Гиперпротекция
Конформный	Гиперпротекция

Контрольные вопросы

1. Можно ли утверждать, что акцентуация характера — это патология его развития?
2. Какие классификации типов акцентуаций вы знаете?
3. Перечислите группы динамических изменений в развитии акцентуаций.
4. Какие типы акцентуаций вы знаете?

12.4. Материалы для семинарского занятия

Основные понятия Характер, акцентуация (лабильный, циклоидный, астенический, боязливый, психастенический, шизоидный, застревающий, эпилептоидный, демонстративный, гипертимный, дистимный, неустойчивый, конформный).

Методические рекомендации к выполнению заданий При работе над данной темой необходимо овладеть понятийным аппаратом (для этого нужно выполнить задания I группы). Найдите в доступных вам источниках основные понятия темы, ознакомьтесь с их формулировкой, выпишите те, которые вам не совсем понятны и над которыми следует поработать. Внимательно рассмотрите и разберите содержание прилагаемой таблицы (табл. 8).

План

1. Определение понятий «характер» и «акцентуация характера» в психологии.
2. Классификация акцентуаций характера.
3. Психологические травмы, вызывающие отклонения в развитии личности и поведении подростков.
4. Характерные особенности каждого типа акцентуации.
5. Причины трансформации акцентуаций характера.

Задания

- I. 1. Подумайте, как соотносятся понятия «характер» и «акцентуация характера». Проведите сравнительный анализ (выделите общее и различное в этих понятиях).
2. Изучите материал, содержащийся в лекциях. Из доступных вам источников выпишите определения основных понятий курса, установите их иерархию и взаимосвязь.

3. Сравните классификации по К. Леонгарду и А. Е. Личко. Выскажите свое мнение (доводы «за» и «против») по каждой из классификаций.
 4. С помощью доступных вам источников ознакомьтесь более подробно с каждым типом акцентуации характера.
- II.**
1. Подготовьте сообщения на тему «Тип акцентуированной личности по К. Леонгарду».
 2. Подготовьте сообщение на тему «Типы акцентуации характера по А. Е. Личко».
 3. Подготовьте сообщение на тему «Психологические портреты людей с различными типами акцентуаций характера».
 4. Найдите тестовый материал для определения акцентуаций характера. Выберите наиболее подходящий вариант.
- III.** Рассмотрите приведенную ниже таблицу «Психологическое сопровождение акцентуированных подростков» (см. табл. 8).

Литература

1. *Иванов Н. Я., Личко А. Е.* Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. — М., СПб., 1994.
2. *Леонгард Т. С.* Акцентуированные личности. — Киев, 1981.
3. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. — Л., 1983.
4. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — М., 1982.
5. *Немов Р. С.* Психология: В 2 т. — М., 1995 — Т. 1.
6. *Овчарова Р. В.* Технологии практического психолога образования: Учебное пособие для студентов вузов и практических работников. — М., 2000.

Таблица 8

Психологическое сопровождение акцентуированных подростков

№ п/п	Тип акцентуации	Основные признаки	Положительные качества	Формы дезадаптации	Провоцирующие факторы	Рекомендации	Психологические упражнения для акцентуированных подростков
1	Гипертимная (приподнятое настроение, повышенная активность)	Стремление к лидерству, смена увлечений, переоценка возможностей, повышенная активность, подвижность, чрезмерная самостоятельность, склонность к риску. Экстравертированность	Предприимчивость. Быстрота усвоения учебного материала. Легкость общения. Активность, энергичность, выносливость. Умение вызывать доверие. Находчивость в нестандартной ситуации. Готовность быть ответственным	Авантюризм. Неустойчивость. Склонность к алкоголю. Отвлекаемость. Склонность к риску. Недисциплинированность. Прогулы, конфликты со взрослыми	Безделье. Ограничения выбора. Одиночество. Регламентирование деятельности. Эмоциональная ответственность. Жесткий контроль	Разнообразие деятельности и контактов. Деятельность в коллективе. Демократический стиль общения	Полный порядок, конец — делу венед, запланированность

