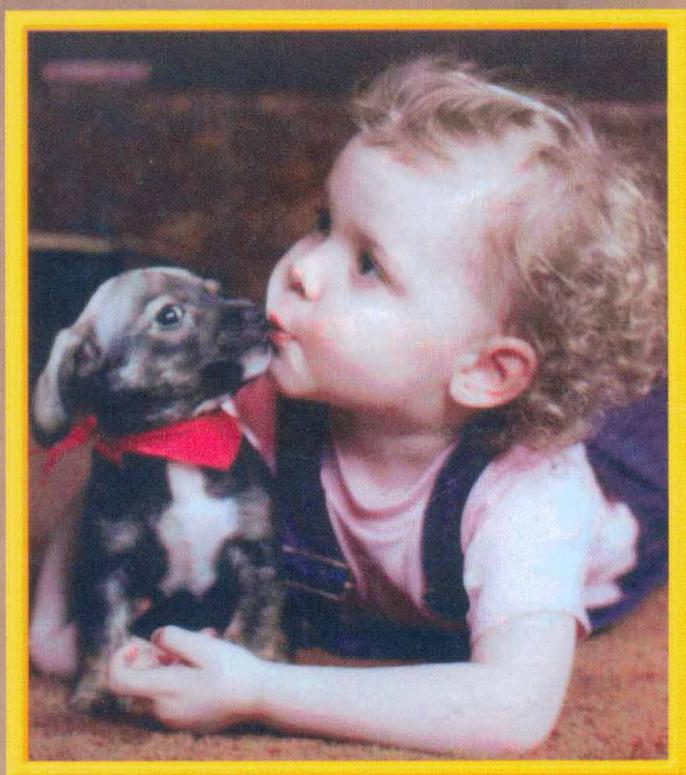




СЕРДЦЕ ОТДАЮ ДЕТЯМ

Настоящая книга педагога-дефектолога



Настольная книга педагога-дефектолога

Т. Б. Епифанцева и др.

Ростов н/Д: Феникс, 2007.

(Сердце отдаю детям)

Эта книга адресована учителям специализированных школ, дефектологам, логопедам, студентам высших и средних учебных заведений, преподавателям, а также родителям детей с аномалиями развития, поскольку она позволяет больше узнать о предмете и эффективнее воздействовать на ребенка в процессе воспитания и развития. Книга дает общее представление о дефектологии как науке, рассматривает ее основные направления, содержание, задачи, методы и принципы.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Глава 1 СОДЕРЖАНИЕ ДЕФЕКТОЛОГИИ..... | 6 |
| История возникновения..... | 6 |
| Предмет и задачи дефектологии..... | 6 |
| Связь дефектологии с другими науками..... | 8 |
| Глава 2 ОЛИГОФРЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОЛИГОФРЕНИЕЙ..... | 9 |
| Этиология и патогенез олигофрений..... | 9 |
| Клинические формы олигофрении, установленные по признаку этиологии..... | 10 |
| Классификация олигофрений..... | 17 |
| Общая симптоматика при олигофрении. Психические процессы при олигофрении..... | 23 |
| Соматические и неврологические признаки олигофрении..... | 29 |
| Диагностика олигофрений..... | 30 |
| Динамика олигофрений. Прогноз олигофрении..... | 31 |
| Коррекционно-развивающие направления обучения и воспитания ребенка с диагнозом олигофрения..... | 33 |

| | |
|--|-----|
| Методические разработки обучения аномальных детей основным школьным предметам..... | 37 |
| Методы и формы обучения в коррекционной школе..... | 42 |
| Урок как основная форма обучения..... | 55 |
| Состав уроков в зависимости от типов..... | 62 |
| Система работы коррекционной школы восьмого вида, способствующая социально-бытовой адаптации..... | 84 |
| Глава 3 ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА..... | 91 |
| Врожденная и приобретенная глухота. Этиология..... | 91 |
| Классификация глухих и слабослышащих детей, осложненная нарушениями в работе других анализаторов..... | 97 |
| Уровень развития речи у детей с нарушениями слуха..... | 100 |
| Динамика и прогноз..... | 105 |
| Дошкольная сурдопедагогика..... | 108 |
| Развитие интеллекта у детей с нарушениями слуха..... | 109 |
| Физическое развитие детей с нарушениями слуха..... | 118 |
| Содержание и методы обучения детей с нарушениями слуха..... | 125 |
| Особенности обучения глухих детей..... | 129 |
| Глава 4 ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ..... | 134 |
| Основные понятия об анатомическом устройстве глаза и функциях зрения. Этиология. Основные зрительные функции и их нарушения..... | 134 |
| Значение зрения в жизни ребенка. Системный характер нарушения зрения и вторичные отклонения в развитии слабовидящих детей..... | 144 |
| Восприятие слепых и слабовидящих..... | 147 |
| Представления слепых и слабовидящих..... | 149 |
| Память слепых и слабовидящих..... | 151 |
| Классификация детей по степени нарушения зрения и зрительным возможностям..... | 153 |
| Вторичные отклонения в психическом и физическом развитии детей с нарушениями зрения. Дифференциация детей по степени нарушения зрения..... | 156 |
| Особенности развития речи при слепоте..... | 158 |
| Методы обучения и воспитания детей с нарушениями зрения..... | 164 |

| | |
|--|------------|
| Работа родителей и воспитателей по развитию речи..... | 188 |
| Игры, упражнения в дошкольном возрасте..... | 193 |
| Основы деятельности дошкольных учреждений..... | 200 |
| Основы деятельности школ..... | 201 |
| Методика обследования помещений..... | 203 |
| Прием защиты при поиске упавшего предмета при обследовании помещения. . | 204 |
| Добукварный период обучения грамоте незрячих школьников..... | 205 |
| Букварный период обучения грамоте незрячих школьников..... | 209 |
| Глава 5 ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ..... | 217 |
| Этиология..... | 217 |
| Классификация нарушений речи..... | 222 |
| Принципы и методы логопедического воздействия..... | 228 |
| Практические методы..... | 231 |
| Наглядные методы в логопедии..... | 233 |
| Виды речевых нарушений и их коррекция..... | 235 |
| Дифференциальная диагностика афазий..... | 245 |
| Глава 6 ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР)..... | 312 |
| Причины возникновения задержки психического развития..... | 312 |
| Особенности диагностики детей с ЗПР..... | 316 |
| Прогноз и эффективность педагогического воздействия на детей с ЗПР..... | 318 |
| Глава 7 РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ (РДА)..... | 321 |
| Дифференциальная диагностика РДА..... | 321 |
| Проявления РДА на ранних этапах развития ребенка..... | 324 |
| Особенности психического развития детей с РДА..... | 327 |
| Методы избавления от РДА..... | 335 |
| Диагностическая карта (авторы К.С. Лебединская и О.С. Никольская)..... | 359 |
| Глава 8 ДЕТИ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА...368 | |
| Психофизиологические особенности..... | 368 |
| Особенности развития и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата..... | 376 |
| Глава 9 ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛУХА И ЗРЕНИЯ..... | 393 |

| | |
|--|-----|
| Глава 10 ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ (МППК)..... | 423 |
| Цели и задачи МППК..... | 423 |
| Состав и организация работы МППК..... | 425 |
| Методологические основы МППК..... | 433 |
| Методы обследования нарушений в развитии дошкольников..... | 434 |
| Методы обследования и диагностика нарушений в развитии детей школьного возраста..... | 443 |
| Схема сбора анамнеза..... | 455 |
| История заболевания..... | 457 |
| Общая симптоматология умственно отсталого ребенка..... | 458 |

Глава 1

СОДЕРЖАНИЕ ДЕФЕКТОЛОГИИ

История возникновения

О детях, имеющих отклонения умственного развития, известно еще со времен Аристотеля. Тогда такие дети просто уничтожались.

В дальнейшем, с развитием медицины, стали вставать и вопросы помощи таким детям. Большой вклад в развитие данного направления внесли ученые того времени, такие, как французский врач-психиатр Филипп Пинель, его ученик Жан-Этьен-Доминик Эскироль, Жан Итар.

В России вопросами, связанными со слабоумными детьми, занимались И.В. и Е.Х. Маляревские, Е.К. Грачева и др.

После 1917 г. в нашей стране заботу об умственно отсталых детях взяло на себя государство. Стали открываться специальные учреждения для данной категории детей. Одним из основоположников коррекционной педагогики является Л.С. Выготский. Наиболее значимым он считал изучение и воспитание детей с отклонениями в интеллектуальной сфере, признавая важность выделения первичных и вторичных дефектов развития ребенка.

Большой вклад в развитие дефектологической науки внесли Т.А. Власова, Д.И. Азбукин, В.М. Бехтерев, В.П. Сербский и многие другие современные ученые.

В наше время созданы специальные дошкольные учреждения и коррекционные школы, где, кроме обучения, проводятся еще и лечебно-оздоровительные мероприятия.

Предмет и задачи дефектологии

Предметом изучения дефектологии являются дети, имеющие отклонения в интеллектуальном развитии, их воспитание, обучение и адаптация к жизни в обществе.

В задачу дефектологии входит выявление происхождения того или иного дефекта, определение причинно-следственных связей в развитии психических функций и изучение социально-педагогических условий жизни ребенка.

Одним из основных направлений развития современной дефектологии является единство педагогического процесса (воспитание, образование, обучение). Воспитание представляет собой воздействие одного человека на другого в целях становления личности. Образование основывается на человеческом опыте, научных и культурных ценностях. Обучение проходит под руководством подготовленного человека, который призван проводить воспитательный, образовательный и развивающий процессы в рамках дошкольного и школьного обучения.

В основу коррекционно-педагогической деятельности положены специальные педагогические принципы:

- 1) принцип целенаправленности педагогического процесса;
- 2) принцип целостности и системности педагогического процесса;
- 3) принцип гуманистической направленности педагогического процесса;
- 4) принцип уважения к личности ребенка, в основе которого — разумная требовательность к нему;
- 5) принцип опоры на положительное в человеке;
- 6) принцип сознательности и активности личности в целостном педагогическом процессе;
- 7) принцип сочетания прямых и параллельных педагогических действий.

Кроме вышеуказанных педагогических принципов, в основу коррекционно-педагогической деятельности положены специальные принципы:

- 1) принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач;
- 2) принцип единства диагностики и коррекции;

- 3) принцип учета индивидуальных и возрастных особенностей ребенка;
- 4) деятельностный принцип коррекции;
- 5) принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности;
- 6) принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения.

(Подробнее об этих принципах можно узнать из книги: Основы коррекционной педагогики / Под. ред. В.А. Сластенина. М., 1999.)

Также дефектология как наука призвана разрабатывать различные методы и приемы, направленные на помощь детям с отклонениями в развитии.

Связь дефектологии с другими науками

Дефектологическая наука включает в себя разделы специальной (коррекционной) педагогики, социологии, философии, психологии. Кроме этого, прослеживается тесная взаимосвязь с медицинскими науками (психиатрия, невропатология, иммунология, педиатрия, офтальмология, отоларингология и др.).

Следует отметить, что природа происхождения различных патологических процессов не однородна, поэтому связь между науками достаточно широка и разнообразна.

Глава 2

ОЛИГОФРЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОЛИГОФРЕНИЕЙ

Этиология и патогенез олигофрений

Олигофрения (от греч. *oligos* — малыш, *phren* — ум) — особая форма психического недоразвития, выражающаяся в стойком снижении познавательной деятельности у детей вследствие физического поражения коры головного мозга в перинатальный (внутриутробный) и ранний постнатальный (до 2-3 лет) периоды.

Признаками олигофрении являются:

- 1) стойкость;
- 2) необратимость;
- 3) органическое происхождение дефекта;
- 4) непрогредиентность (не носит прогрессирующего характера).

Патогенез различных форм олигофрении неодинаков, но имеются и общие механизмы.

Важную роль играет течение периода онтогенеза, во время которого происходит поражение развивающегося мозга ребенка.

Различные патогенные факторы, как эндогенные, экзогенные, так и смешанные могут вызывать изменения в головном мозге, которые характеризуются сходными клиническими проявлениями заболевания.

Одна из основных причин олигофрении — это время воздействия патогенного фактора, его локализация, обширность поражения и резистентность организма.

Этиологические факторы олигофрений:

- 1) эндогенные (наследственные);
- 2) экзогенные (воздействие различных химических препаратов, радиация и т.д.)

3) смешанный характер олигофрении.

Клинические формы олигофрении, установленные по признаку этиологии

I группа

Олигофрении, обусловленные наследственными факторами

Микроцефалия. Микроцефалия бывает истинная и ложная. Истинная (первичная), наследственно обусловленная микроцефалия встречается довольно редко.

Помимо малых размеров черепа, существуют диспропорции между небольшим черепом и нормальным ростом, резкое недоразвитие мозговой части черепа по сравнению с лицевой, низкий покатый лоб, чрезмерное развитие надбровных дуг, вытянутая форма головы.

Интеллектуальная недостаточность обычно соответствует идиотии или глубокой имбецильности. Несмотря на значительное слабоумие, отмечается эмоциональная живость, повышенная раздражительность и внушаемость. Микроцефалы эмоционально неустойчивы и подвержены аффекту гнева.

Ложная (вторичная), церебропатическая, микроцефалия обусловлена внутриутробным поражением зародыша. Наряду с признаками недоразвития часто встречаются очаговые неврологические симптомы и судорожные припадки; деформация черепа более грубая, чем при истинной микроцефалии, и сочетается с диспластичным телосложением; большая отсталость в росте и массе тела.

Слабоумие более тяжелое, больные апатичные, угрюмые, вялые. Однако провести четкую грань между истинной и ложной микроцефалией не представляется возможным.

Ксеродермическая форма (Синдром Рада) — редкая аномалия, сочетание ихтиоза с олигофренией. Наследуется по рецессивному типу. Кожа покрыта легко отходящими сухими чешуйками, напоминающими рыбью чешую. При тяжелых формах ихтиоза дети быстро умирают. Психическое недоразвитие часто сопровождается судорожными припадками.

Заболевания, обусловленные нарушениями обмена веществ

Фенилкетонурия (фенилпировиноградная олигофрения) связана с нарушением обмена фенилаланина; наследуется по рецессивному типу. Слабоумие сочетается с депигментацией (от альбинизма до светлого цвета волос и радужной оболочки глаз) и приблизительно в 30% случаев с судорожными припадками. Слабо развита мозговая часть черепа. Отмечается неловкая походка, координация движений плохая, много стереотипных действий, гиперкинезов. Мышечный тонус изменен.

Резко выражено слабоумие. Обнаружить признак психического недоразвития представляется возможным даже в грудном возрасте. Весь первый год жизни ребенка обнаруживается тенденция к прогрессированию слабоумия, после 3-7 лет состояние стабилизируется.

Гомодистеинурия связана с нарушением обмена метионина, наследуется по рецессивному типу, проявляется судорогами, мышечной слабостью, иногда повышенной готовностью к мышечным спазмам. Наблюдается задержка психомоторного развития. Наблюдаются изменения со стороны глаз. К ним относят катаракту, дегенерацию сетчатки, эктопию хрусталика и т.д. Кожа вокруг глаз покрасневшая.

Галактоземия, фруктозурия, сукрозия наследуются по рецессивному типу. У детей наблюдается гипотрофия, поносы и другие тяжелые соматические расстройства, которые приводят к смертельному исходу. Психическое недоразвитие выражено сильно, сопровождается вялостью, судорогами.

Синдром Морфана — заболевание, обусловленное нарушением обмена полисахаридов. В основе этого наследственного заболевания лежит системное поражение соединительной ткани. Это заболевание одинаково встречается как у мужчин, так и у женщин. Симптомы проявляются с момента рождения. К ним относят:

- 1) аномалии развития глаз;
- 2) аномалии развития костно-мышечной системы;

3) аномалии развития, со стороны сердечно-сосудистой системы.

При данном заболевании не у всех детей наблюдается интеллектуальный дефект. У многих психическое развитие соответствует возрастной норме.

Гарголизм — наследственное заболевание, обусловленное нарушением обмена веществ, участвующих в формировании соединительной ткани. У мужчин это заболевание встречается чаще, чем у женщин. Клинические проявления становятся заметны на первом месяце жизни ребенка. К ним относят увеличение размеров черепа, деформацию ушных раковин, деформацию грудной клетки, толстые короткие пальцы, широкую ладонь, поражаются суставы. Психическое развитие резко задержано, дефицит интеллекта нарастает по прошествии времени, довольно часто дефект интеллектуального развития достигает степени идиотии.

Синдром Лоуренса — олигофрения, связанная с нарушением функции гипоталамуса. При этом заболевании проявляются признаки нарушений жирового, белкового обмена веществ. Проявляются вегетативные и эндокринные изменения. Психический дефект колеблется от слабовыраженной олигофрении до идиотии.

Олигофрении, вызванные хромосомными абберациями

Болезнь Дауна обусловлена хромосомными аномалиями, связана с лишней 21-й хромосомой.

Частота встречаемости данного заболевания находится в пределах от 1:600 до 1:900. Дети, у которых обнаружена эта болезнь, имеют небольшой рост, короткие конечности, короткие пальцы, небольшой череп с уплощенной переносицей, высокое нёбо. Зубы неправильно растут, часто поражены кариесом. Наблюдается недоразвитие верхней челюсти, нижняя челюсть выступает. Язык толстый. Уши маленькие, волосы на голове редкие, кожа сухая. Половые органы недоразвиты. Часто эти признаки сочетаются с пороками сердца, гипотонией мышц. Лицо маловыразительное, рот полуоткрыт.

Умственная отсталость в 5% достигает дебильности, в 75% случаях — имбецильности, в 20% — идиотии. Больные отличаются повышенной внушаемостью.

Синдром Шерешевского-Тернера наблюдается только у лиц женского пола. Обусловлен недостатком одной X-хромосомы. Половой хроматин отсутствует. Больным присущ половой инфантилизм, различные дисплазии, малый рост, уши деформированные, низко расположенные. Часто встречаются пороки развития со стороны сердечно-сосудистой системы. Умственная отсталость бывает различной степени, часто легкой.

Синдром Клайнфельтера характерен только для лиц мужского пола. Увеличение общего числа хромосом. Слабо выражены первичные и вторичные половые признаки. Больные обладают высоким ростом. Часто бесплодны. Олигофрения в пределах легкой дебильности.

К первой группе также относятся олигофрении, связанные с поражением генеративных клеток родителей вследствие воздействия химических веществ, ионизирующей радиации, повышенной запыленности и т.д.

II группа олигофрений

К этой группе относятся заболевания, вызванные поражением зародыша и плода. Причины нарушений развития зародыша могут быть различны.

Олигофрения инфекционного происхождения (краснуха, грипп, парогрипп и др.). Поражение эмбриона напрямую связано со сроками беременности (часто на 5-9-й неделе). Слабоумие сочетается с пороками развития глаз, слухового аппарата и с пороками развития со стороны сердечно-сосудистой системы. Часто встречаются пороки развития скелета, дефекты зубов, а также общее физическое недоразвитие. Психическое недоразвитие обычно в степени идиотии.

Врожденный сифилис. Признаки слабоумия проявляются рано. Бывают олигофрении различных степеней. Кроме психического недоразвития, наблюдаются психопатоподобные, астенические синдромы. Возможны проявления эпилепсии. Характерны общие физические дефекты.

Токсоплазмоз. У ребенка наблюдаются деформация черепа, неправильное строение костей, пороки развития внутренних органов. В основном поражаются головной мозг и глаза. Часто развивается эпилепсия. Психическое недоразвитие в степени имбецильности, идиотии.

Листерияоз. Возникновение заболевания связано с внутренним поражением плода от больной матери. Психическое недоразвитие — в степени идиотии.

К развитию олигофрении могут привести и другие инфекции, воздействующие на зародыш; гормональные нарушения, а также иные эндогенные и экзогенные токсические факторы

Кретинизм или гипотиреоидная олигофрения — самая частая из всех форм слабоумия, которая возникает вследствие эндокринных нарушений.

Выделяют врожденный гипотиреоз, вследствие недостаточного содержания йода в питьевой воде.

Другая форма гипотиреоза — спорадический кретинизм. Он может наблюдаться в любой местности. Вызывается наследственным дефектом синтеза гормона, вырабатываемого щитовидной железой. От недостатка тиреоидина зависит степень проявления кретинизма. Психическое недоразвитие проявляется от степени дебильности до идиотии.

III группа

Олигофрении, развившиеся в результате воздействия вредных факторов перинатального периода и первых 3-х лет внеутробной жизни

Гемолитическая болезнь

При несовместимости плода и матери по резус-фактору или группам крови у новорожденного возникает гемолитическая болезнь.

Ведущим клиническим симптомом гемолитической болезни новорожденных является желтуха, возникающая в первые 36 часов жизни. Желтуха нарастает в последующие 2-3 дня. Дети становятся вялыми, сонливыми,

перестают сосать, появляются глазодвигательные расстройства, судороги, мышечная гипотония. Безусловные рефлексы резко угнетены, печень и селезенка увеличены. При отсутствии оказания своевременных лечебных мероприятий появляются очаговые неврологические нарушения: мышечная дистония, гиперкинезы, косоглазие, снижение слуха, характерны задержка психического и моторного развития. Для данного типа олигофрений характерен интеллектуальный дефект легкой или средней степени, глубокое слабоумие развивается редко.

Атипичные олигофрении

Олигофрения, вызванная гидроцефалией, наблюдается только при тяжелой водянке головного мозга. Слабоумие колеблется от легкой дебильности до идиотии. Речь развита гораздо лучше, чем мышление. У олигофренов возможен хороший музыкальный слух, способность к устному счету. Они благодушны, болтливы, эйфоричны, только некоторые из них раздражительны, угрюмы, склонны к аффективным вспышкам. Нередко у них наблюдаются судорожные припадки. Физические признаки выраженной врожденной гидроцефалии очень типичны: большой череп с выпуклым лбом и уплощенными орбитами, треугольное лицо — маленькое в сравнении с большим черепом. Роднички долго не зарастают и сильно выбухают. Почти у всех больных наблюдаются те или иные двигательные нарушения (парезы, параличи конечностей), атрофия зрительного нерва, поражение слуха и вестибулярного аппарата.

Краниостеноз развивается вследствие раннего зарращения черепных швов. Из-за этого происходит деформация черепа, могут отсутствовать один или несколько швов. У таких детей повышается внутричерепное давление, снижается острота зрения, бывает рвота, головная боль. Умственная отсталость различная по степени проявления.

Олигофрения, сочетающаяся с детским церебральным параличом. Данная олигофрения наблюдается приблизительно в 60% случаев этого заболевания. Выражается в различной степени, характеризуется неравномерно-

стью и сложной структурой. Группа синдромов является следствием повреждений головного мозга, возникших во внутриутробном, интранатальном (во время родов) и раннем постнатальном периодах. Характерная особенность детских церебральных параличей — нарушение моторного развития ребенка, обусловленное прежде всего аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений. Наблюдается задержка речевого развития. При церебральных параличах часто наблюдается дизартрия. Степень психических расстройств колеблется от легких нарушений в эмоционально-волевой сфере до тяжелого интеллектуального дефекта.

Олигофрени, вызванные асфиксией плода

Асфиксия при рождении наблюдается у 4-6% новорожденных и является одной из причин перинатальной смертности.

Кислородная недостаточность приводит к грубым обменным нарушениям в организме плода и новорожденного. В результате повреждаются нервные клетки. Степень их поражения зависит от тяжести и продолжительности внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении.

Психический дефект колеблется от легкой дебильности до идиотии, сочетается с неврологическими симптомами.

Родовая травма. Возникновению способствуют различные виды акушерской патологии (стремительные, затяжные роды, узкий таз матери), неправильное ведение акушерских операций, наложение щипцов на головку ребенка.