Продолжение ⇨

Таблица 8 (продолжение)

№ п/п	Тип акцентуации	Основные признаки	Положительные качества	Формы дезадаптации	Провоцирующие факторы	Рекомендации	Психологические упражнения для акцентуированных подростков
2	Циклоидная (эйфория — дисфория)	Эйфория — гипертимы, дисфория — неустойчивые. Скрытый тип		По фазам	Перегрузки, притеснения, неожиданность	Гибкая тактика в зависимости от фазы	Полный порядок, конец — делу венец (эйфория). Победитель; шут; похвала (дисфория)
3	Неустойчивая (безволие)	Непоседливость, непостоянство, зависимость от других, внушаемость, пассивность в деятельности, стремление к праздности и похлостным увлечениям	Умение не переутомляться, получать сильные впечатления, доверчивость, открытость, услужливость	Побеги из дома, делинквентное поведение, аддитивное поведение	Бесконтрольность, нецеленаправленное воспитание	Твердое, властное руководство, строгий режим, порядок, группа с установками	Флегматик, репортер, тимуровец, золушка, делу — время, постоянное хобби

4	Лабильная (подвижная, крайняя изменчивость настроения)	Немотивированная смена настроения, чувствительность к чужому мнению, ранимость, раздражительность, болезненность, зависимость от настроения, вспыльчивость, слабый самоконтроль, конфликтность	Общительность, добродушие, чуткость, привязанность, увлечения — музыка, общение в компаниях	Аффективное поведение. Неврозы, депрессия. Демонстративные побегі. Суицидальное поведение. Гомосексуализм	Отвержение близких, потери, утраты	Позиция друга-учителя. Одобрение и эмоциональная поддержка. Эмпатия	Аналитик, единственная роль, раздражение Отменяется
5	Конформная (согласительство, подчинение мнению группы)	Отсутствие личного отношения к миру, жизнь по правилу «как все», чрезмерная приспособляемость	Преданность группе, консерватизм, стремление к устойчивости, уживчивость	Участие в групповых правонарушениях и преследованиях	Отрицательный пример, группа, смена коллектива	Позиция опекающего, развитие критического мышления. Развитие рефлексивного поведения	Лидер, собственное мнение, оппонент, разногласия

Таблица 8 (продолжение)

№ п/п	Тип акцентуации	Основные признаки	Положительные качества	Формы дезадаптации	Провоцирующие факторы	Рекомендации	Психологические упражнения для акцентуированных подростков
5		ценой личностных жертв, некристичность поведения, несамостоятельность, безволие					
6	Истероидная (жажда внимания, потребность удивлять, восхищать, вызывать сочувствие)	Завышенная самооценка, похвальба несуществующими достижениями, неспособность переносить удары по эгоцентризму, ненасытная жажда	Упорство, инициативность, коммунибельность, активность, организаторские способности (спринтер)	Демонстративное поведение, эгоцентризм, аффективное поведение	Публичное лишение ореола, развенчание, изоляция, серость	Позиция родителя или зрителя. Игнорирование демонстративного поведения. Предоставление «сцены»	

		поклонения, стремление быть «на сцене»							
7	Шизоидная (замкнутость и отгороженность)	Чудаковатые поступки, трудности контактов, эмоциональная холодность, общение со взрослыми, фантазирование и резонерство, малая активность (физическая и интеллектуальная)	Холодный ум, способность к нестандартному мышлению, увлеченность, способность работать в одиночку, аналитические способности	Побеги. Асоциальное поведение борца за справедливость. Аддитивное поведение. Сексуальные суициды. Фантазии	Насильственное помещение в группу. Эмоциональные контакты. Лидерство	Анонимное обсуждение. Телесно-модульные занятия. Позиция учителя, разубеждающего, опровергающего неполноценность	Оратор, массовик-затейник, соперничество		
8	Астенонервотическая (повышенная утомляемость, ипохондрия)	Раздражительность, вялость, пугливость, неуверенность, тревожность,	Способность рассчитывать на свои силы, аккуратность, дисциплинированность,	Аффективное поведение. Школьная тревожность. Дидактические гении	Инвалидность, гипертония, типопека. Конфликты	Посильные требования, режим, сбалансированное отношение	Победитель, шут, яканье, мои достоинства, помощь другим, жизнь		

Таблица 8 (продолжение)

№ п/п	Тип акцентуации	Основные признаки	Положительные качества	Формы дезадаптации	Провоцирующие факторы	Рекомендации	Психологические упражнения для акцентуированных подростков
8		склонность к неврозам, жалобы, постоянное недовольство «все плохо и все плохие»	скромность, покладистость				прекрасна, я хороший, ты хороший
9	Эпилептоидная (склонность к тоскливо-злобному настроению)	Вязкость, инертность, бережное соблюдение своих прав, грубость, стремление сорвать злость на окружающих. Льстивость к руководителям, деспотизм, мстительность среди сверстников	Упорство в достижении цели, пунктуальность, обязательность, выносливость, внимание к мелочам	Сексуальные отклонения. Склонность к азартным играм. Воровство, алкоголизация, аффективное поведение	Отсутствие эмоционального тепла, жестокость, ущемление эгоистических интересов	Опора на бережливость, аккуратность, способность к ручному мастерству, склонность к коммерции, тактичность	Добрая улыбка, я рад тебя видеть, приятный разговор, день без замечаний, день прощений, исполнитель желаний, вежливый, сощерацатель, мудрец

10	Сенситивная (чрезмерная чувствительность)	Мнительность, пугливость, замкнутость, склонность к самобичеванию, повышенная впечатлительность, комплекс неполноценности, чрезмерные привязанности к родителям и друзьям	Острое нравственное зрение, способность чувствовать внутреннюю суть, ориентация на истинные чувства	Социальная отгороженность. Побег в результате психических травм, суицид, попытки компенсации и гиперкомпенсации	Эмоциональная ответственность, домашняя гиперреакция, повышенная моральная ответственность	Длительные разубеждения, демонстрации нужности для других, опора на интуицию, эстетические увлечения	Полный покой души, приятное событие, идеальный день, идеальное окружение, киногерой, встречный пример
11	Психастеническая (тревожная мнительность)	Робость, страхи, нерешительность, педантизм, повышенная чувствительность к порядку, опасения за будущее свое и своих близких, навязчивые идеи, суеверность	Интересы, способность брать на себя ответственность за других, эмоциональная привязанность к матери, ответственность за дело	Неврогические заболевания в будущем. Легкая переносимость невзгод в настоящем	Повышенная ответственность, ситуация выбора, доминирующая гиперреакция, повышенная моральная ответственность	Рациональное разубеждение. Поощрение реальной деятельности. Занятия спортом без соревнований	Риск — благородное дело, решительность, внутренние голоса

Список литературы

1. «Инструктивное письмо Министерства образования России» № 48 — 1997 г. — «О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений 1–8 видов».
2. VIII Всероссийская научно-практическая конференция «Образование в России: медико-психологический аспект» // Материалы конференции — Калуга, 2003.
3. Адлер А. Понять природу человека. — СПб., 1997.
4. Аксенова Л. И. Маленькие ступеньки, ведущие в большую жизнь // Дефектология, 1999. — № 3.
5. Актуальные проблемы диагностики ЗПР / Под ред. В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. — М., 1989.
6. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). — М., 1991.
7. Астапов В. М., Лебединская О. И., Шапиро Б. Ю. Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. — М., 1995.
8. Байярд Д., Байярд К. Ваш беспокойный подросток. — М., 1991.
9. Башилова Т. А. Условия формирования первоначальных жестов у слепоглухонемого ребенка // Дефектология, 1987. — № 1.
10. Беккер К. П., Совак М. Логопедия. — М.: Медицина, 1981.
11. Белякова Л. И., Гаркуша Ю. Ф., Усанова О. И. и др. Сравнительное психолого-педагогическое исследование дошкольников с общим недоразвитием речи и нормально развитой речью: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. — М., 1991.
12. Белякова Л. И., Дьякова Е. А. Логопедия. Заикание. — М., 1998.
13. Бертънь Г. П. Этиологическая классификация слепоглухоты // Дефектология, 1985. — № 5.
14. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. — Ташкент, 1976.
15. Блейхер В. М., Бурлачук Л. Ф. Психологическая диагностика интеллекта и личности. — Киев, 1978.