Наблюдаются неврологические симптомы.

Олигофрения, возникшая вследствие черепно-мозговой травмы, перенесенной в раннем детстве. Пороки физического развития, пороки развития отдельных органов отсутствуют. Наблюдается снижение работоспособности, психопатоподобный синдром.

Психическое недоразвитие сочетается с симптомами органической деменции.

Олигофрении, обусловленные ранними постнатальными инфекциями

К такого рода инфекциям относят различные энцефалиты (клещевой, комариный, коревой, энцефалит при ветряной оспе), менингит.

Психическое недоразвитие сочетается с симптомами физической деменции.

Несмотря на огромные достижения в исследованиях этиологии умственной отсталости, во множестве случаев она остается неизвестной. По разным данным, от 50% до 80% составляет так называемая идиопатическая олигофрения.

Классификация олигофрений

Классификация форм олигофрений по М.С. Певзнер

В классификации М.С. Певзнер дана характеристика структуры интеллектуального дефекта и других расстройств, которые осложняют слабоумие и по-разному влияют на нарушение познавательной деятельности, а также различные нарушения работоспособности.

М.С. Певзнер выделила следующие формы олигофрений:

- 1) неосложненная форма олигофрении;
- 2) олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов;
- 3) олигофрения с психопатоподобными формами поведения;
- 4) олигофрения, сопровождающаяся нарушениями работы различных анализаторов;
- 5) олигофрения с выраженной лобной недостаточностью.

Неосложненная форма олигофрении

Неосложненная форма олигофрении характеризуется диффузным поражением головного мозга. Сопровождается уравновешенностью нервных процессов, грубые поражения в пределах того или иного коркового анализатора отсутствуют. Не наблюдается психомоторной расторможенности, аф-

фективных расстройств, патологии влечений, судорожных припадков. Сохранена целенаправленность действий. Дети обычно спокойные, дисциплинированные, их довольно легко организовать. В зависимости от степени интеллектуального недоразвития различны личностные особенности, уровень достижений в интеллектуальной и трудовой деятельности, работоспособность. Дети довольно быстро адаптируются в условиях коррекционной школы. Данная группа детей эмоционально привязана к членам семьи, сверстникам, учителям. Они могут помочь родственникам по дому, огорчаются при неудачах, радуются успехам в школе. В эмоциональной сфере достаточно сохранены. Это помогает ориентировке в окружающем мире, а также способствует усвоению определенных навыков поведения.

Если у ребенка наблюдается олигофрения в степени дебильности, достаточно сохранна эмоциональная сфера, ребенок способен учитывать элементарные ситуации, то умственная отсталость у такого рода детей диагностируется лишь при поступлении в массовую школу или после безуспешного пребывания в ней в течение одного года (иногда двух).

Основные направлениями коррекционной работы:

- 1) коррекция познавательных процессов;
- 2) развитие эмоционально-волевой сферы;
- 3) сохранение работоспособности на определенном уровне.

Дети с неосложненной формой олигофрении в степени дебильности при обучении в специальной (коррекционной) школе VIII вида достаточно успешно овладевают предусмотренными программой знаниями, умениями, навыками.

Олигофрения, осложненная нейродинамическими расстройствами

При данной олигофрении интеллектуальное недоразвитие сочетается с явлениями нарушения процессов активного возбуждения или торможения. У детей с преобладанием процессов активного возбуждения психическое развитие в целом страдает от двигательной расторможенности, отвлекаемости, по-

вышенной импульсивности, а также аффективной неуравновешенности. Такие дети неусидчивы, часто отвлекаются, непослушны, конфликтны, на замечания взрослых не обращают внимания. В процессе коррекционного обучения возбудимые дети становятся более трудоспособными. Данная группа детей достаточно социально адаптируется в обществе. Иногда конфликты возникают по мелким поводам.

Дети с преобладанием процессов торможения вялые, замедленные, инертные. Эта замедленность проявляется в снижении работоспособности, в низкой продуктивности. У таких детей слабо проявляется интерес ко всему новому, они безразличны в учебной деятельности, психические процессы инертны. Учебный материал запоминают плохо. Они не успевают за одноклассниками. Им требуется больше, чем другим, времени на организацию своей деятельности.

У подобных детей свой темп работы, торопить в работе их не нужно. С трудом идет переключение с одного вида деятельности на другой. В деятельности проявляется подражание.

Направления коррекционной работы:

- 1) активизация познавательной деятельности;
- 2) стимулирование учебной деятельности;
- 3) более выраженная по сравнению с другими детьми алгоритмизация действий, стереотипность действий, большая расчлененность учебного материала;
- 4) профилактика перегрузок, выработка четкого режима дня и его неукоснительное соблюдение.

Лабильные дети

В разные периоды жизни или деятельности процессы возбуждения могут преобладать над процессами торможения, и наоборот. Смена процессов происходит через пароксизмальные состояния.

Направление коррекционной работы связано с тем, какой процесс (возбуждения или торможения) преобладает.

Олигофрения, осложненная психопатоподобными формами поведения

При олигофрении, сопровождающейся психопатоподобными формами поведения, у детей наблюдается резкое нарушение эмоционально-волевой сферы, отмечается недоразвитие личностных качеств, снижение критического отношения как к себе, так и к окружающим их людям.

Подобный вид олигофрении наиболее типичен для лиц, перенесших тяжелые постнатальные инфекционные заболевания (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит), а также черепно-мозговые травмы с вовлечением в болезненный процесс подкорковых образований.

Сочетание психического недоразвития с явлениями аффективной возбудимости, расторможенность влечений, проявляющаяся в склонности к воровству, бродяжничанию, прожорливости, повышенной сексуальности. Такие дети могут быть опасны в момент аффекта. Речь, исходящая от взрослых, не несет регулирующую функцию. Дети не могут выполнять правил поведения. Купировать аффективные состояния быстро не удастся. В тяжелых случаях применяют медикаментозные препараты. Если у ребенка вспышки агрессивного поведения частые, затяжные, то он выводится на домашнее обучение. Если опасности для окружающих нет, то обучение проводится в группе (классе).

Направления коррекционной работы:

- 1) разъяснение другим детям, почему наблюдается такое поведение;
- 2) недопущение перевозбуждения ребенка, необходимость предупредить его;
- 3) в момент аффекта внимание на ребенке не акцентировать.

Олигофрения, осложненная тяжелыми нарушениями функций лобных долей мозга

При олигофрении, осложненной нарушениями функций лобных долей мозга, наблюдается грубое нарушение познавательной деятельности, целенаправленности деятельности. Одни дети вялые, двигателью заторможен-

ные, пассивные. Другие дети расторможенные, импульсивные. В поведении детей проявляются несоциальные наклонности. Интеллектуальная недостаточность глубокая, достигает степени имбецильности, чувство такта, дистанции у них отсутствует. Биологические потребности (потребность в еде, сексуальность) повышены. Наблюдается неадекватное восприятие окружающей действительности. Речь своеобразна. Сопровождается произнесением штампов, бездумно повторяются чужие высказывания, смысл речи до конца не понимается. Наблюдается грубое недоразвитие личности. Больные не критичны к себе, к ситуации, в которой они находятся. Отсутствует чувство страха, обиды, стеснительности не бывает.

Коррекционная направленность воспитательной работы:

- 1) развитие целенаправленности на применение простых поведенческих реакций;
- 2) развитие операций на основе наглядности;
- 3) воспитание стереотипов социального поведения.

Олигофрения, осложненная нарушениями в системе отдельных анализаторов

Наличие у ребенка сложного дефекта очень резко замедляет и изменяет ход его интеллектуального и физического развития. Снижается процент коррекции его недостатков. Наличие умственной отсталости у глухих и слабослышающих составляет примерно 10%, а среди слепых и слабовидящих примерно в два раза больше.

При данном виде олигофрений, общее недоразвитие мозга сочетается с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, недоразвитием речевых систем.

К этиологическим факторам данного вида олигофрении относят генетические формы, связанные с нарушениями обмена, внутриутробного развития плода, а также асфиксии новорожденных, родовые травмы, ранние постнатальные поражения.

Коррекционная работа проводится совместно с логопедом.

Классификация олигофрений по Г.Е. Сухаревой (1972 г.)

1. Олигофрении эндогенной природы:

- ◆ истинная микроцефалия;
- ◆ болезнь Дауна, синдром Шерешевского-Тернера, синдром Клайнфелтера и др.;
- ◆ ксеродермические формы (синдром Рада);
- ◆ энзимопатические формы, обусловленные нарушениями белкового, углеводного, липидного и других видов обмена — фенилкетонурия, галактоземия, гаргоилизм и др.;
- ◆ мутагенное поражение генеративных клеток родителей (ионизирующая радиация, химические вещества и др.)

2. Эмбриопатии и фетопатии:

- ◆ олигофрения, обусловленная вирусными инфекциями (краснуха беременных, грипп, вирусный гепатит);
- ◆ олигофрении, обусловленные токсоплазмозом;
- ◆ олигофрении, обусловленные врожденным сифилисом;
- ◆ олигофрении, вызванные гормональными нарушениями и другими эндогенными и экзогенными токсическими факторами.

3. Олигофрении, вызванные вредными факторами, действующими во время родов, в ранний период и первых 3-х лет жизни ребенка:

- ◆ олигофрении, возникшие вследствие асфиксии плода и родовой травмы;
- ◆ олигофрении, вызванные в детстве (до 3 лет) инфекциями и черепно-мозговыми травмами;
- ◆ атипичные олигофрении, обусловленные гидроцефалией, сочетание с детским церебральным параличом, тяжелые нарушения сенсорных функций.

Классификация олигофрений по В.В. Ковалеву (1979 г.)

По мнению В.В. Ковалева, можно выделить следующие основные клинические формы:

1) ретардация, т.е. стойкое психическое недоразвитие (общее или парциальное) или замедленное психическое развитие;

2) асинхрония (дисгармоничное психическое развитие), которая включает признаки ретардации и акселерации.

Явление ретардации — отсутствие инволюции ранних форм психического развития. Отдельные периоды развития незавершенны. Это явление характерно для олигофрений, а также задержки психического развития.

Явление акселерации отдельных функций: это относится к раннему проявлению сексуального влечения при преждевременном половом созревании.

Возможно раннее возникновение речи, наблюдающееся при раннем детском аутизме.

Наиболее выраженная асинхрония характерна для искаженного развития. Характерной моделью искаженного развития можно рассмотреть дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. При данном заболевании наблюдается преждевременное развитие речи (иногда до 1 года). В то же время контакт с окружающими снижен. Со стороны сенсорной и моторной сферы наблюдается выраженное недоразвитие. Социальное развитие ребенка заметно отстает. Вербальный интеллект опережает развитие предметной деятельности.

Общая симптоматика при олигофрении.

Психические процессы при олигофрении

При олигофрении психическое развитие ребенка происходит на неполноценной, дефектной основе, но длительного течения заболевания нервной системы нет и ребенок считается практически здоровым.

Особенности психического развития детей-олигофренов во многих аспектах сходны, так как их мозг оказывается пораженным до начала развития речи.

Дети-олигофрены представляют однородную с психологической точки зрения группу, хотя они могут отличаться по этиологии заболевания.

Большинство авторов доказывают, что основной дефект, наблюдаемый при олигофрении, — это трудность обобщения (М.С. Певзнер) или, по-другому, слабость регулирующей роли речи.

Г.Е. Сухарева выделяет центральные дефекты. Их два: во-первых, дефицит любознательности, потребности в новых впечатлениях, дефицит познавательных интересов; во-вторых, плохая обучаемость, замедленное, затрудненное восприятие всего нового.

По мере того как ребенок растет, присоединяется бедность кругозора, поверхностность мышления, представления бедны, малы, слабость обобщения, незрелость эмоциональной сферы.

Э.А. Коробкова пишет: «Олигофрен не просто «хуже» среднего человека, принятого за условную норму, олигофрена отличает качественное своеобразие: не худшая, а иная структура психики, жизненных установок и проявлений. Психика олигофрена совершенно непохожа на психику нормального ребенка, готовящегося поступать в школу».

В предмете специальной психологии существуют две концепции психического развития умственно отсталого ребенка.

1. Теория потолка.

Умственно отсталый ребенок более или менее успешно усваивает все элементарное, простое, но все-таки не может достигнуть высшего уровня обобщения, абстрагирования, нравственные высоты также недоступны для него. Общепринятое положение об особенностях психического развития олигофренов говорит о том, что ведущий недостаток при умственной отсталости это слабость абстрагирования и обобщения.

2. Концепция развития, сформулированная Л.С. Выготским.

Процессы развития рассматриваются как единый процесс, каждый последующий этап зависит от предыдущего. Каждый последующий способ реагирования, действия зависит от достигнутого ранее. Л.С. Выготский говорит о необходимости отличать первичный дефект от вторичного, третичного осложнения. Неправильно было бы выводить все симптомы, все особенности

психики умственно отсталого ребенка из основной причины его отсталости, т.е. из факта поражения коры головного мозга. Поступать подобным образом — это значило бы игнорировать сам процесс развития.

Ядерные причины (первичный дефект) умственной отсталости, по Л.С. Выготскому и Ж.И. Шиф, состоят в недостаточности замыкательной функции коры больших полушарий головного мозга, инертности, тугоподвижности основных нервных процессов (возбуждения, торможения), а также слабости ориентировочного дефекта.

Слабость ориентировочной деятельности лежит в основе пониженной активности ребенка и потребности в новых ощущениях, отсутствии интереса к окружающему миру.

Самым частым осложнением при умственной отсталости является недоразвитие высших психических функций. Это осложнение характеризуется как вторичный дефект. Если ребенок попадает в условия неадекватного воспитания, обучения, то возникают условия для отклонений третичного уровня. Подобные нарушения связаны с проявлениями в эмоционально-волевой сфере, поведении ребенка.

Наиболее поддающимися коррекционному воздействию, по мнению Л.С. Выготского, являются вторичные и третичные отклонения.

Теория Л.С. Выготского говорит о том, что умственно отсталый ребенок способен к культурному развитию. Он, в принципе, может выработать в себе высшие психические функции, но фактически остается недоразвитым в этом плане.

Культурное развитие умственно отсталого ребенка возможно, но оно ограничено ядерными признаками.

Недостаточность логического мышления проявляется в слабой способности к обобщению, олигофрены с трудом понимают любое явление в окружающем их мире. Переносный смысл слов и фраз понимается с трудом или не понимается совсем. Предметно-практическое мышление носит ограниченный характер. Олигофрены сравнивают явления и предметы по внешним

признакам. Речь недостаточно развита, зависит от тяжести интеллектуального дефекта. Активный словарный запас ограничен. Грамматический строй речи страдает, характерны дефекты произношения различных степеней.

Для олигофрении характерна инертность психических процессов. Мышление замедлено по темпу, тугоподвижно. Переключаемость с одного вида деятельности на другой сильно затруднена. Произвольное внимание слабо выражено. Внимание отличается плохой фиксированностью на объекте, легко рассеивается.

Процессы запоминания и восприятия недостаточны. Новый материал запоминается медленно, требуется многократное повторение.

Характерно недоразвитие эмоционально-волевой сферы. Эмоции однообразны, мало дифференцированы, оттенки переживаний либо очень бедны, либо отсутствуют. Эмоциональные реакции в основном наблюдаются на раздражители, которые воздействуют непосредственно на человека. Психика косная, интерес к окружающему недостаточен. Инициатива и самостоятельность со стороны олигофренов отсутствуют. Одновременно с этим они неспособны подавлять аффект. Часты сильные аффективные реакции по незначительному поводу.

Отмечается недоразвитие моторики. Движения бедные, однообразные, часто угловатые, бесцельные, замедленные. Может наблюдаться двигательное беспокойство, наличие содружественных движений (синкинезий).

Уровень развития деятельности больных напрямую связан со степенью интеллектуального дефекта и отличительными особенностями в эмоционально-волевой сфере. Больные с легкой степенью олигофрении способны к овладению простыми трудовыми навыками, имеют достаточный уровень адаптации к несложным жизненным ситуациям. При тяжелом поражении, о деятельности говорят только условно, имея в виду удовлетворение инстинктивных потребностей.

Признаком психического недоразвития является также иерархичность. Она выражается в недоразвитии высших форм мышления. Недостаточность

памяти, восприятия, речи, эмоциональной сферы, моторики всегда выражена меньше, чем недостаточность мышления.

По степени выраженности интеллектуального дефекта олигофрения делится на 3 группы: дебильность, имбецильность, идиотия.

1. Дебильность — легкая степень слабоумия (IQ = 50-70). Мышление имеет наглядно-образный характер. Смысл прочитанного понимается с большим трудом. С интеллектуальным недоразвитием связана незрелость личности. При дебильности всегда можно отметить слабость самообладания, неспособность подавлять свои влечения, поступки обдумываются недостаточно, в поведении проявляется импульсивность, повышенная внушаемость. Однако к жизни лица с дебильностью приспосабливаются неплохо.

Речь косноязычна, содержит аграмматизмы. Словесные определения воспринимаются медленно. Отставания в развитии отчетливо видны на ранних этапах. С годами отставание становится менее выраженным и выступает не так явно. Хорошо развиты механическая память и подражательность. Дебилы способны к обучению. Они овладевают несколькими трудовыми процессами, возможно их социальное приспособление.

2. Имбецильность — средняя степень слабоумия (IQ = 20-50). Речь у имбецилов аграмматична и косноязычна. Словарный запас составляет иногда 200-300 слов, имбецилы могут произносить несложные фразы. Испытывают затруднения при запоминании букв, которые сходны по написанию или звучанию. Вследствие относительно хорошей механической памяти и пассивного внимания они могут усваивать элементарные знания, которыми пользуются как штампами. Имбецилы полностью неспособны к отвлечению от конкретной ситуации.

Развитие статических и локомоторных функций происходит при имбецильности с большой задержкой. Больные усваивают навыки опрятности, самостоятельно едят. Способны к самообслуживанию. Некоторые лица с имбецильностью владеют порядковым счетом, знают отдельные буквы. Но усваивают только простые трудовые процессы (уборка, стирка, мытье посу-

ды, отдельные элементарные производственные функции). Отмечается крайняя несамостоятельность, плохая переключаемость.

Эмоции бедные, однообразные, все психические процессы тугоподвижные и инертные. При перемене привычной обстановки на новую дают негативную реакцию. Имбецилы обидчивы, стесняются своих недостатков, более или менее адекватно реагируют на порицание или одобрение.

Имбецилы нуждаются в постоянной опеке и контроле. Очень легко теряются в непривычных условиях, так как не обладают инициативой и самостоятельностью. Следует также учитывать тот факт, что имбецилы обладают повышенной внушаемостью и часто склонны к подражанию вслепую. При отсутствии осложненности, дети и подростки, страдающие имбецильностью легкой и средней степеней, способны к овладению простыми видами физического труда (картонажные работы, работы, где подбираются по цвету и размеру простые детали для бытовых изделий и т.д.). Если имбецильность тяжелой степени ($IQ = 20-34$), обучение разным видам труда не представляется возможным.

3. Идиотия — самое тяжелое слабоумие ($IQ < 20$). При нем почти полностью отсутствуют речь и мышление. Нуждаются в постоянном уходе. У подобных больных реакция на внешние раздражители либо неадекватна, либо вообще отсутствует. Внимание или отсутствует, или очень неустойчиво. Сознание собственной личности смутное. Больные нередко не отличают родных людей от посторонних.

Эмоции элементарны, связаны только с удовольствием или неудовольствием. Выражаются эмоции примитивным образом, в виде крика или двигательного возбуждения. Легко возникают приступы злобы, что проявляется в виде ярости и агрессивного поведения, которое направлено не только на окружающих, но и на самого себя (кусаются, царапаются, наносят удары). Довольно часто больные могут поедать свои экскременты, отбросы, жуют все, что попадает под руку. Глубокое недоразвитие психики сопровождается

грубыми дефектами физического развития. Часто больные не могут жевать пищу, могут питаться только жидкой пищей.

Навыки самообслуживания сформированы быть не могут. Если больные предоставлены сами себе, то могут впадать в бессмысленное возбуждение с однообразными стереотипными действиями (хлопают в ладоши, размахивают руками, раскачиваются) или остаются неподвижны.

Соматические и неврологические признаки олигофрении

Мышление представляет собой сферу психической деятельности, включающую логические операции со словесными и наглядно-чувственными образами предметов. Уровень мышления, способность проникать в суть проблем и выработка наиболее адекватных решений входят в понятие интеллекта. Таким образом, интеллект характеризует степень умственного развития и способность к сложным мыслительным операциям.

В детской неврологии приходится решать вопрос об уровне интеллекта, поскольку ряд неврологических заболеваний приводит к слабоумию; в результате поражения нервной системы на ранних этапах онтогенеза наступает отставание в умственном развитии.

Топическая диагностика поражений коры основана на знании локализации основных корковых зон анализаторов (зрения, слуха, осязания и т.д.) и центров гнозиса, праксиса, речи. Нужно помнить, что, помимо симптомов поражения отдельных корковых областей, могут наблюдаться симптомы их раздражения (по Л.О. Бадалян).

Поражение лобной доли в области передней центральной извилины проявляется в виде моноплегий (нарушение функции одной конечности), гемиплегий (нарушение функции конечностей с одной стороны — справа или слева), недостаточности подъязычного и лицевого нервов по центральному типу. Патологические процессы в лобной доле характеризуются появлением нарушений корково-мозжечковой связи. Типичные нарушения психики:

- ◆ страдает целенаправленность психических процессов;

- ◆ возникает снижение волевых процессов;
- ◆ потеря инициативности;
- ◆ снижается критичное отношение к себе;
- ◆ появляется склонность к грубым шуткам;
- ◆ утрачивается чувство дистанции при общении с другими людьми;
- ◆ появляется неряшливость.

Поражение теменной доли в области задней центральной извилины проявляется в виде приступов парестезии (онемения, покалывания, жжения в разных областях). Могут возникать нарушения схемы тела, собственный дефект не узнается. Может также развиваться алексия (неспособность к чтению), акалькулия (неспособность к счету).

Поражение височной доли в области коркового центра слухового анализатора приводит к появлению слуховой агнозии. Височные доли играют важную роль в организации сложных психических процессов, в частности, памяти. При раздражении височных отделов могут появляться различные нарушения памяти. В кору височной доли также проецируется путь от вкусового, обонятельного анализаторов, вестибулярного аппарата. Раздражение височной доли сопровождается слуховыми, обонятельными, вкусовыми галлюцинациями, возможны приступы головокружения.

Поражение затылочной доли сопровождается различными зрительными нарушениями. Наблюдается снижение зрительной памяти, нарушается зрительная ориентация в пространстве, развивается зрительная агнозия и др.

Поражение правого полушария приводит к изменениям в психике. Они проявляются в виде снижения чувства дистанции, дезориентированности, оглушенности, неадекватном поведении.

Диагностика олигофрений

Общий осмотр больного ребенка позволяет сделать заключение о строении черепно-лицевого скелета, о пропорциональности и особенностях лица, конечностей, тела и т.д. Уточняется состояние сенсорной сферы —

слуха, зрения. Среди дефектов зрительной системы наиболее характерны косоглазие, нистагм, отведение глаз при слежении за движущимся предметом.

Внешность ребенка при некоторых заболеваниях типична, например, синдром Дауна (аномальное строение лица, глаз, челюсти и др.).

Динамика олигофрений. Прогноз олигофрении

Вопрос о различных возможностях развития умственно отсталых детей является очень важным. Одно из главных положений отечественной олигофренопсихологии — это утверждение о том, что дети-олигофрены способны развиваться. У таких детей возможно возникновение новых, более сложных психических образований (Л.С. Выготский, Л.Н. Занков и др.). Подобное положение вещей подтверждено многочисленными наблюдениями, экспериментами, другими исследованиями. Однако учитывается тот факт, что развитие умственно отсталого ребенка происходит на аномальной основе. Развитие это по сравнению с нормальным замедленно, имеет существенные отклонения и своеобразные черты.