16. *Блюмина М. Г.* Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов // Дефектология, 1989. — № 3.
17. *Богуш А. М.* Речевая подготовка детей к школе. — Киев, 1984.
18. *Боскис Р. М.* Учителю о детях с нарушениями слуха. — М., 1987.
19. *Бэндлер Р., Гриндер Д., Сатир В.* Семейная терапия. — Воронеж, 1993.
20. *Валлон А.* Психическое развитие ребенка. — М., 1967.
21. *Ван Дайк Я.* Обучение и воспитание слепоглохих как особой категории аномальных детей // Дефектология, 1992. — № 4.
22. *Венгер А. А., Выготская Г. Л., Леонгард Э. И.* Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. — М., 1972.
23. *Власова Т. А., Певзнер М. С.* О детях с отклонениями в развитии. — М., 1973.
24. Воспитание детей с задержкой психического развития в процессе обучения. Сб. научных трудов / Под редакцией Т. А. Власовой и др. — М., 1981.
25. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / Под ред. В. В. Воронковой. — М., 1994.
26. *Выготский Л. С.* Педагогическая психология. — М., 1997.
27. *Выготский Л. С.* Собрание соч.: В 6 т. — М., 1984. — Т. 3, 5.
28. *Гончарова Е. Л.* Формирование базовых компонентов читательской деятельности у детей с глубокими нарушениями зрения и слуха // Дефектология, 1995. — № 4.
29. *Григорьева Л. П., Сташевский С. В.* Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения. — М., 1990.
30. *Гроф С.* За пределами мозга. — М., 1992.
31. *Грюнелиус М. Э.* Вальдорфский детский сад. — М., 1992.
32. Дети с временной задержкой развития. Сб. статей / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М., 1971.
33. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. — М., 1984.
34. Дети с отклонениями в развитии: Методическое пособие для педагогов, воспитателей массовых и специальных учреждений и родителей / Сост. Н. Д. Шматко. — М., 1997.
35. Дефектологический словарь. — М., 1970.
36. Дошкольное воспитание аномальных детей: Книга для учителя и воспитателя / Под ред. Л. П. Носковой. — М., 1993.
37. Дошкольное образование в России. Действующие нормативно-правовые документы и научно-методические материалы. — М., 1997.
38. *Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А.* Краткий психологический словарь: Личность, образование, самообразование, профессия. — Минск, 1998.