Л.С. Выготский вывел тезис об общности закономерностей психического развития нормально развивающегося и аномального ребенка. В работах многих отечественных исследователей было доказано, что основные закономерности развития носят поэтапный и поступательный характер. На каждом этапе формируются определенные психические новообразования. На последующих этапах развития они становятся основанием для других психических образований. На развитие ребенка оказывают влияние как биологические, так и социальные факторы. Ведущие развивающие факторы — это обучение и воспитание. Развитие отдельных психических функций проходит одни и те же этапы, как в норме, так и при аномалии. Становление мышления проходит поэтапно от наглядно-действенного к словесно-логическому. Отличие же этих этапов заключается во времени формирования новообразований и каче-

стве психической функции. Для развития умственно отсталых детей характерно значительное замедление по сравнению с нормой.

Закономерностью психического развития детей со специальными потребностями является трудность их адаптации в социуме, затруднено взаимодействие с социальной средой.

Специальные образовательные потребности этой категории детей проявляются в специально организованных условиях обучения, которые включают в себя особое содержание и методы обучения, технические средства, медицинское, социальное сопровождение.

Образовательные потребности реализуются в специальных образовательных учреждениях, которые созданы для обучения лиц, имеющих специальные образовательные потребности.

В процессе коррекционного обучения и воспитания у умственно отсталых учащихся выявлена положительная динамика в развитии всех сторон психики.

Дебилы, заканчивая вспомогательную школу, достигают в результате обучения сравнительно высокого уровня психического развития. Они становятся самостоятельными гражданами, т.е. несут ответственность за свои поступки, овладевают профессиями, требующими средней квалификации (плотник, столяр, швея и т.д.), имеют право быть владельцами комнат, домов, квартир и т.д. В некоторых случаях возникают сомнения в их вменяемости, дееспособности и трудоспособности. Если возникают сомнения по этому поводу, юноша или девушка, окончившие вспомогательную школу, подлежат обследованию, проводимому психиатрами. Во время проведения психиатрической экспертизы решается вопрос о вменяемости, трудоспособности и дееспособности обследуемого.

Но сама по себе умственная отсталость в степени дебильности не может быть причиной невменяемости, нетрудоспособности или недееспособности. Причина этого — только те заболевания, которые привели к умственной отсталости.

Дебилы-юноши считаются ограниченно годными к несению воинской службы. Большое внимание уделяется характеристике на юношу-призывника из вспомогательной школы.

Прогноз для жизни олигофренов чаще всего благоприятный. Они доживают до 67-70 лет, как и люди с сохранным интеллектом.

Прогноз для выздоровления — неблагоприятный, поскольку интеллектуальный дефект сохраняется на протяжении всей жизни.

Коррекционно-развивающие направления обучения и воспитания ребенка с диагнозом олигофрения

Олигофренопедагогикой называется часть дефектологии (коррекционной педагогики), которая изучает ребенка с различными отклонениями интеллектуального развития. К области олигофренопедагогики относятся вопросы воспитания, образования, обучения и последующей реабилитации ребенка. Коррекционное образование представляет собой систему специальных мероприятий, к которым относятся психолого-педагогические, социокультурные и лечебные мероприятия, ориентированные на обучение, воспитание, развитие и социальную адаптацию детей с ограниченными возможностями. Цель коррекционного образования — методы, направленные на коррекцию имеющихся у ребенка нарушений, а также помощь ребенку в адаптации. Можно выделить следующие особенности помощи детям с недостатками интеллекта:

- ♦ медико-клиническое направление — основано на изучении этиологии умственной отсталости. Внимание обращается на анатомо-физиологические и генетические причины, которые могут привести к нарушениям интеллекта;

- ♦ психологическое направление — обращает внимание на психическую деятельность детей с нарушениями интеллектуального развития, состояние их эмоциональной сферы;

- ♦ педагогическое направление — занимается исследованием и разработкой педагогических методов, принципов и форм коррекции, обучения,

воспитания детей с нарушениями интеллектуального развития. Это направление актуально и в настоящее время (особенно популярно оно в Бельгии);

- ◆ психометрическое направление — заключается в методе количественной оценки уровня развития интеллектуальных особенностей.

В России с конца 20-х гг. XX в. установилась основная тенденция работы с детьми с отклонениями в развитии. Отечественный подход носит комплексный медико-психолого-педагогический характер. Основной задачей коррекционных школ считается подготовка подрастающего поколения к самостоятельной жизни. По Л.С. Выготскому, цель коррекционной работы заключается во всестороннем развитии аномального ребенка как обычного. Исправление и коррекция недостатков в развитии осуществляется попутно с воспитанием и обучением.

На сегодняшний день границы предмета олигофренопедагогики расширились. Предметом олигофренопедагогики являются дети и с достаточно глубокой степенью умственной отсталости — имбецилы, и дети с минимальными мозговыми дисфункциями — дебилы.

Основные направления коррекционной деятельности:

1. Корректирующее воздействие на ребенка с помощью окружающей среды (социальной, природной).
2. Организация и коррекционная направленность учебного процесса.
3. Подбор культурно-массовых и оздоровительных мероприятий.
4. Психогигиена семейного воспитания.

Эти направления могут быть представлены следующим образом:

- ◆ совершенствование достижений сенсомоторного развития;
- ◆ коррекция отдельных сторон психической деятельности;
- ◆ развитие различных видов мышления;
- ◆ коррекция нарушений в развитии эмоционально-личностной сферы;
- ◆ развитие речи и овладение техникой речи;
- ◆ расширение представлений об окружающем мире, обогащение словаря;

- ◆ коррекция индивидуальных пробелов в знаниях.

Коррекция отклонений ребенка осуществляется комплексно, на основе глубокой диагностико-коррекционной деятельности, выявления и изучения отклонений в развитии. В программе коррекционно-педагогической деятельности должны быть предусмотрены как работа по преодолению дефекта, так и шаги по профилактике, действия по формированию личности подростка с опорой на его положительные качества. Коррекционно-педагогическая деятельность также должна быть направлена на формирование мировоззрения, социально значимых знаний, навыков и умений. Обязательным условием коррекционной деятельности является ее практическая ориентированность. Коррекционно-педагогическая деятельность предусматривает тесное сотрудничество учителей, родителей и умственно отсталого ребенка.

Основным методом обучения детей с умственной отсталостью является интеграция детей младшего возраста в детский коллектив. Интеграция находится в центре внимания в настоящее время, это связано с особой актуальностью проблемы. Интегрированное обучение предполагает, что ребенок с особенностями в развитии овладеет общеобразовательным стандартом в более близкие к норме сроки. Интеграция является закономерным этапом развития коррекционного образования. В соответствующей отечественной практике концепция интегрированного обучения строится по следующим принципам:

- ◆ ранняя коррекция недостатков развития, способствующая восстановлению некоторых функций детей с отклонениями в развитии;
- ◆ обязательная коррекционная помощь каждому интегрированному ребенку;
- ◆ обоснованный отбор детей для интегрированного обучения — дети с глубокими нарушениями в психоэмоциональном развитии не могут успешно воспитываться в окружении обычных детей.

Существует несколько моделей интеграции:

- ◆ полная — ребенок с отклонениями в развитии постоянно воспитывается среди здоровых сверстников. Такая форма интеграции подходит только

для детей, которые по уровню психофизического и речевого развития соответствуют возрастной норме и психологически готовы к совместному со здоровыми сверстниками обучению;

- ◆ комбинированная — если психофизическое развитие детей с отклонениями в развитии соответствует или близко к возрастной группе, они воспитываются в общих группах с обычными детьми (по 1-2 человека), при этом постоянно получая помощь дефектолога;

- ◆ частичная интеграция — дети с проблемами в развитии еще не способны овладеть образовательным стандартом на равных со здоровыми сверстниками, и они занимаются в массовых группах лишь часть дня;

- ◆ временная интеграция — все воспитанники специальной группы объединяются со здоровыми детьми для проведения праздников, соревнований и прочих массовых мероприятий. Это объединение происходит не реже 1-2 раз в месяц.

Для детей-олигофренов наиболее целесообразны частичная и, особенно, временная формы интеграции. Такое воспитание способствует гуманистическому воспитанию здоровых детей и более раннему социальному развитию детей с интеллектуальной недостаточностью.

Все направления специального образования и воспитания обладают рядом особенностей:

- ◆ дифференциация содержания обучения — в программах целесообразно ввести несколько уровней содержания материала, различных по объему и глубине раскрытия разделов. Различные уровни трудностей содержания программ должны учитываться при осуществлении дифференцированного подхода. Дифференциация содержания обучения в отечественной олигофренической педагогике предполагает индивидуализацию методов и приемов обучения;

- ◆ научность содержания обучения является важным принципом: даже для достижения большей доступности учебного материала нельзя упростить его до степени искажения понятий, закономерностей, причинно-следственных связей. Принцип доступности требует вскрытия сущности описываемых

явлений в доступной форме, создания у учащихся верных представлений об окружающем мире;

◆ жизненная и практическая направленность обучения необходима для учащихся вспомогательных школ. Учебный материал значим не только с познавательной, но и с практической точки зрения. Практическая направленность обучения — это формирование системы учебных, трудовых, практических, нравственных, бытовых умений и навыков на основе получаемых знаний. Содержание обучения в коррекционной школе носит прикладной характер;

◆ межпредметные связи осуществляются в содержательном процессе образования, в программах и учебниках, где отражаются связи между языком и трудовым воспитанием, математикой и трудом, естествознанием, географией и трудом. Такая особенность важна для детей с умственной недостаточностью, которым трудно установить межпредметные связи;

◆ пропедевтический этап обучения — особая система уроков, направленная на подготовку учащихся к усвоению системы знаний, умений и навыков, определяемых программами по учебным предметам. Среди задач пропедевтического этапа обучения можно выделить следующие: сенсомоторное развитие учащихся, формирование круга элементарных представлений у детей с умственной отсталостью, формирование мыслительных качеств.

Методические разработки обучения аномальных детей основным школьным предметам

Содержание специального образования.

Организация процесса адаптации

Дети с умственной отсталостью проходят обучение в так называемых школах восьмого типа. Основная масса обучающихся в данных заведениях — дети с клиническим диагнозом «олигофрения».

Своеобразие обучения детей с умственной отсталостью объясняется рядом причин.

1. Нередко отмечаются заметные изменения в физическом статусе умственно отсталых детей. Признаки физического недоразвития чаще всего встречаются при ранних тяжелых поражениях мозга. Часто наблюдаются изменения внутренних органов, такие как врожденный порок сердца, нарушения работы желудочно-кишечного тракта, дефекты развития органов дыхания. Все эти факторы приводят к необходимости коррекции преподавания трудового обучения и других предметов, связанных с физической нагрузкой или моторной сферой деятельности.

2. Грубые локальные неврологические симптомы при олигофрении встречаются редко. Они могут проявляться при сочетании олигофрении с другими локальными поражениями центральной нервной системы. Но сравнительно нередко следующие симптомы:

- ◆ со стороны черепно-мозговых нервов: косоглазие, опущение верхнего века, нистагм (ритмичные движения глазного яблока), парез лицевого и подъязычного нервов;

- ◆ двигательные нарушения: нерезко выраженные парезы, изменения мышечного тонуса. У детей-олигофренов часто отмечаются задержки в развитии двигательных функций. Двигательные нарушения оказывают влияние на быстроту, ловкость, точность движений;

- ◆ несформированность речевой функции сказывается на освоении школьных предметов;

- ◆ со стороны рефлекторной сферы нередко наблюдаются патологические рефлексы, снижение или отсутствие рефлексов, оживление сухожильных и периостальных рефлексов;

- ◆ нарушения в работе анализаторов приводят к осложнению восприятия различных раздражений, вялости, малой активности, что сказывается на психической деятельности ребенка;

- ◆ нарушение вегетативной нервной системы — повышенная потливость, дистония сосудов, нарушения диэнцефальной области.

Все эти факторы диктуют необходимость коррекции системы образования и воспитания детей-олигофренов в зависимости от нарушений в их развитии.

3. Нарушения психической деятельности — основа дефекта при олигофрении. Клиническая картина психических нарушений зависит от следующих факторов:

- ◆ степени тяжести поражения ЦНС;
- ◆ характера патогенного агента;
- ◆ времени воздействия патогенного агента;
- ◆ вредных влияний в период активного формирования психических функций.

К патологии психического статуса детей-олигофренов относятся следующие особенности:

- ◆ малоактивность процесса восприятия окружающего мира. Представления детей-олигофренов обычно нечетки и малодифференцированы, причиной такого явления является пониженная реактивность коры. Выработанные условные связи у таких детей быстро угасают. Второстепенные признаки явлений и предметов обычно не фиксируются. Эти особенности памяти приводят к сложностям при изучении нового материала, следовательно, к необходимости многократного повторения пройденного материала;

- ◆ недоразвитие словесно-логического мышления приводит к трудностям в высказывании суждений, характеристике явлений окружающего мира. Олигофренам бывает трудно найти сходство или различие между предметами по характерным признакам, самостоятельно оценить ситуацию, приспособиться к изменяющимся обстоятельствам. Все это нередко вызывает неадекватные реакции и не вполне осмысленные формы поведения;

- ◆ нарушения волевой сферы у олигофренов отмечаются многими авторами. Слабость воли у детей-олигофренов проявляется в восприимчивости к чужому, нередко негативному влиянию. Внешне такая особенность выражается в хаотическом поведении, в преобладании произвольных движений и

действий. Дети-олигофрены из-за нарушений волевой сферы не проявляют настойчивости и инициативы в достижении цели, их поведение носит импульсивный характер. Внимание является одним из видов волевой деятельности, следовательно, с нарушением волевой сферы связаны и сложности постановки произвольного внимания. Произвольное внимание большинства детей-олигофренов неустойчиво — им трудно сосредоточиться на определенном предмете, что осложняет процесс их обучения. Но педагогическая практика показала, что в процессе обучения и воспитания объем внимания расширяется, оно становится более устойчивым;

◆ расстройства эмоциональной сферы также относятся к нарушениям психической деятельности. Эмоциональная сфера активизирует работу мышления, а следовательно, имеет немалое значение в процессе обучения. При тяжелых поражениях ЦНС чувства детей однообразны и неустойчивы, характеризуются двумя крайними состояниями — удовольствием и неудовольствием, возникают только при непосредственном воздействии раздражителя. Переживания детей с тяжелыми поражениями ЦНС непрочны и поверхностны. При незначительных поражениях ЦНС сфера чувств может значительно обогатиться в процессе воспитания и развития;

◆ расстройство речи является типичным нарушением даже при легкой степени умственной отсталости. У многих детей-олигофренов нарушается структура слова, страдает грамматический строй речи, контроль за собственной речью ослаблен. Речевая система формируется с задержкой. Все вышеперечисленные особенности требуют специализации системы воспитания и образования, ориентированного на детей-олигофренов.

Целью коррекционно-воспитательной работы с детьми с легкой степенью умственной отсталости является обучение их доступным знаниям и социальное адаптирование к самостоятельной жизни. Коррекционная работа с умственно отсталыми детьми включает несколько этапов.

1. Первый этап (4-8 лет) — работа по формированию санитарно-гигиенических навыков и развитию моторики. Дети приучаются к адекватному по-

ведению в общественных местах. Большое внимание уделяется развитию речи и познавательной деятельности, осуществляется подготовка к школьному обучению. Первый этап является наиболее важным в системе воспитания, образования и адаптирования умственно отсталого ребенка. От того, насколько будут усвоены первоначальные навыки и знания, зависит успешность дальнейшего обучения детей.

2. Второй этап (8-16 лет) — закрепление навыков самообслуживания и личной гигиены, проводится работа по обучению хозяйственно-бытовым навыкам. Дети обучаются счету и элементарной грамоте, большое внимание уделяется развитию связной речи.

3. Третий этап (16-18 лет) — социальная адаптация. Цель коррекционной работы с детьми при глубокой умственной отсталости — трудоустройство и дальнейшее приспособление к жизни в условиях окружающей социальной среды. Достижение этой цели осуществляется путем решения следующих задач:

- ◆ развитие психических функций и познавательной деятельности детей в процессе обучения. Коррекция недостатков психофизического развития детей. Основное внимание направляется на умственное развитие учащихся;

- ◆ формирование правильного поведения у детей с глубокими формами умственной отсталости;

- ◆ трудовое обучение и подготовка к посильным видам труда, физическое воспитание, ориентация на самообслуживание;

- ◆ бытовая ориентация и социальная адаптация.

К социальным средствам коррекции относятся создание оптимальной социальной среды и организация целенаправленного процесса обучения и воспитания, то есть создание специальной психолого-педагогической системы. Отношения в учебном коллективе детей-олигофренов вплотную зависят от личности учителя. Воспитание выступает как ведущий фактор формирования личности. Умелое воспитание способствует быстрейшему формированию способностей к самовоспитанию.

Методы и формы обучения в коррекционной школе

Олигофренопедагогика, как и любая область педагогической науки, включает в себя тесно связанные между собой части: дидактику (теорию обучения), теорию воспитания и школоведение. Дидактика включает в себя проблемы обучения и подготовки к социально-трудовой адаптации детей с отклонениями в развитии. Дидактика решает следующие задачи:

- Кого и зачем учить?
- Чему учить?
- Как учить?

На все эти вопросы необходимо ответить с точки зрения особенностей детей-олигофренов. Согласно классической теории олигофренопедагогике, обучение детей с отклонениями в интеллектуальном развитии сводится к сообщению учащимся определенной суммы общеобразовательных знаний, навыков и умений для подготовки их к самостоятельной жизни и соответствующему возможностям труду. Но это определение не учитывает особенностей личности — личность соединяет в себе соматическую структуру, тип нервной системы, познавательные, волевые и эмоциональные процессы, потребности и направленность, которые проявляются в поступках, переживаниях, суждениях и действиях. Это определение, относится и к ребенку с отклонениями в развитии, за одним исключением: биологический дефект развития детей-олигофренов делает личность таких детей еще более неповторимой, в сравнении с нормально развивающимся ребенком. Следовательно, помимо привития умственно отсталым детям навыков, умений и знаний, необходимо обратить внимание на их социальное и психическое развитие, приспособиться к особенностям личности каждого такого ребенка.

Существенной стороной процесса обучения в специальной школе являются мотивы учения. Мотивация может быть:

◆ положительной — стремление к знаниям, желание получить хорошую оценку или получить одобрение (родителей, учителей, сверстников). Задача учителя в этом случае — развить и укрепить мотивы;

◆ отрицательной — отрицательное отношение к школе и учебной деятельности особенно часто вырабатывается у детей, которые обучались в общеобразовательной школе и переносили насмешки одноклассников, а порой и учителей. Отрицательную мотивацию необходимо нейтрализовать, после чего воспитать положительную;

◆ нейтральной — при нейтральной мотивации, когда учащемуся безразлично получение знаний, ребенок не стремится к овладению специальностью и пр. В этом случае педагог-дефектолог также должен помочь ребенку выработать положительную мотивацию, сформировать положительные стереотипы в отношении обучения;

◆ сочетающей в себе разные мотивы, то есть сложной — такая мотивация также нуждается в коррекции. Упор необходимо сделать на положительную мотивацию.

Положительную мотивацию могут выработать такие занятия, как экскурсии, активное участие во внеклассной и внешкольной работе, моделирование проблемных ситуаций.

Принципы обучения в коррекционной школе практически не отличаются от обычных дидактических принципов, но специфика обучения детей с умственным недоразвитием вносит в них свои коррективы. Обучение — двусторонний процесс, состоящий из преподавания (т.е. активной деятельности педагога) и учения (активного познавательного процесса, в котором проявляются и формируются умственные качества учащегося).

К основным принципам обучения в специальной школе относятся следующие (Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития. Б.П. Пузанов, Н.П. Коняева и др.; Под ред. Б.П. Пузанова. М., 2001. С. 60-71):

1. Принцип развивающего обучения направлен на развитие личности ребенка, то есть на развитие потенциальных физических и умственных воз-

возможностей в специально созданных педагогических условиях. Для осуществления развития ребенка-олигофрена специальная школа создает следующие условия:

- ◆ обеспечивает длительный пропедевтический период, то есть подготовку учащихся к усвоению системы профессионально-трудовых и общеобразовательных навыков. У детей воспитываются навыки поведения в коллективе, навыки самообслуживания;

- ◆ трудовое обучение и воспитание — предметная ручная деятельность более доступна для понимания умственно отсталого ребенка, а следовательно, она позволяет постепенно приготовить ребенка к усвоению более сложных понятий, знаний.

2. Принцип воспитывающего обучения способствует воспитанию в умственно отсталом ребенке необходимых моральных и волевых качеств, что в итоге приводит к формированию характера. К этому принципу относятся следующие направления обучения:

- ◆ формирование научного понимания мира, законов мирового устройства, мировоззрения;

- ◆ воспитание положительно направленных нравственных качеств ребенка — упорства, трудолюбия, дисциплинированности;

- ◆ коррекция умственного развития включает в себя связь содержания обучения со склонностями, потребностями и интересами, то есть обучение является личностно ориентированным. Данная направленность необходима в работе с детьми-олигофренами, которые, как уже было сказано, еще более нуждаются в индивидуальном подходе, нежели нормальные дети;

- ◆ каждый урок включается в коррекционно-воспитательную работу, то есть не существует уроков, направленных лишь на объяснение общеобразовательного материала. Обучение идет в тесной взаимосвязи с личностным развитием.

3. Принцип систематичности и системности в обучении. В коррекционной школе восьмого вида объем общеобразовательных предметов меньше,

нежели в обычной общеобразовательной школе. Тем не менее, программа обучения представляет собой систему естественных и гуманитарных знаний, а трудовое обучение позволяет применять полученные знания на практике. Преподавание ряда предметов построено на концентрическом принципе, то есть дети изучают тему или раздел последовательно в нескольких классах, с постепенным расширением и углублением предлагаемого материала.

4. Принцип научности в обучении. Научное познание — это переход от внешнего описания явления или предмета к характеристике их сущности (внутреннего строения). В результате научных знаний формируется теория. Главным звеном школьных знаний являются основные исходные положения науки, которые должны усвоить учащиеся. Особенность коррекционной школы заключается в оптимальном усвоении доступного детям-олигофренам минимума школьных предметов. При этом важно не допустить примитивизма в преподнесении учебного материала.

5. Принцип доступности тесно связан с принципом научности. Процесс преподавания знаний в коррекционной школе тесно связан с особенностями интеллектуального развития учащихся. Доступность обучения вплотную зависит от связи новых знаний с особенностями мышления детей-олигофренов. Реализация этого принципа в коррекционной школе требует особого внимания, излишнее упрощение научных знаний может привести к примитивизации процесса обучения, тогда как усложнение учебного материала — к неуспеваемости учащихся и, как следствие, к отрицательной мотивации. В специальной школе важна связь новых знаний с уже усвоенными, потому как новое содержание требует новых операций мышления и непривычных для ученика рассуждений, практических действий. А по причине умственных дефектов этот процесс у детей-олигофренов затруднен.

6. Принцип наглядности обучения является одним из важнейших в коррекционной школе. Абстрактное мышление умственно отсталого ребенка слабо развито, как следствие, ему необходимо связывать полученные в звуковой форме знания с представлением о реальной жизни в образной форме.

Чувственные образы способствуют усвоению понятий, знаний, правил, теории. Одним из главных условий обучения детей-олигофренов является именно опора на чувственное познание детей, на их личный опыт. Важнейшей стороной организации чувственного познания и является наглядность обучения.

Наглядные пособия подразделяются на несколько групп:

◆ I группа — реальные предметы или явления (растения, животные, минералы, насекомые), использование их позволяет сблизить теоретические знания и реальную жизнь;

◆ II группа — изображения и модели предметов, явлений, которые могут заменить реальные предметы (крупных или вымерших животных, исторические эпизоды, природные явления);

◆ III группа — символические и схематические наглядные пособия (схемы, чертежи, карты) используются для лучшего усвоения и понимания закономерностей истории, математики и других предметов.

7. Принцип активности и сознательности предполагает формирование у учащихся сознательного понимания учебного материала, сознательного отношения к учебным занятиям, познавательной активности. Механическое усвоение приводит к быстрому забыванию полученных знаний, к неспособности применить их в реальности. Прежде всего сознательное отношение к обучению предполагает развитие познавательных интересов у детей. В коррекционной школе, особенно на ранних ступенях, активность и сознательность формируются исключительно благодаря профессиональным навыкам педагога. В старших классах сознательность проявляется обычно на уроках трудового обучения, что связано с осознанием учащимися необходимости получения профессии для дальнейшей адаптации в обществе.

8. Принцип прочности усвоения знаний является одним из важнейших. Минимум полученных в специальной школе знаний должен стать базой для дальнейшего формирования и углубления профессиональных навыков, необходимых для адаптации в самостоятельной жизни. Главное в усвоении

знаний — это повторение. Но в специальной школе повторение имеет свои особенности в связи с особенностями памяти детей-олигофренов. Прежде всего, повторение должно быть разнообразным по форме. Можно сформулировать следующие требования, предъявляемые к учебному процессу в плане прочности усвоения знаний:

- ◆ необходимо выделить главную мысль в том или ином учебном материале, которая определит весь путь объяснения и усвоения знаний. Понимание главной мысли способствует лучшему усвоению всего материала урока. Для усвоения материала используются объяснение на уроке, закрепление и повторение материала, практические работы;

- ◆ помимо главной мысли, учащийся должен хорошо усвоить все зависимые положения того или иного предмета. Главная мысль того или иного урока должна занимать определенное место в системе уже полученных знаний, обретенных умений и навыков;

- ◆ связь знания, умения и навыков с практикой обеспечивает их длительное сохранение в памяти и хорошее воспроизведение. Необходимо достичь понимания учащимися практического значения полученных знаний.

9. Принцип индивидуализации обучения имеет особое значение в специальной школе. Помимо коллективной учебной деятельности, каждый учащийся нуждается в индивидуальном подходе, зависящем от его психофизических характеристик.

10. Принцип дифференцированного подхода в обучении в олигофренопедагогике реализуется в следующих направлениях:

- ◆ дифференцированный подход к содержанию образования зависит от социально-географических, экономических и пр. условий региона;

- ◆ разделение класса на группы по способностям и степени обучаемости.

Совокупность методов обучения представляет собой путь познания окружающей действительности, который и предлагается учащимся коррекци-

онной школы. Существует несколько видов классификаций методов обучения:

1. Классификация по методам работы учащегося и педагога:

◆ способы преподавания: рассказ, беседа, объяснение, то есть приемы, в которых основная роль принадлежит учителю. Задача ученика сводится к пониманию, запоминанию и воспроизведению преподаваемого материала;

◆ способы учения: упражнения, самостоятельные и практические работы, то есть приемы, главная роль в которых принадлежит ученикам, учитель же контролирует усвоение знаний, помогает и поправляет учащегося.

2. Классификация И.Я. Лернера и М.Н. Скаткина основана на внутренней характеристике мыслительной деятельности учащихся.

3. Классификация Б.П. Есипова основана на выполняемой учебной задаче на определенных типах уроков. То есть та или иная учебная задача требует определенного метода.

4. Наиболее распространена в настоящее время классификация, подразделяющаяся по характеру познавательной деятельности на 3 группы по методам обучения:

1) словесные методы являются основной формой общения учителя с учениками. К ним относятся описание, рассказ, объяснение, беседа;

2) наглядные методы;

3) практические методы.

Рассмотрим словесные методы подробнее. Словесные методы изложения учебного материала являются наиболее важными в процессе преподавания в коррекционной школе. Именно словесные методы способствуют установлению контакта педагога и учащегося, что, в свою очередь, приводит к оптимизации процесса усвоения знаний. Помимо этого, слово учителя является образцом устной речи для учащихся, углубляет понимание речи окружающих, расширяет словарный запас детей. Так как значение учительской речи в процессе обучения очень высоко, к устному изложению учителем учебного материала предъявляются некоторые требования:

◆ научная достоверность учебного материала, излагаемого учителем, является необходимым условием успешного обучения;

◆ системное и последовательное изложение материала особенно важно для преподавателей коррекционной школы, о чем говорилось выше;

◆ доступность и понятность учебного материала — эти факторы также зависят от личности педагога и его способности связно, ясно и четко излагать новый материал, терпеливо объяснять непонятные моменты учащимся. Дети-олигофрены испытывают определенные сложности даже с усвоением ограниченного количества знаний;

◆ излагаемый материал должен быть интересным для учащихся; сознательный интерес способствует лучшему пониманию и усвоению знаний. Урок становится более интересным, а следовательно, и более эффективным в том случае, если учитель приводит примеры из окружающей жизни, трудовой деятельности, близкие учащимся;

◆ устное изложение материала необходимо сочетать с наглядными и практическими занятиями, то есть на уроках нужно пользоваться наглядными пособиями, графическими и иллюстративными работами, материал нужно закреплять с помощью самостоятельных работ и упражнений;

◆ целостность, завершенность и познавательная ценность — необходимые требования к содержанию излагаемого учителем материала.

Также к необходимым качествам учителя-дефектолога относятся хорошая дикция, выразительная речь, правильное построение фраз.

Рассказ является одним из основных методов обучения в специальной школе. Рассказом называется форма изложения учебного материала, которая представляет собой словесное описание событий, явлений, фактов. Как метод, рассказ может быть использован на различных этапах урока. Рассказ используется для сообщения новых знаний, если материал не требует теоретических доказательств; для сообщения дополнительных знаний. Рассказ может занимать самостоятельное место на уроке или включаться в процесс объяснения на различных этапах. В начале урока рассказ подготавливает учащихся к

усвоению нового материала, в конце — обобщает изученное, если ученики не могут этого сделать самостоятельно. В коррекционной школе к рассказу предъявляются некоторые требования. Прежде всего, рассказ должен быть четко определен по теме и содержанию. Рассказ запоминается и усваивается значительно легче, если все сведения объединены единой задачей. Изложение рассказа должно быть последовательным и систематичным. Эмоциональность также важна для рассказа. Рассказ учителя всегда должен быть адекватен конкретной ситуации, недавним событиям и психологическим особенностям учащихся. Четкость структуры обязательна для рассказа в коррекционной школе.

Объяснением называется метод овладения теоретическим учебным материалом. Для пояснения важно получение обратной связи. То есть неотъемлемой частью данного метода является постановка вопросов, помогающих понять затруднения учащихся и устранить их; самостоятельные задания также помогают уяснить непонятные места излагаемого материала. Обратная связь помогает учителю совершенствовать объяснение, вносить корректировку объяснений непосредственно по ходу урока.

Особенностью этого метода являются теоретические доказательства, то есть:

- ◆ постановка познавательной задачи, адекватной уровню знаний и развития учащихся;
- ◆ строгий подбор фактического материала;
- ◆ определенная форма рассуждений (аналитическое и синтетическое объяснение, наблюдения и выводы, индукция или дедукция);
- ◆ использование иллюстративного материала (схем, рисунков, картин);
- ◆ формулировка выводов;
- ◆ дополнительные разъяснения, если они необходимы в связи с конкретной ситуацией обучения. Например, для слабых учащихся придется изложить часть материала на более доступном уровне.

Беседа представляет собой вопросно-ответную форму овладения материалом. Главным требованием метода беседы является система продуманных вопросов и предполагаемых ответов учащихся. Вопросы должны быть взаимосвязаны, подчинены идее урока, поставлены на доступном учащимся уровне. То есть для более слабых учеников следует задавать конкретные вопросы, требующие односложного, краткого ответа или ответа в форме картинки, рисунка и пр. Вопрос, заданный более сильному учащемуся, предполагает развернутый ответ. Предполагая строить урок в форме беседы, учитель должен продумать вопросы и возможные ответы учащихся, а также ряд уточняющих, вспомогательных вопросов на тот случай, если ответ будет неверным. Вопрос должен ставиться перед всем классом, тогда учащиеся будут более активно включаться в работу на уроке. Использование на уроке вопросно-ответного метода имеет ряд преимуществ:

- ◆ беседа способствует развитию речи и понимания учащихся;
- ◆ использование различных формулировок вопросов позволяет углублять знания ученика;
- ◆ различная степень трудности задаваемых вопросов способствует индивидуализации обучения;
- ◆ беседа способствует развитию связной речи у детей, способности излагать свои мысли.

Вопросы могут быть заданы как в устной, так и в письменной форме. Последняя форма беседы позволяет работать не только над устной, но и над письменной речью учащихся. Письменные вопросы также помогают учителю понять глубину и степень усвоения учениками материала, умение логически построить свой ответ.

Работа с учебником — один из действенных методов овладения учебным материалом. Основные требования по работе с учебниками и книгами:

- ◆ каждый учащийся должен иметь учебник, уметь находить изучаемое место;

◆ учитель должен провести краткий инструктаж по выполнению задания (указать тему урока, найти абзац или параграф, правило и др.), после чего проверяется, правильно ли усвоены инструкции. Учащиеся должны четко представлять характер работы: какова последовательность учебных операций, какой материал необходимо воспроизвести;

◆ учащиеся должны научиться находить главное, опорные пункты в процессе работы с учебником, не отвлекаясь на попутную информацию.

Метод демонстрации позволяет развивать элементарные представления учащихся, учит детей наблюдать предмет, явление, выделять в них основные черты, сравнивать и пр. К демонстрации предъявляются следующие требования:

◆ демонстрируемый объект должен быть хорошо виден всем учащимся;

◆ нельзя допускать предварительный осмотр демонстрируемого учащимися. В связи с их особенностями восприятия и внимания необходимое пособие нужно показывать только в момент объяснения;

◆ каждый учащийся должен действовать в соответствии с поставленной задачей и обращать внимание на те части демонстрируемого объекта, которые связаны с изучаемой на уроке темой;

◆ учащимся необходимо давать задание описать объект словесно, это способствует развитию наблюдательности и формированию правильной, логичной речи;

◆ дети должны формулировать итоги наблюдений на максимально доступном для них уровне.

Демонстрировать объект можно перед или после объяснения учебного материала. Демонстрации натуральных объектов способствуют развитию представлений учащихся об окружающем мире. Исследование объектов способствует развитию круга элементарных представлений, обогащает чувственный опыт детей-олигофренов, дает конкретный материал для развития и коррекции речи учащихся. Демонстрация моделей на начальном уровне проводится одновременно с демонстрацией натуральных объектов. Первоначаль-

но берутся уменьшенные копии натуральных вещей. Таким образом можно развить у ребенка умение сравнивать и соотносить натуральный объект с его моделью. На следующем этапе следует перейти от работы с отдельными предметами к работе с группами предметов.

Лабораторные опыты также важны в работе с умственно отсталыми детьми. Они помогают развить навыки самостоятельной работы и наблюдательность. Первые лабораторные работы должны проводиться как работы-наблюдения, в процессе которых постепенно накапливается фактический материал. На основании этого материала школьники могут сделать обоснованный вывод. И еще один вид лабораторных работ применяется в обучении детей-олигофренов — работы-подтверждения сформулированных педагогом правил, выводов.

Экскурсия как метод обучения получила достаточно широкое распространение в специальной школе восьмого вида. Экскурсии могут быть общеобразовательной направленности или иметь специальное учебное назначение. Любой вид экскурсии требует тщательной организационной подготовки. В процессе экскурсий дети учатся наблюдать объекты в реальных условиях.

Применение наглядных методов в обучении умственно отсталых детей создает условия для более полного усвоения ими учебного материала. Использование наглядных методов позволяет подготовить учащихся к изучению более сложной техники в профессиональном обучении. Зрительные образы изучаемого материала быстрее формируются и дольше сохраняются в памяти, чем создаваемые только на основе речевого сообщения; именно этим объясняется эффективность применения наглядных средств. Применяя наглядные средства, необходимо учесть особенности восприятия детей-олигофренов:

- ◆ неполнота формируемого образа (мелкие детали опускаются, пропорции, размеры деталей нарушаются);
- ◆ связь восприятия с предыдущим опытом неполноценна;

- ◆ связь между формируемым предметным образом и функциональным назначением предмета недостаточно осознана;
- ◆ мысленное воссоздание образа объемного предмета вызывает трудности;
- ◆ свойства предмета неполно отражаются в речи учащегося;
- ◆ предметные образы с трудом удерживаются в долговременной и оперативной памяти.

Особенно важны наглядные пособия в преподавании предметов природоведческого цикла, направленных на формирование естественнонаучных знаний. Тем более, что знания об окружающем мире и природе у школьников с нарушениями интеллектуального развития ограничены по сравнению с учащимися других типов школ. Получаемые детьми сведения значительно меньше в объеме, ограничиваются в глубине раскрытия причинно-следственных связей, упрощены по структуре и содержанию предлагаемой информации. Дети с нарушениями интеллектуального развития не изучают такие предметы, как физика и химия, хотя исследования показали возможность усвоения учащимися элементов физики. Знания по естественным наукам в коррекционной школе восьмого вида в основном формируются на материале естествознания и географии. Но даже по этим предметам объем знаний в специальной школе ограничен, количество специальных терминов значительно уменьшено.

Каждый из предметов естествоведения имеет свои специальные методы и приемы обучения, учитывающие содержание предмета и возможности школьников с нарушениями интеллекта. Содержание естествоведческого курса предусматривает усвоение элементарных естественнонаучных понятий и формирование умений оперировать ими в повседневной деятельности. Преподавание предметов направлено не только на формирование естественнонаучных знаний, но и на коррекцию недостатков умственного и психического развития. При знакомстве с живой и неживой природой у учащихся развиваются наблюдательность, внимание, память. Наблюдения за объектами и яв-

лениями природы, обобщение полученных материалов способствует коррекции мышления учащихся.

Урок как основная форма обучения

Урок является основной формой организации учебной работы в школе, это часть педагогического процесса. Каждый урок является этапом в формировании знаний, умений, навыков, в развитии положительных качеств у учащихся. Но при этом каждый урок должен характеризоваться целостностью, завершенностью, решать конкретную образовательную задачу.

В специальной школе урок представляет собой сложную дидактическую систему. Урок состоит из следующих частей:

- ◆ содержание — проявляется через слово учителя, учебник, художественную литературу, наглядные средства и пр.;
- ◆ различные звенья обучения — усвоение нового материала, закрепление и проверка усвоения, повторение, использование новых знаний, умений, навыков на практике;
- ◆ различные методы и приемы обучения;
- ◆ коррекционная направленность урока.

На каждом уроке решаются три дидактические задачи: обучение, воспитание, коррекция. В связи с этим к уроку предъявляются следующие требования:

- ◆ связь данного урока с предыдущим материалом и подготовка к изучению последующего;
- ◆ достоверность, научность и связанность с реальностью сообщаемых знаний;
- ◆ доступность знаний в зависимости от психофизической характеристики и способностей учащихся;
- ◆ активизация познавательной деятельности учащихся на уроке;
- ◆ дифференцированный подход в процессе обучения;

- ◆ научная организация педагогического процесса на уроке — оптимальная организация труда учащихся, выбор форм и методов, адекватных поставленным задачам;

- ◆ оборудование урока пособиями должно соответствовать его дидактической цели;

- ◆ соответствие структуры урока поставленным задачам, взаимосвязь и соответствие частей урока.

Коррекционная направленность особо значима в специальной школе. Практически на всех общеобразовательных уроках, уроках труда проводится коррекция мышления, памяти и речи учащихся. Коррекция физических недостатков, двигательной сферы проводится на уроках физического воспитания. На уроках изобразительного искусства, ручного труда, пения и музыки происходит развитие фонематического слуха, цветовосприятия, пространственного восприятия, ритмики. То есть любой урок в специальной школе активно содействует формированию положительных качеств личности. Образовательная и коррекционная стороны урока придают воспитывающую направленность учебной деятельности. Роль учителя — определить и реализовать конкретные воспитательные задачи в зависимости от направленности урока. Воспитание наблюдательности будет уместной целью в том случае, если на уроке приходится анализировать процессы или объекты, формировать навыки самостоятельной работы. На уроках производственного труда можно выработать ответственность как личную, так и коллективную.

Вне зависимости от направленности и целей урока, необходимо учитывать личный опыт учащихся. Ученикам интереснее и доступнее изучать материал, если он связан с известными и близкими знаниями, с окружающим миром.

Необходимым составляющим любого урока является контроль за учебной деятельностью. Контроль процесса обучения позволяет учителю определить характер и объем понимания и усвоения учащимися учебного материала, уровень сформированности умений и навыков. Анализ процесса обуче-

ния, еще одна составляющая учебной работы, помогает учителю корректировать урок с целью развития положительных и снижения отрицательных моментов.

В зависимости от дидактической задачи урока выделяются следующие основные типы уроков.

1. Вводный урок. В процессе вводного урока осуществляется подготовка учащихся к восприятию нового материала. На этом уроке необходимо установить, систематизировать имеющиеся у учащихся знания по тому или иному вопросу и сообщить некоторые общие сведения, необходимые для осмысленного восприятия нового материала.

2. Формирование новых знаний (урок-сообщение). На этом уроке основное внимание уделяется изучению нового материала.

3. Обобщающий (повторительно-обобщающий) урок. В процессе урока систематизируется изученный по той или иной теме материал.

4. Контрольный урок. Учащиеся в ходе урока выполняют проверочные и контрольные работы. Контроль полученных знаний может осуществляться в письменной или устной форме.

5. Урок формирования и закрепления умений и навыков. На уроке этого типа основное внимание уделяется практической деятельности.

6. Комбинированный урок сочетает в себе различные виды работ — объяснение, закрепление, проверку и др.

Уроки профессионально-трудового обучения в учебных мастерских и на пришкольном участке отличаются по своей организации от традиционных форм урока.

Оценка знаний — неотъемлемая часть процесса обучения. Знания учащихся коррекционной школы оцениваются по тем же параметрам, что и в общеобразовательной школе, но с учетом психофизических особенностей учащихся и требований программы коррекционного обучения. Объективная оценка знаний, умений и навыков учащихся достигается сочетанием различных видов проверки знаний. В коррекционной школе оценка играет роль сти-

мулирующего фактора, поэтому допустимо работу некоторых учеников оценивать более высоким баллом. При оценке знаний учащихся следует учитывать их индивидуальные особенности. Например, не следует снижать балл за помарки, небрежный почерк, неаккуратность ребенка, страдающему нарушением моторики. Ученику с низким уровнем интеллектуального развития можно предложить более легкий вариант задания.

Текущая оценка знаний, навыков, умений позволяет своевременно обнаруживать пробелы в знаниях отдельных учащихся, принимать меры к их устранению, предупреждать неуспеваемость.

Итоговая оценка знаний выводится по результатам повседневного устного, индивидуального и фронтального опроса учащихся, выполнения ими домашних и классных работ, на основании текущих и итоговых контрольных работ по изучаемому материалу.

Текущие контрольные работы направлены на проверку усвоения изучаемого материала. Содержание текущих контрольных работ определяется учителем.

Итоговые контрольные работы ориентированы на объективное установление уровня овладения учеником необходимыми знаниями, умениями и навыками. Итоговые контрольные работы проводятся после изучения отдельных тем программы, а также в конце учебной четверти, полугодия, года.

Структурой урока называется соотношение и последовательность проведения этапов урока, способствующих решению поставленных задач. Для каждого типа урока сложилась определенная структура. Выделяются следующие общие элементы урока:

- ◆ организация начала урока занимает несколько минут. От организационного момента в коррекционной школе зависит эффективность последующих частей урока;
- ◆ проверка усвоения изученного материала (проверка домашнего задания) — учитель проверяет, все ли выполнили задания, выясняет моменты,

вызвавшие затруднение у учеников, определяет типичные ошибки, допущенные при выполнении работы;

- ◆ подготовка учеников к усвоению нового материала — если не было домашнего задания. Эта часть урока ориентируется на воспроизведение знаний, которые будут использованы в процессе объяснения. Смысл этой части урока состоит в проверке знаний и в подготовке к изучению нового материала;

- ◆ постановка цели и задачи урока активизирует внимание учащихся и способствует формированию первоначального интереса к изучаемому предмету;

- ◆ объяснение нового материала — важная часть урока. Объяснение представляет собой научное изложение содержания учебного материала. Логика научных доказательств должна быть доступной для умственно отсталых детей и опираться на имеющиеся у них знания. Также важные особенности этой части урока — простая и убедительная форма изложения, использование, при необходимости, демонстрационных объектов. Все это ориентировано на хорошее понимание и усвоение учащимися нового материала. Объяснение может включаться и в другие части урока, если материал требует повторного объяснения на более доступном уровне;

- ◆ упражнения по новому материалу, или закрепление, представляет собой систему упражнений, самостоятельных работ и специальных заданий. Закрепление проводится учителем после объяснения нового материала. В процессе закрепления внимание сосредоточивается на сочетании теории и практики, опыта учащихся, на процессе формирования определенных умений и навыков. На этом этапе урока важны разнообразие используемых форм закрепления изученного и дифференцированный подход к учащимся. Закрепление материала может быть в форме устного повторения выводов учителя, записи основных положений в тетради, нахождения сказанного в тексте учебника, ответов на заранее подготовленные вопросы, работы с дидактическим материалом и др.;

◆ закрепление и повторение изученного — это систематизация, воспроизведение учебного материала по темам, разделам. Данный этап работы особенно сложен в коррекционной школе восьмого вида по причине особенностей развития детей-олигофренов. Познавательная деятельность умственно отсталых детей характеризуется слабостью процессов анализа и обобщения, им сложно самостоятельно выделить основные идеи и положения изученного материала. Очень часто дети запоминают несущественные детали, упуская основное, путают причину и следствие. Поэтому учителю необходимо заранее наметить план повторения. Для повышения эффективности процесса повторения необходимо разнообразить его формы;

◆ подведение итогов урока — в процессе данного этапа учитель воспроизводит основное содержание урока, выделяет положительные и отрицательные моменты в работе учеников;

◆ сообщение домашнего задания и подготовка учащихся к домашней работе — ответственный этап урока. Домашнее задание помогает детям научиться самостоятельному усвоению знаний, освоить и закрепить полученный на уроке материал. Сообщая задание на дом, учитель должен разъяснить способы его выполнения. Главная задача этого этапа урока — помочь ученикам организовать свой домашний труд. Необходимо убедиться, что каждый ученик записал домашнее задание в дневник, понял способы его выполнения, умеет пользоваться учебником. Не рекомендуется давать домашнее задание в последние минуты урока, потому что внимание учащихся в это время рассеивается, они ожидают звонка. После сообщения задания рекомендуется спросить нескольких учеников о том, насколько они поняли учителя.

Подготовка учителя к уроку — неотъемлемая часть педагогической работы. Особенно важно правильно подготовиться к уроку в коррекционной школе, где усвоение знаний учащимися вплотную зависит от подготовки учителя. Важной частью подготовки к урокам является планирование. Планирование уроков состоит из нескольких этапов.

1. Тематическое планирование урока — распределение материала темы на определенное количество уроков. Также учитель должен наметить последовательность изучения темы по урокам, определить цели и задачи, примерное содержание каждого урока и предполагаемые методы работы. Тематическое планирование обычно содержит следующие элементы:

- ◆ название темы урока;
- ◆ цели и задачи — образовательные, воспитательные, коррекционные;
- ◆ основное содержание материала урока;
- ◆ способы подачи материала;
- ◆ возможные наблюдения, использование наглядных пособий, технических средств обучения;
- ◆ предполагаемые формы контроля усвоения материала;
- ◆ календарные сроки проведения уроков.