39. *Егорова Т. Е.* Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. — М., 1973.
40. *Ермаков В. П., Якунин Г. А.* Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. — М., 1992.
41. *Жохова В. П., Кормакова И. А., Плаксина Л. И.* Реабилитация детей, страдающих содружественным косоглазием и амблиопией. — М., 1989.
42. *Жохова В. П., Особова Т. З.* Учителю о близорукости. — М., 1990.
43. *Забрамная С. Д.* Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. — М., 1993.
44. *Забрамная С. Д.* Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М., 1995.
45. *Зайцева Г. Л.* Дактилология. Жестовая речь. — М., 1992.
46. *Зайцева Г. Л.* Диалог с Л. С. Выготским о проблемах современной сурдопедагогики // Дефектология, 1998. — № 2.
47. Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». — М., 2005.
48. *Замский Х. С.* Умственно отсталые дети: история их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. — М., 1995.
49. Занятость и профессиональная реабилитация инвалидов / Под ред. С. Н. Кавокина. — М., 1995. — № 2.
50. Занятость и профессиональная реабилитация инвалидов / Под ред. С. Н. Кавокина. — М., 1995. — № 4.
51. *Зейгарник Б. В.* Личность и патология деятельности. — М., 1971.
52. *Зейгарник Б. В., Братусь Б. С.* Очерки по психологии аномального развития личности. — М., 1980.
53. *Земцова М. Н.* Пути компенсации слепоты. — М., 1956.
54. *Земцова М. Н.* Учителю о детях с нарушениями зрения. — М., 1973.
55. *Иванов Н. Я.* Патохарактерологический диагностический опросник для подростков / Н. Я. Иванов, А. Е. Личко. — М., СПб., 1994.
56. Информационный бюллетень по реализации Федеральной целевой программы «Дети России», программы «Дети-инвалиды». — М., 1995.
57. *Кавокина С. Н.* Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов. — М., 1997.
58. *Каплан А. И.* Детская слепота (цветовое остаточное зрение). — М., 1979.
59. *Карпов В. Ю., Талызина Н. Ф.* Критерии интеллектуального развития детей // Вопросы психологии, 1985. — № 2.
60. *Катаева А. А., Стеблева Е. А.* Дошкольная олигофренопедагогика. — М., 1998.

61. Катаева А. А., Стребелева Е. А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. — М., 1993.
62. Клинико-психологическое исследование глухих детей со сложным дефектом: Сб. научных трудов / Под ред. М. С. Певзнер и Т. В. Розановой. — М., 1980.
63. Ковалев В. В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья в детском возрасте и ее значение для профилактики // Психогигиена детей и подростков. — М., 1985.
64. Комплексная реабилитация детей с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. — М.; СПб., 1998.
65. Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. — Минск, 1988.
66. Коррекционная педагогика / Под ред. Б. П. Пузанова: 2-е изд. — М.: Академия, 1999.
67. Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников / Под ред. Л. П. Носковой. — М., 1989.
68. Крайнин В. А., Крайнина З. М. Человек не слышит: 2-е изд., испр. и доп. — М., 1987.
69. Кукушкина О. И. Организация использования компьютерной техники в специальной школе // Дефектология, 1994. — № 6.
70. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей. — М., 1985.
71. Левченко И. Ю. Этапы коррекции нарушений психики у детей с церебральным параличом // Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. — М., 1989.
72. Леонгард Т. С. Акцентуированные личности. — Киев, 1981.
73. Леонгард Э. И., Самсонов Е. Г. Система формирования и развития речевого слуха и речевого общения у детей с нарушениями слуха // Инновация в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.
74. Литвак А. Г. Очерки психологии слепых и слабовидящих. — Л., 1972.
75. Литвак А. Г. Тифлопсихология. — М., 1985.
76. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. — Л., 1983.
77. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — М., 1982.
78. Логопедия: Учебное пособие / Под ред. М. С. Волковой, С. Н. Шаховской. — М.: ВЛАДОС, 1998.
79. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. — М., 1989.
80. Львов М. Р. Тенденция развития речи учащихся. — М., 1987.

81. *Максимова Н. Ю., Милютина Е. Л.* Курс лекций по детской психологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д: Феникс, 2000.
82. *Маллер А. Р., Цикото Г. В.* Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубоким нарушением интеллекта. — М., 1998.
83. *Малофеев Н. Н.* Современное состояние коррекционной педагогики // Дефектология, 1996. — № 1.
84. *Мареева Р. А.* Проект программы обучения и воспитания слепоглухонемых учащихся дошкольных групп, подготовительного, I, II классов. — М., 1992.
85. *Марковская И. Ф.* Задержка психического развития: Клиническая и нейропсихологическая диагностика. — М., 1993.
86. *Мастюкова Е. М.* Ребенок с отклонениями в развитии. — М., 1992.
87. *Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В.* Нарушение речи у детей с церебральным параличом. — М., 1985.
88. *Матасов Ю. Т.* Обучение и воспитание умственно отсталого ребенка. — М., 1981.
89. *Матасов Ю. Т.* Психические процессы и свойства личности умственно отсталых детей. — Л., 1981.
90. Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича. — М., 1991.
91. *Мещеряков А. И.* Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами // Дефектология, 1973. — № 3.
92. *Мещеряков А. И.* Слепоглухонемые дети. — М., 1974.
93. *Монтессори М.* О принципах моей школы. — М., 1999.
94. *Муратов Р. С.* Технические средства обучения слепых и слабовидящих школьников. — М., 1968.
95. *Немов Р. С.* Психология: В 2 т. — М., 1995. — Т. 1.
96. *Никулина Г. В.* Проблема социально-психологической и профессиональной адаптации студентов и аспирантов с нарушенным зрением в современном вузе // Инновации в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.
97. *Новотворцева Н. В.* Развитие речи детей: Популярное пособие для родителей и педагогов. — Ярославль: Гринго, 1995.
98. О специфике деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений 1–8 видов: Инструктивное письмо Минобразования России № 48, 1997.
99. Обучение детей с задержкой психического развития в подготовительном классе. — М., 1987.
100. Обучение детей с задержкой психического развития: Пособие для учителей / Под ред. Т. А. Власовой и др. — М., 1981.
101. Обучение детей с ЗПР: Пособие для учителей / Под ред. В. И. Лубовского. — Смоленск, 1994.

102. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира: Хрестоматия / Сост. и науч. ред. Л. М. Шипицина. — СПб., 1997.
103. *Овчарова Р. В.* Технологии практического психолога образования: Учебное пособие для студентов вузов и практических работников. — М.: ТЦ «Сфера», 2000.
104. Олигофренопедагогика / Под ред. Б. П. Пузанова. — М.: Академия, 2000.
105. Основы коррекционной педагогики / Под ред. В. А. Сластенина. — М.: Академия, 1999.
106. Основы обучения и воспитания аномальных детей / Под ред. А. И. Дьяченко. — М., 1965.
107. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П. Д. Павленок. — М.: ИНФРА-М, 1998.
108. Основы специальной психологии: Учебное пособие / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др. / Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М., 2003.
109. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т. А. Власовой. — М., 1985.
110. *Певзнер М. С., Бертънь Г. П., Мареева Р. А.* Комплексное изучение детей со сложными сенсорными дефектами // Дефектология, 1979. — № 4.
111. Педагогика Марии Монтессори: теория и практика // Международная научно-практическая конференция. — Белгород, 1995.
112. *Петрова В. Г., Белякова И. Е.* Психология умственно отсталого ребенка (олигофренопсихология). — М.: Изд-во РОУ, 1996.
113. *Плаксына Л. И.* Теоретические основы коррекционной работы в детских садах для детей с нарушениями зрения. — М., 1998.
114. Постановление Министерства труда и занятости населения РФ № 21 от 11 июня 1992 г. «Об утверждении Временного положения о порядке квотирования рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для лиц, нуждающихся в социальной защите».
115. Постановление Министерства труда и социального развития РФ № 1 от 26 сентября 1996 г. «Положение о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения в Российской Федерации».
116. Постановление Правительства РФ № 288 — 1997 г. «Типовое положение о специальном (коррекционном) учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии».
117. Постановление Правительства РФ № 861 — 1996 г. «Об утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и во внеобразовательных государственных учреждениях».