Тематическое планирование создает возможность комплексного подхода к изучению учебных предметов, облегчает учителю подготовку к каждому уроку.

2. Поурочное планирование — разработка конкретного плана проведения отдельного урока — зависит от тематического планирования. План урока включает в себя следующие пункты — дата, название темы, цели и задачи; оборудование, ход урока, анализ результатов, задание на дом. Элементы поурочного планирования:

- ◆ уточнение темы и содержания материала урока;
- ◆ конкретные образовательные, воспитательные и коррекционные задачи урока;
- ◆ определение типа и структуры урока;
- ◆ планирование хода урока в зависимости от его этапов и структурных элементов.

На основе плана урока пишется конспект урока: составляются краткие тезисы действий учителя, содержания и проведения учебной работы. Это

позволяет выделить основные моменты в содержании и методах проведения учебного занятия.

Соотношение частей урока может меняться в зависимости от содержания работы и поставленной учебной задачи. Некоторые из этапов урока занимают главное место, другие — вспомогательное или вовсе отсутствуют. В связи с этим и в зависимости от типа урок строится различным образом. Но в любом случае должно соблюдаться единство структуры урока, то есть элементы не должны быть разрозненными, каждый из них отвечает основной задаче урока.

Состав уроков в зависимости от типов

Урок сообщения новых знаний

Основной частью данного типа урока является объяснение нового материала, но эффект урока зависит от успешного воплощения всех его компонентов. Каждый элемент содействует успеху всего урока. В начале урока преподаватель может сосредоточить внимание учащихся на положениях нового материала, которые носят коррекционный характер. При проверке домашнего задания необходимо воспроизвести положения, имеющие непосредственное отношение к объяснению нового материала, а следовательно, данное на предыдущем уроке домашнее задание должно носить подготовительный характер.

Закрепление на уроке сообщения новых знаний имеет вспомогательное значение и проводится в основном для проверки того, насколько учащиеся восприняли новый материал. Следовательно, закрепление не выделяется как самостоятельный элемент урока, а включается в ряд заданий системы объяснения. Обычно урок данного типа имеет следующую структуру:

1. Организация начала урока.
2. Цели и задачи.

3. Подготовка к объяснению нового материала (воспроизведение изученного ранее материала, активизация внимания учеников, проверка домашнего задания).

4. Объяснение нового материала.

5. Итоги урока. Оценка знаний учащихся.

6. Домашнее задание.

Урок закрепления

В начале урока данного типа необходимо проверить готовность каждого ученика к работе, удобно расположить учебные принадлежности. Успешно проведенная организационная часть урока способствует эффективному проведению всего урока.

При постановке цели урока необходимо напомнить учащимся основные положения, лежащие в основе практической деятельности. В основной части урока содержатся практические задания и самостоятельная работа. Успех урока зависит также от подбора упражнений с учетом психофизических особенностей учащихся.

Уроки закрепления знаний несут особую коррекционную нагрузку: это уроки тренировки самостоятельности, работоспособности, воли. Именно поэтому к проведению данного типа уроков нужно отнестись внимательно.

Урок закрепления обычно организуется следующим образом:

1. Организация начала урока.

2. Цель и задачи урока.

3. Закрепление.

4. Итоги урока, оценка работы учеников.

5. Домашнее задание.

Повторительно-обобщающий урок

Особенность повторительно-обобщающих уроков состоит в точной оценке границ учебного материала, который может быть вынесен для повторения. Необходимо выделить основные идеи, понятия, положения и термины, подобрать соответствующие вопросы и задания. Урок повторения и

обобщения также несет коррекционную нагрузку. При повторении, посредством изучаемых событий и фактов, усиливается внимание к воспитательной стороне обучения. Так же на этом уроке учитель мало объясняет, роль преподавателя сводится к направлению познавательной деятельности учащихся. А это важно для коррекции форм мыслительной деятельности умственно отсталых детей, таких, как обобщение, абстрагирование, выявление закономерностей на основе отдельных явлений и фактов.

Повторительно-обобщающий урок состоит из следующих этапов:

1. Организация начала урока.
2. Постановка целей и задач.
3. Систематизация и обобщение учебного материала.
4. Итоги урока, оценка знаний.
5. Задание на дом.

Комбинированный урок

Комбинированный урок представляет собой комбинацию всех элементов, которые в данном случае имеют равноценное значение. Сочетание разнообразных форм работы на одном уроке делает его эффективным в коррекционной школе, различные формы работы помогают преодолеть однообразие, стимулируют познавательную деятельность учащихся. Комбинированный урок состоит из следующих равноценных элементов:

1. Организация начала урока.
2. Проверка домашнего задания.
3. Постановка целей и задач урока.
4. Объяснение нового материала.
5. Закрепление и повторение изученного.
6. Подведение итогов урока, оценка знаний.
7. Домашнее задание.

Вводный урок

На вводном уроке учащиеся подготавливаются к восприятию и усвоению нового материала. Вводный урок помогает учащимся систематизировать

имеющиеся у учеников знания по тому или иному вопросу и сообщает сведения общего характера, необходимые для усвоения последующего материала.

Вводный урок состоит из следующих элементов:

1. Организация начала урока.
2. Проверка домашнего задания.
3. Цели и задачи урока.
4. Систематизация знаний учащихся.
5. Подведение итогов.
6. Домашнее задание.

Контрольный урок

Проведение контрольного урока более, чем любого другого, нуждается в дифференцированном подходе к учащимся. Дифференцированный подход реализуется путем подбора различных по сложности и объему контрольных заданий, в зависимости от индивидуальных особенностей детей. Учитель должен напомнить учащимся, в каких случаях можно обратиться к нему за помощью. Наиболее слабым учащимся необходимо оказывать постоянную помощь, по мере необходимости, не акцентируя на этом внимания. Также в состав этого урока входит предварительный анализ итогов работы. Он состоит в сообщении учащимся, как они работали: быстро или медленно, спокойно или волновались. Домашнее задание после контрольной работы обычно не дается. Контрольный урок состоит из следующих структурных элементов:

1. Объяснение цели контрольной работы и инструкция по ее выполнению. Проверка готовности учащихся к выполнению задания.
2. Ознакомление с содержанием контрольного задания и способами его выполнения.
3. Самостоятельная работа школьников.
4. Предварительное подведение итогов работы.

Математика

(особенности преподавания, план-конспект)

Одно из направлений подготовки учащихся с нарушениями интеллектуального развития к самостоятельной жизни — обучение детей математике. Работа по формированию элементарных математических представлений начинается с дошкольных учреждений для умственно отсталых детей. В течение четырех лет дети учатся оперировать предметными множествами, сравнивать объекты по величине, форме, ориентироваться в пространстве и времени, выполнять простейшие измерения с помощью условных мерок, знакомятся с числами и арифметическими действиями (сложением и вычитанием) в пределах 5. В программе по математике учитываются различные возможности умственно отсталых учащихся в овладении учебным материалом.

Овладение даже элементарными математическими понятиями требует от ребенка достаточно высокого уровня развития таких процессов логического мышления, как анализ, синтез, обобщение, сравнение. Поэтому учитель, прежде чем приступить непосредственно к самой теме, должен выяснить, какие именно особенности усвоения математических знаний, умений и навыков имеются у детей с выраженными нарушениями интеллекта. У умственно отсталых детей с диагнозом «имбецильность» нарушение интеллекта более тяжелое, чем при диагнозе «дебильность».

Детям с выраженными нарушениями интеллекта свойственна полная неспособность к отвлечению от конкретной ситуации. Суждения детей с нарушениями интеллектуального развития бедны, и большая их часть заимствована у окружающих. Логические процессы проходят на очень низком уровне. Возможно обучение таких детей порядковому счету, механическое заучивание таблицы умножения, отвлеченный счет недоступен. Словарный запас мал, ограничен названиями отдельных предметов. Речь маловыразительна, фразы короткие, аграмматичные. У детей с выраженными нарушениями интеллекта часто встречается косноязычие.

Дети с тяжелой умственной ограниченностью:

- ◆ не могут долго продолжать одну и ту же деятельность;
- ◆ не обладают способностью понимать простейшие сообщения;
- ◆ не могут усвоить социальные нормы поведения;
- ◆ не могут принимать участие в процессе школьного обучения, вследствие хронических заболеваний или их последствий.

Отношение к учебе определяется способностью ученика воспринимать, усваивать, а также воспроизводить полученные знания.

Этому могут препятствовать:

- ◆ отсутствие познавательного интереса;
- ◆ стереотипность в усвоении знаний, мешающая восприятию нового материала;
- ◆ затруднения в способности высказаться;
- ◆ неспособность понимать задание и неправильное расчленение задания (понимание его частями);
- ◆ непредсказуемая реакция на ощущения при обучении с использованием ручного труда;
- ◆ отсутствие возможности обучения из-за быстрой утомляемости;
- ◆ плохая память;
- ◆ неспособность к коммуникативному поведению, вследствие ограниченности в высказываниях.

Трудности при обучении математике вызываются также несовершенством зрительного восприятия и моторики учащихся. Они часто путают цифры 3, 6 и 9, 2 и 5, 7 и при чтении, и при письме под диктовку. Несовершенство моторики детей с выраженными нарушениями интеллекта создает значительные трудности в пересчете предметов: ученик называет один предмет, а берет или отодвигает сразу несколько предметов, то есть название чисел опережает показ или, наоборот, показ опережает название чисел.

У детей-имбецилов с большим трудом вырабатываются новые условные связи, а возникнув, они оказываются непрочными и, главное, недифференцированными. Слабость дифференциации нередко приводит к уподобле-

нию знаний. Причины уподобления знаний неоднородны. Одна из причин, по мнению исследователей, состоит в том, что приобретенные знания сохраняются неполно, неточно, объединение знаний в системы происходит с трудом. Другая причина слабой дифференциации математических знаний состоит в том, что происходит отрыв математической терминологии от конкретных представлений, непонимание конкретной ситуации задачи, математических зависимостей и отношений между данными, а также между данными и искомыми. Отмечается «застревание» на принятом способе решения примеров, задач. Бедность словаря, непонимание значений слов и выражений создают значительные трудности в обучении математике.

Трудности в обучении математике детей-имбецилов усугубляются слабостью регулирующей функции мышления. Таким детям свойственна не критичность, слабость самоконтроля.

Для успешного обучения детей с выраженными нарушениями интеллекта учитель должен хорошо изучить состав учащихся, знать причины умственной отсталости каждого ученика, особенности его поведения, определить его потенциальные возможности, с тем, чтобы наметить пути включения его в работу.

Математические понятия выражают сложные отношения и формы действительного мира: количественные, пространственные, временные представления, представления о форме и величине.

Абстрактность объектов математики, с одной стороны, и конкретность наглядно-действенного и наглядно-образного характера мышления младших школьников, с другой, — создают объективные трудности в отборе содержания знаний, методов и способов их представления для обучения.

Соответственно, можно определить содержание знаний, с которыми дети должны поступать в школу:

◆ количественные представления (счет, счетные операции, решение арифметических задач). Сюда входит прямой и обратный счет, знание последовательности чисел, счет с помощью различных анализаторов (зрительного,

слухового, тактильного), счет групп предметов, деление целого на части, упражнения в запоминании чисел, сопоставление совокупности предметов, независимость числа предметов от их размера и формы расположения, порядковый счет, цифры, решение текстовых арифметических задач, представления о множестве и подмножестве;

- ◆ представления о величине предметов и ее измерении (высота, ширина, толщина и прочее);

- ◆ представления о геометрических фигурах и форме предметов;

- ◆ представления о времени (времена года, дни недели, части суток);

- ◆ представления о пространстве (ориентировка в окружающей действительности, в схеме собственного тела, на противоположном объекте, на плоскости листа бумаги).

Основываясь на экспериментальном изучении особенностей овладения детьми с нарушениями интеллекта математическими знаниями и на психофизических особенностях таких детей были разработаны специальные методики обучения математике умственно отсталых школьников.

Центральным понятием математики является понятие числа. Усвоение этого понятия возможно при достаточном развитии у учащегося мыслительных операций (анализа, синтеза, абстрагирования, обобщения, сравнения, классификации). Своеобразие мыслительной деятельности умственно отсталых детей, недостатки словесно-логической формы мышления обуславливают возникновение трудностей в процессе формирования у учащихся абстрактных математических понятий и закономерностей. Но при этом исследования доказали, что математика содержит необходимые предпосылки для коррекции интеллекта и личности умственно отсталых учащихся, для развития познавательных возможностей.

Производились многие попытки разработать методику изучения чисел в коррекционной школе. На данный момент наиболее часто используется метод изучения чисел на основании аксиом Дж. Пеано:

- ◆ существует число 1, которое не следует ни за каким числом;

- ◆ за каждым числом следует только одно число;
- ◆ каждое последующее число на 1 больше предыдущего, предыдущее на 1 меньше последующего;
- ◆ натуральный ряд чисел бесконечен.

В обучении детей с нарушениями умственного развития нумерации многозначных чисел реализуется принцип от общего к частному, благодаря чему:

- ◆ учащийся овладевает логически обусловленным обобщением знаний о первых трех разрядах (единицы, десятки, сотни) в понятии «класс»;
- ◆ учащиеся осознают очевидности общего и различного между одноименными разрядами класса единиц и класса тысяч;
- ◆ выявляется аналогия в нумерации трехзначных и шестизначных чисел;
- ◆ коррекционно-развивающий потенциал учебного материала данного раздела курса математики используется в установлении аналогий, анализе, сравнении и обобщении имеющихся знаний.

В системе нумерации многозначных чисел основой является нумерация чисел первого класса. Применение моделирования позволяет сформировать у школьников наглядный обобщенный образ, пространственную схему строения шестизначных чисел.

Основа успешного освоения программы по математике учащимися с отклонениями умственного развития — это знание учителем возможностей учеников, темпов их работы, особенностей личностного развития.

План-конспект урока математики в 1 классе коррекционной школы '

Тема: «Понятие о количестве»

Цель урока: сформировать у учащихся понятие о количестве.

Задачи:

1. Познакомить с понятием количества.

2. Помочь детям понять значение слов «одинаково», «поровну», «столько же».

Тип урока: урок сообщения новых знаний.

Методы и приемы: наглядные (использование наглядных пособий), практические, объяснение, беседа.

Оборудование: коробки с различными небольшими предметами (пуговицы, желуди, палочки и т.д.).

План урока:

1. Организационный момент — подготовка учащихся к уроку.
2. Пропедевтический момент (восстановление в памяти учащихся опыта и знаний, способствующих восприятию нового материала).
3. Переход к новой теме. Объяснение новой темы с использованием наглядных пособий.
4. Закрепление нового материала с помощью наглядных пособий.
5. Домашнее задание по изученной теме (ответить на вопросы к картинкам: сколько блюдец? Сколько чашек? Чего больше, чего меньше? Соответствует ли их количество друг другу?).
6. Итоги урока. Оценки работы учащихся.

Русский язык

(особенности преподавания, план-конспект)

Русский язык — один из основных предметов в специальной школе. Программа по русскому языку включает в себя следующие разделы:

- ◆ обучение грамоте;
- ◆ развитие устной речи на основе ознакомления с предметами и явлениями окружающей действительности;
- ◆ чтение и развитие речи;
- ◆ грамматика, правописание, развитие речи.

Обучение русскому языку важно в плане коррекции и практической направленности. Коррекционная направленность программного материала прежде всего заключается в области речевого развития детей, так как фор-

мирование речи как средства общения облегчает адаптацию детей по окончании школы. В процессе обучения проводится работа над устранением недостатков всех сторон речи ребенка. Практическая направленность преподавания русского языка умственно отсталым школьникам также имеет важное значение. Практическая направленность проявляется прежде всего в специальных уроках развития устной речи (начальная школа). Именно на уроках развития устной речи происходит интенсивное обогащение словаря, синтаксических конструкций и связной речи детей с умственными нарушениями. Работа по развитию устной и письменной связной речи продолжается на всех других уроках русского языка.

В программе коррекционной школы сформировались следующие задачи преподавания русского языка:

1. Научить детей правильному и осмысленному чтению доступного для них текста.

2. Выработать достаточно прочные навыки грамотного письма на основе элементарных сведений по грамматике и правописанию, усвоения звукового состава языка.

3. Повысить уровень общего развития детей.

4. Научить детей правильно и последовательно излагать свои мысли в устной и письменной форме.

5. Развивать нравственные качества школьников.

Обучение русскому языку в специальной (вспомогательной) школе можно разделить на следующие этапы.

1. Первый год обучения — подготовительный этап. Задачи: углубленное изучение детей, включение их в школьные занятия, исправление недостатков произношения, слухового, зрительного, двигательного анализаторов, выработка первоначальных навыков письма и чтения, уточнение и развитие словарного запаса, формирование умений строить простые предложения, вести беседу, формирование первоначальных навыков повествовательной речи. Дети первого года обучения (первоклассники) работают со звуками и бук-

вами, слогами и словами, простейшими типами предложений и короткими текстами. Основные методы работы на подготовительном этапе — упражнения и игра, причем игровые моменты занимают ведущее место.

2. Второй этап (2-4 классы). Задачи: развитие познавательного интереса к родному языку, формирование первоначальных языковых обобщений, совершенствование произносительной стороны речи, расширение и активизация словаря, развитие умения правильно выражать свои мысли в устной форме, освоение простейших видов письменной речи, усвоение на практике ряда грамматических сведений и орфографических правил, развитие навыка правильного, сознательного и выразительного чтения. Усвоение новых знаний умственно отсталыми детьми осуществляется в процессе работы над конкретным материалом. Основной метод работы — разнообразные по форме практические упражнения. Игровые приемы остаются важным средством обучения, но главенствующую роль занимает практика.

3. Третий этап (5-9 классы). Задачи: дальнейшее совершенствование техники чтения, формирование навыка беглого чтения, расширение возможностей в осознании читаемого материала, овладение различными формами пересказа. Старшеклассники осваивают элементарные грамматические понятия и связанные с ними правила правописания, учатся последовательно, грамотно и самостоятельно излагать свои мысли в устной и письменной формах. На третьем этапе основной метод работы — упражнения, но в практические задания вводится более трудный материал, самостоятельность учащихся в выполнении упражнений повышается. В старших классах упражнения служат целям закрепления нового материала.

Существует ряд принципов, свойственных всем разделам обучения русскому языку:

◆ коммуникативная направленность обучения. Реализация принципа коммуникативной направленности предполагает насыщенность процесса обучения речевыми упражнениями — ответы на вопросы, чтение и составление диалогов, пересказ, ролевые игры и др.;

◆ единство в реализации двух направлений работы: развития речи и мышления. Этот принцип опирается на психологическую закономерность взаимодействия языка и мышления. Нарушение интеллектуальной деятельности приводит к неполноценности речевой практики, а недоразвитие речи задерживает формирование логического мышления. В процессе формирования речи происходит обогащение, точность и выразительность речи (слова, предложения, тексты). Развитие речи положительно влияет на коррекцию недостатков и совершенствование мыслительной деятельности учащихся. Возросшие возможности словесной системы мышления создают условия для лучшего понимания детьми основных закономерностей языка, содействуют более осознанному пользованию речью;

◆ мотивация языковой и речевой деятельности детей является значимой в плане обучения детей в коррекционной школе. Исследования неоднократно отмечали наличие у умственно отсталых детей речевой замкнутости, слабости речевой мотивации. Исследования показали, что использование дополнительных приемов в обучении усиливает интерес учащихся к предмету, побуждает их к более объемным высказываниям. В основе принципа повышения речевой и языковой мотивации лежит следующая закономерность: развитие активной языковой и речевой деятельности невозможно без системы различных стимулов, обеспечивающих создание соответствующих мотивов обучения. Реализация данного принципа обеспечивается содержанием и структурой урока русского языка, подбором методов, приемов обучения, видов упражнений. Личность учителя также имеет большое значение для достижения целей обучения;

◆ формирование чувства языка и опора на него в учебной деятельности. В условиях нормального развития этот принцип реализуется бессознательно в процессе общения со взрослыми. У умственно отсталых учащихся чувство языка не развивается в дошкольном периоде, т.к. их речевая практика ограничена и интуитивно не осознана. Затруднения в понимании лексического значения слов препятствуют развитию у детей интереса к формальной сторо-

не речи. Воспитание языкового чутья в специальной школе осуществляется на всех уроках русского языка в младших классах. Выполнение практических грамматических упражнений в младших классах создает речевую базу, на которой начинает зарождаться познавательный интерес к языку;

◆ взаимосвязь устной и письменной форм речи в процессе их развития. Устная речь, как спонтанное образование, опережает письменную и выполняет функцию общения. Письменная речь формируется на базе устной, но обладает рядом особенностей, которые делают письменную речь отличной от устной формы. Психологи отмечают большую степень абстрактности, развернутости, регламентированности письменной речи по сравнению с устной. Этим видом речевой деятельности учащиеся овладевают в процессе обучения. У умственно отсталых учащихся обе формы речи неполноценны. Но, согласно исследованиям, на определенном этапе развития письменная форма речи оказывается более совершенной. Исследователи называют причину такого факта: письменная речь более продолжительна во времени, а следовательно, создает условия для обдумывания и более четкого оформления мысли. Тесное взаимодействие письменной и устной форм речи обеспечивает их положительное взаимовлияние.

Работа учителя над развитием речи умственно отсталых учащихся сводится к решению следующих задач.

1. Изучение речевого развития учащихся. Необходимо выявить речевые недостатки ребенка, возможные пути их устранения для более успешной работы с детьми. Изучение речи детей преимущественно осуществляется на первом году обучения, т.к. точное знание уровня речевого развития каждого ученика является обязательным условием правильного построения системы работы. Но при этом внимание к индивидуальному развитию каждого ребенка не должно утратиться и в дальнейшем.

2. Исправление дефектов речи и отработка произносительных навыков осуществляется в младших классах. Становление произносительных навыков

— важнейшая задача начальной школы. В зависимости от успешности ее решения развиваются все другие стороны речи.

3. Уточнение, обогащение, активизация словарного запаса происходит в течение всего процесса обучения.

4. Развитие умения грамматически правильно оформлять предложения также происходит во всем курсе русского языка.

5. Коррекция недостатков и развитие диалогической и монологической форм устной речи осуществляется все годы обучения, но фундамент закладывается в младших классах.

6. Выработка умения связно и логично излагать свои мысли в письменной форме осуществляется в основном в старших классах, но фундамент также закладывается на начальном этапе обучения и развития.

Все задачи развития речи взаимосвязаны и решаются комплексно. Обучение произносительным навыкам неразрывно связано с формированием словаря ребенка, слово может быть усвоено только в сочетании с другими словами, построение предложения также зависит от контекста. Следовательно, предложение полноценно усваивается, только если выполняет определенные коммуникативные функции. Наряду с развитием разных сторон речи в специальной школе решаются задачи коррекции речевых недостатков. Работа над четкостью артикуляции, орфоэпией, интонацией способствует закреплению звуков, поставленных логопедом, но не введенных в речь. Работа по коррекции недостатков словарного запаса происходит благодаря обогащению и уточнению словаря. Дети учатся наиболее точно и адекватно употреблять слова из своего словарного запаса, включать новые слова в контекст. Этот процесс ведет к активизации словаря. Для устранения недостатков в построении предложений и связной речи необходимо поэтапно отрабатывать с детьми различные типы предложений, тренировать учащихся в правильном употреблении падежных и временных форм. Эффективность решения задач развития речи учащихся зависит от многих факторов, основные из которых — содержание высказывания и потребность говорить. Если ребенку не о чем

говорить или он не испытывает желания выразить свои мысли и чувства, формирование речи становится практически невозможным.