118. Постановление Правительства РФ от 13 июля 1998 г. № 867 «Типовое положение об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи».
119. Постановление Совета Министров Правительства Российской Федерации от 25 марта 1993 г. № 245 «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности».
120. Практикум по психологии умственно отсталого ребенка / Сост. А. Д. Виноградова. — М.: Просвещение, 1985.
121. Проблемы младенчества: Нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений. — М., 1999.
122. Программы специальных коррекционных учреждений и классов коррекционно-развивающего обучения. — М.: Просвещение, 1996.
123. Профессиональная ориентация инвалидов: Учебно-методическое пособие. — М., 1997.
124. Психолого-медико-педагогическая консультация: Методические рекомендации / Науч. ред. Л. М. Шипицина. — СПб., 1999.
125. *Пятницкая И. Н.* Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: 1988.
126. *Райгородский Д. Я.* Психология и психоанализ характера. Хрестоматия по психологии и типологии характера. — Самара, 1997.
127. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. — М., 1969.
128. Реабилитационные службы помощи детям. — СПб., 1993.
129. *Руленкова Л. И.* Обучение и реабилитация детей с нарушением слуха с использованием верботонального метода // Инновация в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.
130. *Саркисян Л. А.* Состояние и концепция высшего профессионального образования инвалидов-опорников // Инновации в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.
131. *Селиверстов В. И.* Заикание у детей. — М., 1994.
132. *Семенова К. А., Махмудова Н. М.* Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент, 1979.
133. *Синякин В. А., Нудельман Н. Н.* Особенности психического развития глухого ребенка. — М.: Просвещение, 1985.
134. *Соколянский И. А.* Обучение слепоглухонемых детей // Дефектология, 1989. — № 2.
135. *Солнцева Л. И.* Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста. — М., 1980.

136. *Соловьева И. Л.* Оздоровительная школа-интернат для неслышащих детей со сложной структурой дефекта: модель нового типа // Инновация в российском образовании. Специальное (коррекционное) образование. — М., 1999.
137. *Сорокова М. Г.* Современное дошкольное образование: США, Германия, Япония. — М., 1998.
138. *Сорокова М. Г.* Математика пр методу Монтессори в детском саду и школе: Учебное пособие / Под ред. Д. Г. Сорокова. — М., 1997.
139. Социальные отклонения: 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрид. лит., 1989.
140. Социологический словарь: 2-е изд., перераб. и доп. — Минск: Университетская, 1991.
141. Специальная педагогика / Под ред. Н. М. Назаровой. — М.: Академия, 2000.
142. Справочник по дошкольному воспитанию / Под ред. А. И. Шустова. — М., 1980.
143. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятые Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 г.
144. *Степанов Н. С.* Состояния социально-групповых затруднений жизнедеятельности человека. — Курск, 1996.
145. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1974.
146. *Тимохин В. П.* Сурдопедагогика. — М.: Просвещение, 1985.
147. Типовое положение о логопедическом пункте при общеобразовательном учреждении // Психолого-медико-педагогическая консультация. Методические рекомендации / Науч. ред. Л. М. Шипицина. — СПб., 1999.
148. Указ Президента Российской Федерации № 802 от 27 июля 1992 г. «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов».
149. *Ульенкова У. В.* Дети с задержкой психического развития. — Н. Новгород, 1994.
150. Федеральный закон «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации “Об образовании”».
151. Формирование социально-адаптивного поведения учащихся с нарушениями зрения в начальных классах / Под ред. Л. И. Плаксиной. — Калуга, 1998.
152. *Халилова Л. Б., Шаховская С. Н.* Речевые и сенсорные системы. Теоретический курс авторизованного изложения / Под ред. В. И. Селиверстова. — М., 1995.
153. *Хилтунен Е. А.* Педагогика Монтессори // Учительская газета, 1992. — № 28.

154. Чекалева Н. В. Современные теории и технологии образования. — Омск, 1993.
155. Чудковский В. С., Чистяков Н. Ф. Основы психиатрии. — Ростов н/Д: Феникс, 1997.
156. Шевченко С. Г. Ознакомление с окружающим миром учащихся с ЗПР: Пособие для учителя. — М.: Просвещение, 1990.
157. Шипицина Л. М. Старое и новое: социальная защита в России. — СПб., 1997.
158. Шматко Н. Д., Пельмская Т. В. Если малыш не слышит: Книга для воспитателей. — М., 1995.
159. Штайнер Р. Методика обучения и предпосылки воспитания. — М., 1994.
160. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. — Л., 1990.
161. Ястребова А. В. Коррекция недостатков речи у учащихся общеобразовательных школ. — М., 1997.