Успешное проведение словарной работы в коррекционной школе обладает своими особенностями:

- ◆ выдержанность количества слов на единицу учебного времени. Для учащихся младших классов это 2-3 слова в пределах одного этапа, для старшеклассников — 3-5 слов;

- ◆ стремление к контекстному объяснению новых слов. Процесс запоминания новых слов значительно более эффективен, если они объединены в тематические группы или использованы в предложении;

- ◆ представление нового слова должно задействовать работу всех анализаторов. Новое слово обязательно прочитывается учителем (слуховое восприятие), значение слова разбирается с использованием наглядных или словесных средств при активном участии учащихся; слово прочитывается учениками, включается в предложение и записывается;

- ◆ помимо объяснения значения слова, необходимы система упражнений, постоянное повторение слова и включение его в различные контексты;

- ◆ при активизации лексики важна естественность условий. Предложения, составляемые учащимися, должны отражать содержание прочитанного текста либо ситуацию, заданную учителем;

- ◆ тесная взаимосвязь работы над лексикой с работой над грамматической, фонетической и другими сторонами языка. Только комплексная работа над всеми сторонами языка и постоянное применение изученного материала способствуют активизации новых слов в речи учащихся.

Работа над предложением является главной учебной задачей школы, т.к. предложение — основная единица речи. Если ребенок умеет правильно строить предложения и точно выражать свои мысли, значит, он более способен использовать речь как средство общения, подготовлен к овладению связной речью. Работа над предложением ведется в трех направлениях:

- ◆ отработка содержательной стороны предложения для обеспечения его смысловой законченности и коммуникативной целесообразности;

- ◆ работа над речью — формирование навыков точного отбора слов для выражения мысли, выбора удачной синтаксической конструкции, формирование интонационных умений;

- ◆ формирование грамматического плана предложения — отработка навыков правильного соединения, размещения слов, умения осознавать структурную схему используемой конструкции.

Развитие связной устной речи — наиболее сложная задача обучения умственно отсталых детей. Связная речь характеризуется смысловой, структурной и языковой связью частей. Связная речь служит средством коммуникации на более высоком уровне, нежели предложение. Устная связная речь складывается из двух умений:

- ◆ говорить — экспрессивная речь;

- ◆ понимать речь других людей — импрессивная речь.

К развитию связной речи на уроках в коррекционной школе предъявляются следующие требования:

- ◆ создание условий для возникновения у детей потребности говорить;

- ◆ работа над логикой высказывания;

- ◆ организация языковой основы для высказывания;

- ◆ четкая постановка цели высказывания перед детьми, то есть направление, по которому строится рассказ;

- ◆ организация самого высказывания — осуществляется с опорой на картинки, схемы, словесный план;

- ◆ тренировка в устных связных высказываниях с использованием различной тематики, пересказы текста, описание предметов.

План-конспект урока по русскому языку в 5 классе

Тема: «Имя прилагательное» (второй урок, комбинированный).

Цель урока: научить детей выделять прилагательные среди других частей речи; дать представление о значении этой категории слов в речи; отработать навык согласования слов, совершенствование речи детей.

Оборудование: подготовленные записи на доске, учебники, картинки.

Ход урока:

1. Организация начала урока — подготовка к уроку детей.
2. Проверка домашнего задания.
3. Постановка цели и задач урока.
4. Объяснение нового материала: работа с текстом, записанным на доске; вывод.
5. Закрепление и повторение изученного материала: беседа с детьми на тему «что такое прилагательное и в чем его значение», выполнение упражнений из учебника, ответы на вопросы учителя, характеристика изображенных на картинках предметов (зверей, людей и т.д.) с помощью прилагательных.
6. Подведение итогов урока и оценка знаний.
7. Задание на дом.

Трудовое обучение.

Трудовое воспитание (особенности преподавания)

Трудовое обучение детей с умственной отсталостью и последующее их трудоустройство считаются основной задачей коррекционной школы. Это одна из сложнейших задач по нескольким причинам. Для детей-олигофренов характерны плохая моторика, неловкость, неуклюжесть движений, и эти качества нередко сочетаются с дефектами органов зрения или слуха. Плохой почерк и невнятная речь еще более затрудняют выбор какой-либо профессии. Учитель должен задолго до окончания школы, буквально с момента начала трудового обучения, учитывая местные конкретные условия, заботиться о их будущем. Но при этом практическая деятельность в ее простых видах наибо-

лее понятна и доступна для умственно отсталых детей. Разнообразие видов труда обеспечивает разностороннюю и активную работу всех анализаторов.

Задачами трудового воспитания и обучения являются следующие:

- ◆ обеспечение максимально возможной самостоятельности в бытовом и санитарно-гигиеническом самообслуживании;
- ◆ выработка положительного отношения к посильным видам труда, готовности к помощи в хозяйственно-бытовом труде;
- ◆ формирование привычки и положительной установки к определенному виду труда в течение 5-6 часов в день в мастерской или в сельском хозяйстве;
- ◆ выработка навыков выполнения ряда операций в том или ином доступном виде труда;
- ◆ в зависимости от индивидуальных возможностей каждого из учащихся, помочь им научиться переключению с одного вида деятельности на другой;
- ◆ обучение детей совместной работе по бригадной системе, с соблюдением принятых норм и правил поведения.

Трудовое обучение и трудовое воспитание в школе для умственно отсталых детей играют важную роль в системе социальной адаптации. Особенно важно в системе трудового обучения детей использование наглядных методов и средств обучения. Успешность практической деятельности школьников на уроках труда зависит от способности детей усваивать предметные образы изделий, планировать и контролировать работу. Необходимым наглядным средством при трудовом воспитании детей служит изделие-образец, от качества которого во многом зависит способность учащихся изготавливать продукцию. В столярном, слесарном или переплетном деле основное наглядное средство — это натуральный образец. Помимо этого, используются натуральные образцы выполнения отдельных операций, соединений деталей или отдельных деталей (например, в швейном деле карманы или воротники). Иногда целесообразно дополнять натуральный образец макетом. Макетом на-

зывается увеличенный (уменьшенный) образец изделия или части изделия. Макет позволяет учителю объяснить устройство элементов изделия.

Практический показ приема работы также служит наглядным средством. Цель показа приемов работы — в первоначальном запоминании учащимися образов результата действия, орудия труда, трудовых движений. Приемы работы осваиваются по трем этапам:

- ◆ 1 этап — трудовые действия осуществляются в рабочем темпе, после чего учитель показывает полученный результат и дает необходимые объяснения;

- ◆ 2 этап — действия выполняются в замедленном темпе и сопровождаются объяснениями, остановками в сложных местах;

- ◆ 3 этап — прием работы повторяется несколько раз в обычном темпе.

После этого наиболее способные учащиеся повторяют прием, группа тем временем оценивает верность выполнения.

Усвоение трудовых приемов вызывает сложности у большинства учащихся вспомогательной школы. Правильность выполнения трудового приема определяется способностями учащегося:

- ◆ выдерживать траекторию движения рук в соответствии с ранее приобретенным зрительным образом;

- ◆ контролировать прилагаемое к орудию труда усилие;

- ◆ осуществлять определенную скорость движений;

- ◆ учитывать необходимость изменения параметров работы в начале и конце деятельности.

Одновременно держать под контролем все параметры ребенок с отклонениями в умственном развитии не способен. Обычно дети могут следить за ведущим параметром. И задача учителя — указать на основной параметр деятельности (в швейном мастерстве это — расстояние от края лапки швейной машины до среза ткани, при строгании древесины — горизонтальное перемещение инструмента и т.п.). Как изучение, так и использование техники необходимо проводить с учетом принципа доступности.

Также в трудовом обучении учащихся коррекционных школ часто используются изобразительные наглядные средства — учебные плакаты, рисунки, чертежи, фотографии, экранные изображения. Они применяются в следующих случаях:

- ◆ для выделения свойств, малозаметных при восприятии реального предмета или требующих сложного демонтажа технических устройств;
- ◆ для изучения отсутствующей в школьных мастерских техники;
- ◆ для развития у детей умения создавать образ реального предмета на основе его изображения;
- ◆ при изучении классификации материалов, видов работ, инструментов;
- ◆ для формирования обобщающих образов частей и деталей машин.

В коррекционной школе восьмого вида к изобразительным наглядным средствам предъявляются следующие требования:

- ◆ четкость, красочность изображений;
- ◆ реалистичность изображений;
- ◆ изображения должны соответствовать задачам одного или нескольких занятий.

Не стоит размещать лишние изображения или другие наглядные средства рядом с необходимым — это затрудняет восприятие смысла изображения учащимися, отвлекает от основной цели урока.

Использование схематических изображений важно для развития абстрактного мышления учащихся с дефектами умственного развития, способностей к обобщению. Процесс абстракции заключается в мысленном выделении одних признаков изучаемого объекта и отвлечении от других. И важно развить абстрактное мышление детей с отставанием в развитии. Важно, чтобы дети научились вычленять из представляемого материала существенные признаки, отвлекаясь от менее существенных, это позволит осознанно классифицировать предметы или явления, выделять их общие признаки, в чем возникают сложности при обучении детей-олигофренов.

Для развития способности к абстрактному мышлению у детей-олигофренов используются такие наглядные средства, как схематические рисунки. Схематические рисунки применяются при формировании обобщенных образов деталей изделий и швов в швейном деле, устройства инструментов, производственных технологических процессов, для решения других учебных задач. В некоторых случаях только применение схематического рисунка при изучении того или иного трудового процесса позволяет достичь понимания детьми деятельности. Дополнительными наглядными средствами могут быть рисунки-копии реальных предметов.

Схематический рисунок должен частично отражать наглядные свойства реального предмета. Цепочка «рисунок-копия — схематический рисунок — схема» помогает детям-олигофренам перейти от конкретного восприятия к более абстрактному.

Также важным методом обучения умственно отсталых детей труду является демонстрация опытов. Например, опыты часто используются при изучении свойств материалов. Программа слесарного дела включает понятия твердости и прочности металлов, и для демонстрации этих свойств можно провести следующие опыты:

- ◆ вдавливание шарикоподшипника;
- ◆ воздействия ударной нагрузки на пластины из различных металлов.

Опыты также организуются для определения вида волокон ткани по характеру их горения, для изучения видов стружки при различных углах заточки режущего инструмента и т.д. После показа опыта следует кратко сформулировать его результаты. Причем результаты одновременно записываются на доске, или вывешивается соответствующий плакат. Учащимся задаются вопросы по демонстрируемому опыту, на которые необходимо ответить в письменной или устной форме. Благодаря наблюдению опытов и воспроизведению выводов прочность усвоенных знаний повышается.

Применение наглядных средств помогает также развить у учащихся умение организовать собственную умственную и физическую деятельность.

Целенаправленное включение наглядных средств в структуру урока позволяет активизировать внимание учащихся, улучшить восприятие, понимание и запоминание учебного материала. А соответственно, успешное освоение предмета труда способствует вхождению детей-олигофренов в самостоятельную жизнь и трудовую деятельность.

Система работы коррекционной школы восьмого вида, способствующая социально-бытовой адаптации

Социальной адаптацией называется активное приспособление к условиям социальной среды благодаря усвоению и принятию ценностей, норм, стилей поведения, принятых в обществе. У детей с умственной отсталостью взаимодействие с социальной средой затруднено, способность адекватного реагирования на происходящие изменения снижена, они не воспринимают усложняющихся требований. Дети с дефектами умственного развития испытывают значительные трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм, что может вызвать неадекватную реакцию со стороны такого ребенка.

Специальная школа восьмого вида обеспечивает специальное образование для детей с интеллектуальным недоразвитием. Основное внимание в этой школе уделяется не уровню образования, а социальной адаптации и профессионально-трудовой подготовке. Учащиеся осваивают доступные им знания по общеобразовательным предметам.

В основном контингент учащихся специальной школы восьмого типа составляют дети с клиническим диагнозом «олигофрения». В большей степени учащиеся данного типа школ — это дети с наиболее легкой степенью умственной отсталости (дебильностью). В специальную (коррекционную) школу восьмого вида ребенка направляют органы управления образованием с согласия родителей и по рекомендации МППК.

Коррекционная школа восьмого вида обеспечивает детям с ограниченными возможностями образование, медицинское и психологическое сопрово-

ждение. Для этих целей в штат специальной школы включаются соответствующие специалисты, которые тесно взаимодействуют с педагогами. В коррекционной школе восьмого вида осуществляются следующие направления помощи умственно отсталым детям:

- ◆ диагностическая деятельность — диагностика и прогнозы развития заболеваний;
- ◆ психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия;
- ◆ профессиональное консультирование, в том числе разработка трудовых рекомендаций для лиц с умственной отсталостью;
- ◆ медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

Социальный педагог помогает процессу социальной адаптации, социальной интеграции детей-олигофренов. Особенно важна роль социального педагога на этапе выбора профессии.

Обычно в школу восьмого вида принимаются дети в возрасте 7-8 лет. В этом возрасте ребенок идет в подготовительный класс, что позволяет лучше подготовить его к школе и уточнить диагноз в ходе образовательного процесса и психолого-педагогического изучения возможностей ребенка. В подготовительном классе количество учеников не должно превышать 7-8 человек, в остальных классах — не более 12. В подготовительный, или диагностический класс направляются дети, диагноз которых по каким-либо причинам кажется необъективным. В течение учебного года диагноз уточняется, и в зависимости от этого на следующий год ребенок направляется в обычный класс школы восьмого вида или в класс для детей с тяжелыми формами нарушения интеллекта.

Сроки обучения в коррекционной школе — от восьми до десяти лет, в зависимости от наличия профессиональной подготовки учащихся. Сроки обучения увеличиваются на год за счет открытия подготовительного класса. Также в коррекционной школе восьмого вида могут быть открыты группы с углубленной трудовой подготовкой, в которые переходят учащиеся по окончании восьмого или девятого класса. Учащиеся, окончившие класс с углуб-

ленной трудовой подготовкой и успешно сдавшие квалификационный экзамен, получают документ о присвоении квалификационного разряда.

Также в школах восьмого вида могут функционировать классы для детей с глубокой умственной отсталостью. Число учащихся в таком классе в идеале не должно превышать 5-6 человек.

Классы с тяжелой формой интеллектуального недоразвития комплектуются следующим образом:

- ◆ 1 уровень обучения ориентирован на детей в возрасте 6-9 лет;
- ◆ 2 уровень — 9-12 лет;
- ◆ 3 уровень — 12-18 лет.

В такие классы не принимаются дети с психопатиями, эпилепсией и другими психическими заболеваниями, требующими активного лечения. Дети с психическими отклонениями могут посещать факультативные группы вместе со своими родителями. Каждый ребенок проходит обучение по индивидуальному образовательному плану, определяемому специалистами в соответствии с психофизическими возможностями детей. Последнее позволяет найти наиболее приемлемые подходы к детям с той или иной степенью умственной отсталости и максимально интегрировать их в окружающую среду.

Занятия с детьми проходят в индивидуальных условиях и в условиях группы, в связи с чем ребенок получает возможность взаимодействия и общения с другими детьми и приучается к обучению в коллективе.

Процесс обучения умственно отсталого ребенка должен содействовать его всестороннему развитию. Адекватность поведения и приспособления умственно отсталого человека к жизни в значительной степени определяется уровнем его общего развития: моторики, речи, знаниями, умениями. Процессы развития ребенка в школьном обучении и тренировки его в приспособлении к жизненным ситуациям тесно взаимосвязаны. Целью коррекционно-воспитательной работы с глубоко отсталыми умственно детьми в конечном счете является их социальная адаптация, трудоустройство и дальнейшее приспособление к жизни. За время воспитания и обучения умственно отсталого

ребенка у него необходимо развить жизненно важные навыки. Это обязательное условие самостоятельной жизни людей с умственной отсталостью в коллективе, они должны уметь самостоятельно себя обслуживать, выполнять в быту и на производстве простую работу. Достижение поставленных целей обеспечивается решением основных задач работы с детьми с умственной отсталостью. Среди таких задач выделяются:

- ◆ развитие всех психических функций и познавательной деятельности ребенка в процессе обучения, коррекция недостатков. Основное внимание должно быть направлено на умственное развитие;

- ◆ воспитание детей с глубокими нарушениями психофизического развития, формирование у них правильного поведения — основное внимание направляется на нравственное воспитание;

- ◆ трудовое обучение и подготовка детей к посильным видам труда, физическое воспитание, самообслуживание;

- ◆ бытовая ориентировка и социальная адаптация — итог проделанной за время обучения и воспитания работы.

Социальная адаптация детей с глубокими отклонениями интеллектуальной сферы особенно необходима. Тяжелая интеллектуальная недостаточность, личностная неразвитость имбецилов и связанные с ними некритичность, податливость, внушаемость могут привести к резко отрицательным результатам. У таких детей часто наблюдаются упрямство, агрессивность, двигательное и психическое беспокойство, что создает сложности воспитания таких детей. Эти отрицательные черты могут достичь своего максимального развития, что сделает человека с отклонениями интеллектуальной сферы опасным для общества. Для воспитания глубоко отсталого ребенка важны спокойная обстановка, доброжелательность, единство, четкость и систематичность требований. Все это способствует корректировке негативных черт личности и воспитанию необходимых привычек. У детей с глубокой умственной отсталостью нужно воспитывать навыки культурного поведения в

общении с людьми, навыки коммуникабельности. Основные из них сводятся к нескольким требованиям:

- ◆ ребенок-имбецил должен овладеть способностью выражать свою просьбу;
- ◆ необходимо научить ребенка адекватно реагировать на обращение;
- ◆ желательно привить ребенку с глубокими формами умственной отсталости навыки самозащиты и способность избежать опасности;
- ◆ обязательная работа над пробуждением и формированием у детей основных положительных эмоций — жалости, сострадания, радости;
- ◆ нужно уделять внимание внешним формам поведения детей с дефектами в развитии.

Люди даже с тяжелыми формами имбецильности могут общаться с окружающими и следовать общепринятым в обществе нормам поведения. Это заключается в правильном воспитании и выработке у детей твердых навыков и привычек. В данном случае безусловно незаменимым становится метод проигрывания всевозможных ситуаций с детьми-имбецилами. Постоянное повторение той или иной жизненной ситуации и верной реакции на нее способно выработать привычку правильно реагировать на условия среды.

В сущности, вся система обучения и воспитания умственно отсталых детей сводится к социальной адаптации. Процесс коррекционного обучения и воспитания, направленный на их всестороннее развитие, воспитание, трудовую подготовку, социальную адаптацию, позволит детям с глубокими умственными отклонениями занять свое место в жизни.

Одна из основных задач обучения и воспитания детей-имбецилов — максимальное расширение их социальных связей. Воспитательно-коррекционная работа с такими детьми должна способствовать расширению социальных связей. Занятия по бытовой и социальной ориентировке с глубоко отсталыми детьми проходят в форме уроков и экскурсий. На уроках в основном используются сюжетно-ролевые игры, что позволяет придать учебной работе наглядность и предметную деятельность. Успешность проведения экскурсий

во многом зависит от их правильной организации. Перед выходом на экскурсию необходимо провести с детьми короткую беседу о ее теме и целях. Дети должны повторить, куда и зачем они отправляются, что будут наблюдать по дороге. В процессе экскурсии дети должны не только наблюдать за действиями взрослых, но и, если позволяет место, копировать их. Например, при знакомстве с работой магазинов нужно научить детей-имбецилов ориентироваться в торговом зале, знать назначение различных отделов, пробить в кассе чек, обратиться к продавцу, положить покупку в сумку. Именно активные действия способствуют развитию и социальному адаптивному умственному отсталых детей. Пассивные, не сопровождаемые целенаправленными действиями наблюдения за явлениями и предметами окружающей действительности мало эффективны для развития глубоко отсталых детей.

После проведения экскурсии необходимо подвести итоги, систематизировать, обобщить и закрепить полученные сведения. Глубоко отсталые подростки устно отвечают на заданные учителем вопросы.

Если проведение экскурсий затруднено, бытовые сценки разыгрываются на уроках. С помощью разыгрывания разнообразных ситуаций у глубоко отсталых детей формируется диалогическая речь, они тренируются в умении спрашивать и отвечать на вопросы в зависимости от хода конкретного игрового сюжета. В ходе учебных игровых ситуаций педагог организует общение воспитанников друг с другом и с учителем. Усваиваются слова, используемые в быту, фразы, выражающие межпредметные отношения, слова речевого этикета. Все эти формы работы способствуют обучению детей диалогической речи и, как следствие, социальному общению. На начальном этапе обучения дети и подростки-имбецилы не могут сами вести диалог, особенно если в паре есть необщительный ребенок. В таком случае учитель помогает, стимулирует возникновение диалогической речи, либо к паре подключается более общительный ребенок. Речевой материал для ведения диалога усваивается детьми благодаря многократному повторению в аналогичных данным условиях. В течение учебного года рекомендуется несколько раз возвращаться к

одному и тому же речевому материалу, такой прием способствует более глубокому закреплению материала и способности адекватно реагировать на разыгрываемую ситуацию. В ходе диалогической речи, детей-имбецилов необходимо постоянно активизировать системой поручений и указаний, требующих речевой коммуникации.

Глава 3

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Врожденная и приобретенная глухота. Этиология

Глухота — полное отсутствие слуха или такая форма его понижения, при которой разговорная речь воспринимается лишь частично, с помощью слуховых аппаратов.

Тугоухость — снижение слуха на оба уха, при котором возникают затруднения в восприятии речи, однако при усилении голоса это восприятие становится возможным.

Существуют различные взгляды на определение причин нарушений слуха. Наиболее часто выделяют 3 группы причин и факторов, которые вызывают патологию слуха (Д.И. Тарасов и др.)

Первая группа причин и факторов носит наследственный характер. Данные причины приводят к нарушениям в структуре слухового анализатора и развитию наследственной тугоухости.

На долю наследственных факторов детской глухоты приходится от 30 до 50% всех случаев. Наследственная глухота или тугоухость могут сочетаться с другими аномалиями органов и систем организма (заболевания органов зрения, патология костно-мышечной системы, нервной, эндокринной и т.д.).

Генетики, которые занимаются вопросами наследования глухоты, отмечают, что в гаметах человека может быть до 50 различных генов, влияющих на остроту слуха. Вероятность рождения глухого или слабослышащего ребенка резко возрастает, если один из родителей страдает наследственной формой глухоты. Если наследственная форма глухоты обнаруживается у обоих родителей, то вероятность рождения ребенка с неполноценным слухом превышает 50%.

Ко второй группе причин и факторов относят факторы эндогенного и экзогенного воздействия на орган слуха плода (без наследственного отягощения), ведущие к появлению врожденной тугоухости.

Большое значение имеют болезни матери в период беременности. К подобным заболеваниям относят краснуху, грипп, паротит. Оказывает влияние также прием во время беременности ототоксических лекарств, резус-несовместимостью плода и будущей матери.

На появление патологии развития слуха у ребенка влияет прием беременной женщиной алкоголя, наркотиков, а также работа на предприятиях с повышенной пыльностью и другими профессиональными вредностями (особенно в первые месяцы беременности).

Факторы третьей группы воздействуют на орган слуха здорового ребенка на разных стадиях его развития и приводят к возникновению приобретенной тугоухости.

Наиболее часто причиной появления приобретенной тугоухости являются последствия перенесенного острого среднего отита. Степень снижения слуха при заболеваниях среднего уха различная. Но чаще всего встречаются легкая и средняя степень снижения слуха. Возникают они вследствие перехода воспалительного процесса на внутреннее ухо. Одной из причин возникновения тугоухости является воспаление ствола слухового нерва. Роль инфекционных заболеваний в этиологии нарушений слуха велика. Наиболее опасны такие заболевания, как эпидемический менингит, туберкулезный менингит, скарлатина и др.

Поражается слух под воздействием ототоксических антибиотиков (канамицин, стрептомицин, неомицин и др.) Около 50% случаев приобретенной тугоухости у детей наблюдаются после приема ототоксических антибиотиков (Д.И. Тарасов). Фактор риска при лечении этими препаратами — недоношенность, общая соматическая ослабленность ребенка.

К причинам, приводящим к нарушениям слуха, относят родовые травмы, наложение щипцов на головку плода при родоразрешении, оперативные

вмешательства на среднем ухе (осложнение после операции), разрыв цепи слуховых косточек при травмах, аденоидные вегетации и др.

Порой бывает сложно выявить первопричину возникновения слухового дефекта. Возможно сочетание сразу нескольких причин, приводящих к снижению слуха. В то же время, одна и та же причина может вызвать разные формы тугоухости или глухоты. По различным источникам, от 4 до 6% населения нашей планеты страдают теми или иными расстройствами слуха. Однако подавляющее большинство людей с дефектами слуха относятся к категории слабослышащих.

Классификация глухих и слабослышащих детей

Существует несколько классификаций детей с нарушениями слуха. Одной из распространенных классификаций глухих детей является классификация, разработанная Л.В. Нейманом. Для выяснения степени поражения слуховой функции, Л.В. Нейманом проводились исследования слуха глухих и слабослышащих детей методом тональной аудиометрии и с помощью речи.

Л.В. Нейман выделяет 4 группы глухих в зависимости от объема воспринимаемых частот:

1-я группа — глухие дети, воспринимающие самые низкие частоты (125-150 Гц). Эти дети не различают каких-либо звуков речи и реагируют либо на очень громкий голос у самого уха, либо на интенсивные звуки на близком расстоянии (крик и т.д.).

2-я группа — глухие дети, воспринимающие частоты 150-500 Гц. Дети этой группы реагируют на громкий голос у уха, различают гласные «о», «у», способны воспринять другие очень громкие звуки на небольшом расстоянии.

3-я группа — дети, воспринимающие звуки в диапазоне низких и средних частот, от 125 до 1000 Гц.

4-я группа — дети, воспринимающие частоты от 125 до 2000 Гц.

Дети, относящиеся к 3-й и 4-й группе, различают менее интенсивные и разнообразные по частоте звуки на близком расстоянии (звуки музыкальных инструментов, бытовые звуки — звонок в дверь, звонок телефона и т.д.).

Дети 4-й группы различают почти все гласные, отдельные фразы и слова, звучащие возле уха и на небольшом расстоянии.

Все глухие дети имеют большие или меньшие остатки слуха. Остаточный слух в процессе специальной работы по развитию слухового восприятия играет важную роль в формировании устной речи.

Тугоухость выражается тоже в различной степени. Л.В. Нейман выделяет 3 группы слабослышащих детей по степени понижения слуха в области речевого диапазона частот (от 500 до 4000 Гц).

В зависимости от потери слуха выделяют 3 степени тугоухости:

1-я степень — снижение слуха в речевом диапазоне не превышает 50 дБ; восприятие частот в пределах 125-8000 Гц. Речевое общение вполне доступно. Возможно разборчивое восприятие речи разговорной громкости на расстоянии более 1 м.

2-я степень — снижен слух в речевом диапазоне до 70 дБ. Речевое общение затруднено. Разговорная речь воспринимается на расстоянии менее 1 м.

3-я степень — снижен слух в речевом диапазоне до 70 дБ. Речь разговорной громкости становится неразборчива даже у самого уха. Общение осуществляется с помощью громкого голоса на близком от уха расстоянии.

Самостоятельно овладеть речью с трудом могут дети, обладающие снижением слуха на 15-20 дБ. Л.В. Нейман предлагает принять эту степень потери слуха в качестве условной границы между нормальным слухом и тугоухостью. По классификации Л.В. Неймана, условная граница между тугоухостью и глухотой находится на уровне 85 дБ.

В медицине в настоящее время при оценке состояния слуха детей используется Международная классификация нарушений слуха. Средняя потеря слуха определяется в области частот 500, 1000, 2000 Гц.

1-я степень тугоухости — снижение слуха не превышает 40 дБ;

2-я степень тугоухости — снижение слуха от 40 до 55 дБ;

3-я степень тугоухости — снижение слуха от 55 до 70 дБ;

4-я степень тугоухости — снижение слуха от 70 до 90 дБ.

Снижение слуха более чем на 90 дБ определяется как глухота.

Педагогическая классификация детей с нарушениями слуха Р.М. Боскис

Эта классификация построена на психологическом изучении взаимодействия слуха и речи. Теоретической основой классификации являются положения, определяющие своеобразие развития ребенка с нарушениями слухового анализатора.

1. Нарушение слухового анализатора у ребенка необходимо рассматривать в его принципиальном отличии от подобного недостатка у взрослых. У взрослых людей к моменту нарушения слуха речь сформирована, а дефект слухового анализатора оценивают с точки зрения возможности общения на основе слуха. Утрата слуха в детстве влияет на ход психического развития ребенка и приводит к возникновению целого ряда вторичных дефектов. Нарушается речевое развитие ребенка. Если же глухота возникает рано, это приводит к полному отсутствию речи. Немота препятствует нормальному формированию словесного мышления, что ведет к нарушению познания.

2. Для правильного понимания развития ребенка с недостатком слуха важно учитывать возможность самостоятельного овладения речью. Нарушение слуха, с одной стороны, препятствует нормальному развитию речи, с другой стороны, нормальное функционирование слухового анализатора находится в зависимости от уровня речевого развития. Чем выше уровень речевого развития ребенка, тем больше возможностей использовать остаточный слух. Человек, владеющий языком, имеющий достаточный словарный запас, способен лучше воспринимать обращенную речь, т.к. улавливает знакомые слова и фразы по смыслу, в контексте фразы. Дети, у которых речь развита лучше, производят впечатление слышащих. Чем лучше у ребенка слух, тем больше возможностей для самостоятельного развития речи на основе подражания речи окружающих.

3. Р.М. Боскис рассматривает недостаточность слуха у ребенка с точки зрения развития речи при данном нарушении слуха. Чем лучше речь у ребенка, тем больше возможностей использовать свой слух. При глухоте обнаруживается потеря слуха выше 80 дБ. В том случае, если при аудиометрии обнаружено снижение слуха меньше 80 дБ, говорят о тугоухости.

Педагогическая классификация детей с недостатками слуха, разработанная Р.М. Боскис, построена на критериях, учитывающих своеобразие развития детей с отклонениями в функции слухового анализатора. Р.М. Боскис выделила 2 основные группы детей с недостатками слуха — глухие и слабослышащие.

К группе глухих относятся дети, которые вследствие врожденной или раноприобретенной глухоты не могут самостоятельно овладеть словесной речью.

К категории слабослышащих детей относят тех, у кого наблюдается снижение слуха, но возможно самостоятельное развитие речи (хотя бы минимальное).

В зависимости от речевого развития выделяют 2 группы слабослышащих детей:

- ◆ слабослышащие, которые обладают относительно развитой речью с небольшими недостатками (нарушения в звукопроизношении, отклонения в грамматическом строе речи);

- ◆ слабослышащие с глубоким недоразвитием речевой функции (фразы короткие, неправильно построенные, отдельные слова сильно искажены и т.д.).

Среди глухих также выделяют 2 группы детей в зависимости от времени возникновения дефекта:

- ◆ ранооглохшие дети, потерявшие слух на 1-2 году жизни или родившиеся неслышащими;

- ◆ позднооглохшие дети, т.е. потерявшие слух в 3-4 года, а также позже, сохранившие речь в связи с более поздним возникновением глухоты. Термин

«позднооглохшие» носит условный характер, т.к. данную группу детей характеризует не время наступления глухоты, а факт наличия речи при отсутствии слуха. Позднооглохшие дети составляют особую категорию детей со сниженным слухом.

Дефект слуха в первую очередь отрицательно влияет на формирование речи, т.е. той психической функции, которая в наибольшей степени зависит от состояния слухового анализатора. Таким образом, на основе оценки состояния слуха, уровня развития речи с учетом времени наступления слухового дефекта выделяют 4 группы детей с нарушениями слуха и речи.

Существует также классификация глухих детей со сложным дефектом, т.е. аномалии слухового анализатора сочетаются с нарушениями работы других органов и систем организма.

Классификация глухих и слабослышащих детей, осложненная нарушениями в работе других анализаторов

1. Глухие и слабослышащие дети с нарушением зрения

В процессе обучения глухого ребенка большая нагрузка падает на зрение. Когда изучили причины стойкой неуспеваемости глухих детей (Г.П. Бертынь), оказалось, что у более чем 50% обследованных выявлено нарушение зрения. У данной группы детей это является единственной причиной школьной неуспеваемости. Поэтому каждый ребенок с патологией слуха должен находиться под динамическим наблюдением врача-офтальмолога. Нарушение зрения в виде миопии встречается у 25% слабослышащих и у 35% глухих. Нарушения зрения приводят к повышенной утомляемости глаз и всего организма в целом, а также к постоянным головным болям.

2. Глухие и слабослышащие дети с нарушениями мышечной системы

К этой группе детей относят глухих детей с детским церебральным параличом. Они обучаются в специальных классах при школах для глухих детей. Эти дети не могут обучаться в обычном классе для глухих детей из-за

мышечных поражений. При неврологическом обследовании таких детей выявляется снижение поверхностной и глубокой чувствительности конечностей. Эти нарушения лежат в основе трудностей, возникающих при обучении письменной речи и особенно при освоении дактилологии. Данные нарушения препятствуют успешной учебе в школе, снижают возможность социальной реабилитации и адаптации, даже когда у ребенка нет умственной отсталости.

3. Синдромальные формы глухоты

В настоящее время описано около 500 синдромальных форм глухоты. Продолжая исследования, ученые выявляют и дополняют к описанным новые синдромы. Ранняя клиническая диагностика, организация адекватного процесса воспитания и обучения способствуют более полной социальной адаптации и реабилитации глухих детей. Частота встречаемости синдромов Маршалла, Крузона и др. составляет примерно 1%.

4. Глухие и слабослышащие дети с задержкой психического развития (ЗПР)

В последние годы сам клинический диагноз задержки развития существенно расширился. Сюда относят детей с органическими поражениями центральной нервной системы, минимальной мозговой дисфункцией, детей, страдающих детским церебральным параличом, шизофренией, различными соматическими заболеваниями, другими неврологическими и психическими заболеваниями. Многие дети, поступившие в школу с диагнозом «задержка психического развития», в результате адекватного педагогического воздействия в условиях санаторной школы впоследствии продолжают получать образование по обычной программе в школах для глухих и слабослышащих детей.

5. Глухие и слабослышащие дети с умственной отсталостью

Известно, что при работе с глухими и слабослышащими детьми с нарушениями интеллекта трудно добиться необходимого эффекта при обучении, в то же время глухой ребенок с сохранным интеллектом очень часто достига-

ет высоких результатов при обучении. У глухих детей может быть различная форма умственной отсталости — как олигофрения, так и деменция. Глухие дети с неосложненной формой олигофрении имеют благоприятный прогноз, очень часто вполне социально реабилитированы. У глухих детей с прогрессирующими заболеваниями (шизофрения, эпилепсия и др.), приводящими к прогрессированию умственной отсталости, прогноз отрицательный как в отношении социальной адаптации, так и жизни в целом. Во время обучения таких детей возникает необходимость их вывода на обучение по индивидуальной программе на дому.

На основании классификации различных групп детей с нарушениями речи, произведенной Р. М. Боскис, осуществляется дифференцированное специальное обучение детей с нарушениями слуха. В соответствии с выделенными категориями детей в педагогической классификации были созданы различные типы школ:

- ◆ специальная школа для глухих детей;
- ◆ специальная школа для слабослышащих и позднооглохших детей. В ее состав входят два отделения: первое — для детей, владеющих развернутой речью; второе — для детей с глубоким недоразвитием речи.

Одно из важных направлений в сурдопедагогике связано с совершенствованием педагогической классификации. Эта проблема очень актуальна, т.к. в каждом типе специальной школы есть дети, у которых наблюдается сложный дефект в виде сочетания нарушения слуха с задержкой психического развития, с патологией характера и поведения, нарушением опорно-двигательного аппарата и т.д. Всестороннее изучение особенностей развития детей со сложными дефектами, совершенствование их педагогической классификации будет способствовать повышению уровня коррекционной учебно-воспитательной работы и определит более четкие критерии для отбора этих детей в особые классы внутри специальной школы для глухих и слабослышащих.

Уровень развития речи у детей с нарушениями слуха

При нарушении слуха уровень развития речи неодинаков и зависит от следующих факторов: степень нарушения слуха; время возникновения дефекта слухового анализатора; педагогические условия, в которых находился ребенок после нарушения функционирования слухового анализатора; индивидуальные особенности самого ребенка.

Каждый из вышеперечисленных факторов играет огромное значение при оценке речи детей. Степень снижения слуха и развитие речи у детей находятся в прямой зависимости. Чем больше у ребенка снижен слух, тем сильнее страдает речь. Если снижение слуха незначительное, то отклонения речи не резко выражены. Если наблюдается тяжелая степень снижения слуха, ребенок остается немым до начала специального образования. При средней степени снижения слуха отмечаются нарушения в фонетической, лексической, грамматической стороне речи. Слух может быть нарушен в разные периоды жизни ребенка. От временного фактора зависит наличие или отсутствие вторичных проявлений дефекта. Чем раньше возникло нарушение, тем больше оно отражается на сформированности речевой функции. Потеря слуха у ребенка до двухлетнего возраста, когда речь еще не сформирована, ведет к полному отсутствию речи. Потеря слуха до 3-3,5 лет приводит к утрате сформированной речи. Речь почти полностью распадается при полной потере слуха в 4-5 лет, если специальное обучение не начато сразу. Потеря слуха в 6-7 лет приводит к резкому искажению речи ребенка, и без специальной педагогической помощи речь будет постепенно ухудшаться. Если слух у ребенка потерян после 7 лет, имеются навыки овладения грамотой, то речь может быть сохранена при условии систематической коррекционной работы.

При частичной потере слуха у детей временной фактор также является очень важным — он определяет уровень развития речи. Незначительное понижение слуха у детей в возрасте до 3 лет приводит к задержке или недораз-

витию речи. После 3 лет снижение слуха вызывает меньшие отклонения в развитии речи.

Таким образом, уровень развития речи у детей с нарушениями слуха во многом определяется временем возникновения слухового дефекта. Педагогические условия, в которых находился ребенок с момента нарушения слуха, имеют огромное значение для его психического и речевого развития.

Чем раньше были предприняты специальные как медицинские, так и педагогические меры по устранению последствий снижения слуха, тем более успешно будет развиваться ребенок. Создание речевой среды в семье, проведение раннего слухопротезирования, организация специальной работы по развитию слухового восприятия и речи определяет успешное развитие ребенка.

Индивидуальные особенности также влияют на уровень развития речи. В процессе овладения речью играет большую роль активность личности ребенка, подвижность мыслительных процессов. Компенсации слухового дефекта и развитию речи способствует устойчивое зрительное внимание и память.

Формирование речи у глухих детей основывается на компенсаторном использовании сохранных анализаторов в условиях специального обучения. Активно привлекаются зрительное и слуховое восприятие, кинестетические ощущения, тактильно-вибрационная чувствительность. Сурдопедагог помогает глухому ребенку овладеть движениями речевого аппарата, развить слуховое восприятие (с обязательным использованием звукоусиливающей аппаратуры).

Развитие речи слабослышащих детей проходит на основе остаточного слуха при условии естественного общения. Даже если восприятие устной речи неполное, ребенок способен овладеть устной речью самостоятельно, но с различными нарушениями. При создании условий интенсивного развития и использования слуха возможность самостоятельно овладеть грамматическим строем речи быстро возрастает.

Позднооглохшие дети имеют сформированную, развитую речь. У них наблюдается разный уровень сохранности речи. До потери слуха у позднооглохшего ребенка развитие речи и формирование словесного мышления проходило в условиях естественного речевого общения на основе слуха. Большинство позднооглохших имеют тяжелую степень слухового дефекта. На первый план коррекционного обучения ставится задача формирования восприятия речи на зрительной основе либо на слухозрительной (с помощью звукоусиливающей аппаратуры). Позднооглохшие дети должны приобретать навык зрительного восприятия устной речи позже самого момента овладения речью. Этим они отличаются от остальных детей с нарушением слуха.

Речевое развитие играет решающую роль в развитии ребенка как личности. Снижение слуха обуславливает ограничение социального общения. Это ограничение влияет на формирование психики ребенка. Все сферы познавательной деятельности испытывают дефицит. Страдают речь, восприятие, память, внимание, представление, мышление.

В первые 2-3 месяца жизни различия между глухим и слышащим ребенком почти не определяются (Е.Ф. Рау, Ф.Ф. Рау). Крик и гуление глухого ребенка мало отличаются от таковых у слышащего. У глухих детей лепет появляется, но постепенно угасает из-за невозможности контроля за своим произношением.

У глухих детей раннего возраста речь не может быть сформирована. Однако у них без специального обучения появляются различные голосовые и артикуляционные реакции. Это различные нечленораздельные звуки, восклицания, связанные с положительными или отрицательными эмоциями ребенка. Эти звуки и используются для привлечения внимания взрослых к себе.

Может наблюдаться смех, плач, произнесение отдельных речевых вокализаций. Дети раннего возраста часто используют эти звуки при общении со взрослыми, в игре. Дети пытаются через лепет выразить свои желания и потребности. Ребенок начинает применять различные звукосочетания для

обозначения предметов и действий. Однако эти сочетания звуков не похожи на слова родного языка, и их понимает только ограниченный круг близких ребенку людей. Звукосочетания используются вместе с неречевыми средствами общения — такими, как естественные жесты, взгляды, указания на предметы и т.д. Без обучения количество голосовых реакций с возрастом сокращается, они становятся более однообразными, потом исчезают совсем. Речевое развитие слабослышащих детей в младенческом возрасте характеризуется большим разнообразием, что связано с состоянием их слуха. Формирование предпосылок речи протекает примерно так же, как и у глухих. У детей с легкой и средней тугоухостью в раннем возрасте наблюдается много голосовых реакций. На 2-м году жизни появляется лепет, более бедный, чем у слышащих детей, но отличающийся от лепета глухих детей. Иногда к 2-3 годам появляются лепетные слова, слова, обозначающие названия игрушек, окружающих предметов. Эти слова произносятся с большим количеством грамматических и фонетических искажений. У небольшого числа слабослышащих детей появляется короткая фраза. Дети с тяжелой тугоухостью по состоянию речи в раннем возрасте внешне похожи на глухих. Однако у них больше голосовых реакций, чем у глухих, лучшее подражание речи взрослых.

В дошкольном возрасте у глухих детей без обучения речь не формируется. Отмечаются различные голосовые реакции, звукосочетания, лепет. Без обучения число голосовых реакций сокращается, они остаются более однообразными, к пяти-шести годам исчезают совсем. Иногда старшие дошкольники, не обученные речи, осознают свои речевые проблемы, неохотно идут на общение с людьми, уходят от контактов со взрослыми и слышащими детьми. Количество средств неречевого общения с возрастом у глухих дошкольников расширяется. Появляется больше естественных жестов, которые дети копируют у взрослых или придумывают сами. Развиваются разнообразные взгляды, характеризующие их эмоциональное состояние.

После четырех лет различия в речи глухих и детей с тяжелой степенью тугоухости становятся более заметны. У слабослышащих детей даже без спе-

циального обучения увеличивается число произносимых слов. Некоторые дети овладевают короткими аграмматическими фразами, типа: «Мама, ди» (Мама, иди), «Мама, да» (Мама, дай).

Одним из главных условий проведения работы по развитию речи является организация слухоречевой среды, которая предполагает постоянное речевое общение с ребенком при условии использования слуховых аппаратов. Работа по развитию речи детей младенческого возраста направлена на развитие зрительного и слухового сосредоточения на лице взрослого, его речи, предметах. Эта работа проводится длительно, в процессе общения с ребенком в течение всего дня, а также на специальных систематических занятиях.

Развитие речи у детей с нарушениями слуха на 2-3-м году жизни имеет более высокий темп. В связи с познанием разных предметов, явлений, у ребенка появляется словарь их названий, действий с предметами. Постоянное использование простых по структуре фраз делает доступными для понимания некоторые из них, наиболее часто повторяемые. Важно учить ребенка понимать значения глаголов, так это необходимо для понимания и использования фраз. С детьми дошкольного возраста продолжается работа, начатая еще в раннем возрасте. Основные требования к организации и содержанию работы с дошкольниками, имеющими нарушенный слух, в семье остаются те же, что предъявляются к работе с детьми раннего возраста. Однако содержание работы расширяется и углубляется по различным направлениям.

Воспитание и обучение происходит в течение всего дня, включая режимные моменты, игры, свободную деятельность.

Занятия, включающие различные виды работ, проводят ежедневно.

Создание слухоречевой среды предполагает речевое общение с ребенком всех членов семьи.

При работе с ребенком используется слуховой аппарат.

Всестороннее развитие ребенка включает в себя физическое, трудовое воспитание, ознакомление с окружающим миром, игровую деятельность, раз-

витие изобразительной деятельности, работу по развитию речи, формирование элементарных математических представлений, а также обучение чтению.

При поступлении ребенка в школу работа по развитию речи, восприятия, памяти и мышления в целом будет продолжена.

Динамика и прогноз

Потенциальные возможности детей с нарушениями слуха крайне велики. Медицина не в силах вернуть таким детям слух. Однако дети с нарушениями слуха могут приближаться по уровню общего и речевого развития к сверстникам с сохраненным слухом.

Если дети не имеют дополнительных отклонений в развитии, а адекватная и целенаправленная коррекционная работа проводится уже в первые месяцы жизни ребенка, то к 3-6 годам можно максимально приблизить уровни как общего, так и речевого развития к возрастной норме (даже несмотря на тяжелую тугоухость). Такие дети владеют развернутой фразовой речью, свободно общаются как с детьми, так и со взрослыми, могут рассказывать об увиденном, о каких-то случаях из жизни, хорошо понимают обращенную к ним речь (воспринимают слухозрительно), могут прочесть стихотворение и даже напевать песенки. Звучание их собственной речи обычно очень мало отличается от речи слышащих детей. Дети с нарушениями слуха пользуются слуховыми аппаратами. Дети с развитой собственной речью в дальнейшем обучаются вместе со слышащими детьми в детских садах и в школах общего типа.

Позднооглохшие дети (те, кто потерял слух в возрасте 4-5 лет и имел до этого момента сохранную речь) могут достичь такого же высокого уровня, при условии своевременно начатой и целенаправленной работы. Если удастся сохранить уже имеющиеся речевые навыки и совершенствовать их, а также в короткие сроки восстановить устную коммуникацию на другой сенсорной основе (зрительно-слуховой, зрительной, зрительно-вибротактильной), то позднооглохший дошкольник даже сможет остаться в том же детском

коллективе, в котором он воспитывался до момента потери слуха, и подготовиться к устному обучению в условиях массовой школы, а позднооглохший школьник сможет успешно продолжить свое обучение в том же классе, где обучался до болезни, травмы и т.д.

Дети с тяжелой тугоухостью и глухотой при позднем начале обучения — в 2-3 года — могут достичь высокого уровня общего и речевого развития также если присутствует ряд благоприятных факторов. К таким факторам можно отнести высокие потенциальные возможности самого ребенка, его личностные особенности (такие, как коммуникабельность, активность, физическая выносливость, работоспособность), а еще — систематическое, интенсивное, адекватное обучение ребенка. Занятия проводятся в условиях индивидуальной работы, в условиях занятий в малой группе (6-8 человек), при наличии дополнительной помощи (речевая ритмика и т.д.), при активном участии семьи в воспитании и обучении ребенка.

Эффект коррекционного воздействия на детей с нарушениями слуха определяется:

- ◆ своевременностью {с момента выявления характера снижения слуха);
- ◆ качественным слухопротезированием;
- ◆ использованием различной качественной звукоусиливающей аппаратуры (при отсутствии медицинских противопоказаний);
- адекватностью коррекционного процесса.

Из всего вышеизложенного следует, что высокого уровня общего и речевого развития достигают дети, не имеющие каких-либо дополнительных отклонений в развитии.

Такие дети относятся к 3 основным категориям:

- ◆ дети с незначительным снижением слуха;
- ◆ дети с тяжелыми нарушениями слуха, с которыми была начата коррекционная работа в раннем детстве и длительно проводилась в среде нормально слышащих (или внезапно потерявших слух) сверстников;

◆ дети, слышащие и говорящие до некоторого времени, с которыми проводилась специальная коррекционная работа по сохранению речи, восстановлению устной коммуникации, а также обучение грамоте.

Обучение этих детей более предпочтительно в массовом детском учреждении, чем в специальном. Однако интегрированное обучение будет эффективно при наличии коррекционной помощи, готовности ребенка обучаться в обществе слышащих, при желании родителей обучать своего ребенка в массовом детском саду, школе, активном участии родителей в образовании и воспитании ребенка.

Однако основная масса глухих и слабослышащих детей обучается в специальных учреждениях.

Российской сурдопедагогике свойствен оптимистический взгляд на возможности всестороннего развития детей с недостатками слуха. В соответствии с утвердившимся в отечественной психологии пониманием развития психики индивидуума как процесса его взаимодействия с социальным и природным окружением, сурдопедагогика выдвинула положение о решающем значении благоприятных социальных, в том числе специальных практических, условий для успешного преодоления последствий дефекта и всестороннего развития детей с нарушением слуха.

В настоящее время при обязательном основном общем образовании, принятом в стране, школа для глухих детей должна обеспечить дифференциацию требований к возможному уровню образования разных категорий детей, обучающихся в школе, определить приоритетные направления в работе, новые задачи в учебном образовании для неслышащих.

Специальная (коррекционная) школа призвана наряду с овладением детьми базовым уровнем знаний создать предпосылки для социальной адаптации выпускников, для включения их в трудовую деятельность и обеспечения достойного уровня жизни; развить у них необходимые способности самостоятельно находить и принимать решения в различных условиях, стрессовых ситуациях, получать нужную информацию и использовать для этого

свои знания и навыки. Решение этих задач с учетом особенностей разных групп глухих детей, обучающихся в школе, требует взаимодействия теории, практики и экспериментального обучения.

Бурные темпы развития науки, информационных технологий вызывают необходимость перестройки процесса обучения, сосредоточения внимания на развитии детей, на их желании учиться, пополнять знания.

К сожалению, многие, даже хорошо усвоившие школьную программу выпускники оказываются невостребованными обществом. Они не готовы к жизни в условиях нестабильности, в ситуации поиска работы, места приложения своих знаний. Складывающаяся проблематика активизирует научные исследования сотрудников Института коррекционной педагогики РАО по определению путей модернизации образования (Н.Н. Малофеев, Т.С. Зыкова, С.А. Зыков и др.). Практические работники ищут пути организации уроков с позиций нового взгляда на учебный процесс, его цели и задачи.

Все вышеперечисленное дает надежду, что глухие и слабослышащие после окончания обучения смогут адаптироваться к нашей сложной жизни и быть по-настоящему востребованы современным обществом.

Дошкольная сурдопедагогика

Многочисленные исследования глухих и слабослышащих детей показали, что большинство из них отстают в физическом и, при отсутствии специальных занятий, в интеллектуальном развитии. Этот момент делает необходимым начало коррекционных занятий еще в дошкольном возрасте. В плане физического отставания, по наблюдениям Н.А. Рау, у глухих и слабослышащих детей отмечаются шаткая походка, шарканье ногами, неловкость движений. Расстройства вестибулярного аппарата нередко приводят к снижению устойчивости и потере равновесия. Глухота или тугоухость являются причиной несформированности речи, что в свою очередь приводит к торможению развития познавательной деятельности и словесно-логического мышления. Именно поэтому педагоги огромное внимание уделяют воспитанию глухих и

слабослышащих дошкольников. Чем раньше начинается коррекционная работа, тем более она эффективна.

Развитие интеллекта у детей с нарушениями слуха

У детей дошкольного возраста наблюдается усиленное развитие всех психических процессов, в частности, мышления, памяти, восприятия и т.д. и т.п. В силу дефекта дети с нарушениями слуха значительно отстают от своих сверстников, поэтому здесь необходимо целенаправленное систематическое воспитание. Именно этот процесс осуществляется в детском саду.

Ребенок, принимая живое участие в повседневной жизни, общаясь со взрослыми и сверстниками, активно развивается. У него формируется речь, складываются представления об окружающем мире. Проводимые в детском саду занятия для глухих и слабослышащих дошкольников помогают им получить знания и умения, соответствующие возрасту, подготовиться к школе, а также развивают интеллектуальную деятельность. Проблемой воспитания ребенка с нарушениями слуха занимались многие исследователи-педагоги. На основании работ Н.А. Рау, Б.Д. Корсунской, А.А. Катаевой, Н.Г. Морозовой, Т.И. Обуховой можно сделать определенные выводы. Таким детям требуется специальное обучение в специализированных детских садах, хотя общие направления развития детей с дефектами слуха и здорового ребенка в целом совпадают. Глухие и слабослышащие дети обладают рядом особенностей. У них наблюдается:

- ◆ недоразвитие в плане зрительного восприятия, в частности, низкая скорость восприятия и узнавания предметов;
- ◆ замедленное формирование подражания, а также затруднения при выборе по образцу;
- ◆ отсутствие речи и дефицит доречевого общения.

Последнее приводит к задержке развития познавательной деятельности и словесно-логического мышления. Именно поэтому следует уделять повышенное внимание умственному воспитанию детей с нарушениями слуха.

Можно выделить ряд задач умственного воспитания таких дошкольников.

1. Формирование представлений и понятий об окружающем мире.
2. Развитие познавательных психических процессов.
3. Формирование первичных способов интеллектуальной деятельности.
4. Формирование словесной речи.

Все вышеперечисленные задачи должны осуществляться в процессе игры, специального обучения и труда.

Как правило, формирование представлений об окружающей жизни у детей с нарушениями слуха начинается с первых дней пребывания в детском саду. Двух-трех-летние глухие или слабослышащие дети еще не владеют речью. Ознакомление с окружающими происходит в процессе игровой деятельности.

На специальных занятиях дети получают представления и сведения о предметах и явлениях окружающей жизни, строении предметов, об их назначении. Кроме того, даются первоначальные сведения о жизнедеятельности человека и животных. Занятия проводятся с широким использованием наглядных пособий, натуральных предметов. Организовываются экскурсии, просмотры кинофильмов и диафильмов. Параллельно проводятся занятия по развитию речи, где дошкольники закрепляют словарь, полученный при манипуляциях с различными предметами.

Сведения, полученные на первом году обучения, пополняются новыми данными в дальнейшем. Так, к примеру, при изучении темы «Животные и растения» в первый год ребята просто наблюдают за животными на улице, в живом уголке при группе, в зоопарке, просматривая фильмы и телепрограммы. Постепенно дети запоминают названия животных и птиц, названия действий животных и птиц (летает, бегают, мычат). Так же дошкольники наблюдают за растениями. Проводятся экскурсии по лесу или парку, где ребята замечают изменения, происходящие в живой природе в зависимости от време-

ни года. Ведутся наблюдения за комнатными растениями. Дети постепенно учатся ухаживать за своими растениями.

На втором году обучения происходит значительное пополнение сведений о животных и растениях. Дошкольники запоминают, где живут различные животные и птицы, а также их детеныши, чем питаются, их значение для человека. Постоянные наблюдения и выяснение привычек животных формируют у ребят мыслительные операции. Дети анализируют, синтезируют, сравнивают и обобщают полученные в процессе занятий знания. То есть идет активное развитие умственной деятельности ребенка.

На третьем и четвертом году обучения дошкольников по специальной программе дети способны выделять домашних и диких животных, животных, обитающих в южных странах. Различают основные части тела животных, а также основные составляющие растений. Все ранее полученные сведения обобщаются и систематизируются.

На занятиях по ознакомлению с окружающим миром глухие и слабослышащие дошкольники формируют представление о человеке, его деятельности. С этой целью проводятся экскурсии, где дошкольники наблюдают за работой взрослых, видят применение различных инструментов, а также готовую продукцию. Попутно закрепляются новые слова, то есть увеличивается словарный запас дошкольника.

Глухие и слабослышащие дети должны получать и первичные географические и исторические сведения. Они узнают, как называется страна, в которой они живут, названия крупных городов, рек, протекающих по территории нашей страны, гор, морей.

Уже со второго года обучения в детском саду глухих и слабослышащих детей знакомят с временными представлениями. Ребенок должен усвоить названия частей суток, времен года. На третьем году вводятся понятия «завтра», «вчера», «сегодня», а также названия месяцев года и дней недели. С этой целью дети вместе с педагогом каждый день заполняют календарь погоды, где обозначены число, день недели и месяц. Наблюдая за природными

явлениями, дошкольники отмечают в календаре погоду при помощи схематического рисунка, а также вслух проговаривают число, название дня и месяц. Сравнивая различия в погодных явлениях за разные месяцы, ребенок учится делать выводы и выделять причинно-следственные зависимости событий.

Сведения, получаемые дошкольником на занятиях, должны обязательно закрепляться в процессе игр, труда, причем, не только в детском саду, но и дома.

Как известно, в основе познания окружающего мира лежат ощущения и восприятие. Зрение, осязание, слух, кинестезия, обоняние, вкус позволяют детям составить определенную картину об окружающей действительности. С другой стороны, развитие таких психических процессов, как восприятие и ощущения, влекут и интеллектуальное развитие ребенка.

Уделяется большое внимание изобразительной деятельности ребенка. На занятиях по рисованию дети учатся конструированию, труду. При помощи сохранных анализаторов ребенок с нарушениями слуха способен воспринимать цвет, форму, величину, количество, качество предметов. Дошкольники учатся работать с различными материалами: бумагой, тканью, ватой и т.д. Познают основные приемы работы с некоторыми орудиями труда, вырабатывают точные движения. Создавая поделки, дети самостоятельно планируют свою трудовую деятельность и стараются предвидеть результаты своего труда.

Уже на первых занятиях дети с нарушениями слуха выполняют специальные упражнения, направленные на развитие сенсорики. Для этого применяются разнообразные наглядные пособия: яркие игрушки, натуральные предметы. Ребята учатся рассматривать предметы, выявлять свойства тех или иных предметов, сравнивать предметы между собой. Для большей эффективности каждый ребенок может сам подержать в руках обследуемый предмет, показать его обводящим движением. Одновременно новое слово воспроизводится по таблице.

Большое внимание уделяется работе с бумагой. Дети с нарушениями слуха определяют, какой бывает бумага (цветная — белая, глянцевая — бархатная и т.д.), что можно сделать с бумагой (складывать, резать, рвать и т.д.). Занятия с применением бумаги позволяют формировать у ребенка геометрические представления. Так, к примеру, дети учатся получать новые геометрические формы путем деления целого на части: из бумажного квадрата можно получить два прямоугольника, разделив его пополам, четыре квадрата и т.д. В процессе выполнения различных поделок из бумаги у детей развивается мелкая моторика, что в свою очередь важно для развития речи и мыслительных операций.

Развитие мелкой моторики осуществляется в процессе подражания детьми движениями рук преподавателя. Так, к примеру, прежде чем манипулировать с предметами, ребенок имитирует процесс: умывание, стирку, забивание гвоздей и т.д. Впоследствии движения усложняются. С ребенком изучают знаки тактильной азбуки. Умение подражать формируется у детей при помощи определенных игр: зеркало, мозаика, выкладывание узоров из палочек по образцу.

На занятиях с детьми с нарушениями слуха обязательно проводятся упражнения и игры на внимание: «Лото», «Найди пару», «Подбери и покажи». На занятиях по изобразительному искусству и по слуховому восприятию также развивается внимание ребенка. Дети учатся внимательно воспринимать слуховой материал с закрытыми глазами, на определенном расстоянии от источника звука, стоя спиной к нему. Подобные упражнения требуют максимальной сосредоточенности от ребенка.

Расширение интересов детей, широкое использование наглядных пособий, а также строгое соблюдение режима учебной деятельности и отдыха позволяют формировать у детей с нарушениями слуха устойчивое произвольное внимание, что очень важно для интеллектуального развития. Педагог должен стараться сознательно направлять внимание дошкольников на изуча-

емые предметы и явления. Это, в свою очередь, вырабатывает у детей способность наблюдать.

Принимая участие в уходе за животными в живом уголке или за домашними растениями, дошкольники прекрасно тренируют свою наблюдательность. Они видят, как растут и цветут домашние растения, как реагируют на изменения погоды уличные растения. Ухаживая за животными, дошкольники узнают их привычки и повадки. В результате ребенок учится устанавливать причинно-следственные связи: «Листья пожелтели и опали, потому что наступает холодное время года», «Вода в реке замерзла, потому что мороз». Усвоенные знания дети обобщают в рассказах, а также отражают в своих рисунках.

Широко используются также дидактические игры и игрушки: геометрическое лото, «волшебный мешочек», матрешка, пирамидки и т.д. В результате дети учатся различать предметы на ощупь, узнавать их, сравнивать. На занятиях ребенок получает и закрепляет определенный сенсорный опыт, который необходим ему для адаптации в окружающем мире.

Огромное значение придается сенсорному воспитанию детей с нарушениями слуха, особенно развитию слухового восприятия. Проводятся упражнения на различение речи и неречевых звуков. В процессе занятий у ребенка складываются определенные представления о мире звуков, что благоприятно сказывается на качестве устной речи.

Наглядно-образное и наглядно-действенное мышление играет огромную роль в интеллектуальном развитии ребенка. Наглядно-образное мышление необходимо для формирования словесно-логического мышления. Дети с нарушениями слуха сильно отстают в этом плане от нормально слышащих сверстников. Именно поэтому формирование мыслительной деятельности детей осуществляется в единстве с развитием речи. Весь программный материал разделен по темам и предполагает ступенчатое (поэтапное) развитие умственных действий.

К примеру, при изучении темы «Посуда» сначала дети знакомятся с практическим применением посуды в быту. Затем они узнают название предметов и способы их использования. В дальнейшем на занятиях по развитию речи осуществляется узнавание предметов и подкладывание к ним табличек с названиями. Ребенок может взять предмет в руки, ощупать его, переставить в другое место, то есть выполнить определенное действие с предметом, что ускоряет процесс запоминания его названия. В заключение проводятся дидактические игры, типа «Накорми куклу», а также сюжетно-ролевые игры.

Наглядно-действенная форма мышления формируется у детей в процессе манипуляций с различными предметами. Таким образом ребенок открывает для себя свойства предметов, делает первые обобщения.

Дети с нарушениями слуха сталкиваются с серьезными трудностями при овладении классификацией предметов. Именно поэтому на занятиях проводятся дидактические игры с применением предметов или картинок, с обязательным проговариванием обобщающих слов. Дети также должны по одному предмету определить группу, и наоборот.

Обучение детей с нарушениями слуха элементарной математике также способствует их интеллектуальному развитию. На первом году обучения ребенок учится по образцу подбирать нужное количество предметов. Еще не зная чисел, не умея считать, он составляет множества из одинаковых предметов, объединяя их по форме, величине, цвету. Постепенно дети учатся соотносить количество предметов с количеством пальцев. Путем сравнения с предыдущим усваивается новое число. Таким образом, ребенок усваивает, что, к примеру, 3 (мячика) больше, чем 2 (грибочка). Для того чтобы сделать поровну, нужно убрать один мячик или прибавить один грибочек. В процессе занятий наряду с наглядными пособиями должен широко использоваться раздаточный счетный материал. Практическая деятельность с предметами помогает ребенку лучше усвоить учебный материал.

В процессе математических занятий преподаватель должен обязательно акцентировать внимание на способе решения того или иного задания, не

ограничиваясь только односложными правильными ответами детей. Он должен выяснить, как ребенок пришел к такому ответу.

Дети с нарушениями слуха, как правило, испытывают трудности при измерении жидких и сыпучих веществ при помощи условной мерки. В этом случае эффективна игра с курочками. Так, к примеру, возле каждой высыпанной чашки крупы нужно поставить по курочке, что делает счет наглядным. Далее ребенок пробует самостоятельно измерять чашками, ложками, стаканами и т.д.

При сравнении объема измеряемых веществ можно опять использовать прием с курочками. Так, к примеру, высыпав на два листа бумаги по две чашки риса и поставив по две курочки, педагог спрашивает детей, где больше риса. Скорее всего, он получит правильный ответ. Ребята испытывают трудности, если на одном листе рис лежит горкой, на другом расположен слоем, хотя на обоих листах находятся по две курочки. При повторении упражнения дети уже не ошибаются. Подобные задания уточняют представления детей об измерениях предметов по величине, количеству, учат обобщению.

Для детей с нарушениями слуха очень важно раннее обучение словарной речи. Если у нормально слышащего ребенка сенситивным периодом для овладения речью является возраст до трех лет, то у ребенка с нарушением слуха в силу дефекта наблюдается отставание в этом плане. Несформированность речи приводит к задержке интеллектуального развития. Дошкольное обучение детей с нарушениями речи позволяет преодолеть нарастающие различия с нормально слышащими ребятами.

Необходимым условием для овладения ребенком с нарушением слуха речью является создание в детском учреждении речевой среды. Необходимый для усвоения ребенком речевой материал должен постоянно использоваться взрослыми в сходных ситуациях, и, как следствие, повторяться детьми.

Первоначально слова и фразы даются воспитателями в условиях бытовой деятельности. В дальнейшем те же слова и фразы употребляются на занятиях.

Развитие речи протекает не только на занятиях, но в быту, в процессе общения со взрослыми и сверстниками, а также во время практической деятельности. Малыши вводятся в речевую среду путем непосредственного обращения к каждому ребенку индивидуально. Минимальный набор слов представлен в виде печатных табличек и карточек. Речевой материал дети с нарушением речи воспринимают слухо-зрительно. На втором году обучения осуществляется устно-дактильное проговаривание ребенком слов и фраз, представленных на табличках, с помощью педагога. Дети в процессе общения начинают активно пользоваться дактильной формой речи.

Ошибки, допускаемые ребенком в словесной речи, обязательно исправляются взрослыми, причем в форме дактильной речи. Это помогает детям с нарушением слуха проанализировать свою речь.

В основе овладения ребенком устной речью лежит подражание. Многократно повторяя за взрослым один и тот же материал в разных условиях, дети запоминают его. Постепенно часто употребляемые слова входят в активный словарь ребенка. Кроме того, у детей появляется навык проговаривания вслух необходимого речевого материала, развивается речевое мышление.

Коллективно выполняя задания или участвуя в общих играх, дети обязательно должны общаться друг с другом и педагогом посредством устной речи. Для этого педагог и воспитатель целенаправленно приучают детей к словесному общению, формируя нужные для этого фразы, стимулируя словесную активность. К примеру, во время дежурств детей учат задавать вопросы, давать поручения товарищам или самим просить их о помощи. На занятиях специально создаются ситуации или проводятся игры, требующие словесного общения.

Исследования показали, что наиболее эффективно устная речь у детей с нарушением слуха развивается во время сюжетно-ролевых игр. С этой це-

лью на занятиях по развитию речи проводятся инсценировки известных детям сказок, сюжетно-ролевые игры, где дети действуют и общаются друг с другом в соответствии со своей ролью. Большое внимание здесь уделяется формированию естественного темпа, ритмической структуры слова, интонации. Именно поэтому речь воспитателей и педагогов должна быть тоже естественной, обычного тембра и интонации. Некоторые взрослые начинают общаться с детьми с нарушением слуха, медленно проговаривая каждый слог. В результате и ребенок усваивает подобный стиль общения. Речь становится неестественной и непонятной для окружающих.

Работа по развитию речи на занятиях осуществляется в трех направлениях:

- ◆ усвоение и закрепление речевого материала, разбитого по темам;
- ◆ формирование различных видов речевой деятельности (устная речь, чтение, письмо, слухо-зрительное восприятие, дактилирование, слушание);
- ◆ специальные языковые наблюдения в целях усвоения значения слов, звукобуквенный анализ слова или отработка грамматических форм слова в структуре целых предложений.

На первом году обучения детям с нарушениями слуха положено знать не менее 230 слов. К семи годам словарь должен увеличиться до 2000-2300 слов.

Физическое развитие детей с нарушениями слуха

Как известно, подвижный образ жизни благоприятно сказывается на всех системах и органах ребенка. Подвижные игры и физкультура укрепляют сердечно-сосудистую систему, мышцы, стимулируют обмен веществ. Дети меньше болеют, легче переносят вирусные инфекции. Специальные дошкольные учреждения для детей с нарушениями слуха выполняют следующие задачи:

- ◆ охрану здоровья детей;
- ◆ укрепление и закаливание растущего организма;

- ◆ привитие культурно-гигиенических навыков;
- ◆ развитие целенаправленных движений;
- ◆ коррекционная работа по преодолению дефектов физического развития детей с нарушением слуха;
- ◆ обучение речи в тесной связи с физическим воспитанием детей.

В качестве средств физического воспитания можно назвать режим жизни детей, правильное питание, физические упражнения, подвижные игры.

В специальных дошкольных учреждениях для детей с нарушениями слуха предусмотрено круглосуточное пребывание ребенка. С 2-3-летнего возраста жизнь детей подчинена специальному режиму, который обеспечивает благоприятное протекание всех физиологических процессов в организме ребенка. В результате в коре больших полушарий головного мозга формируются условные рефлексы на время и чередование нервных процессов возбуждения и торможения. Это позволяет обеспечить четкую работу организма ребенка при выполнении определенного вида деятельности в одни и те же часы. Четкая смена отдыха и деятельности формирует динамические стереотипы жизнедеятельности.

Для каждой возрастной группы предусмотрен свой режим дня, учитывающий психофизиологические особенности детей. Здесь четко определено время для сна, приема пищи, занятий, игр, прогулок. Для профилактики переутомления нервной системы ребенка на сон детей отводится 11 часов в ночное время и 1,5-2 часа в дневное. Предусмотрено четырехразовое питание, ежедневные прогулки в течение 3-4 часов.

Сравнительно с обычными детскими садами, в специальных учреждениях для детей с нарушениями слуха значительно увеличены количество и длительность организованных занятий. На дополнительных занятиях проводится коррекционная работа по развитию восприятия, речи, мышления. Подобная нагрузка требует повышения и двигательной активности детей с нарушениями слуха.

Одной из важнейших задач физического воспитания является закаливание. Оно поднимает иммунитет к простудным, инфекционным заболеваниям, повышает устойчивость к температурным раздражителям, тренирует нервную и сердечно-сосудистую системы организма. Закаливание эффективно начинать с первых лет жизни ребенка, поскольку детский организм значительно легче приспосабливается к новым условиям. В детском саду для ребенка регулярно проводятся воздушные и водные процедуры. От обтирания дети постепенно переходят к обливанию ног водой. Помещения, в которых спят и занимаются дети, должны регулярно проветриваться как в теплое, так и в холодное время. При занятиях физкультурой дети должны быть в легкой удобной одежде.

В процессе закаливания детей педагогам необходимо принимать во внимание состояние здоровья, индивидуальные особенности, поведение воспитанника. К ослабленным детям нужен более осторожный подход. Здесь требуется медленнее изменять силу и длительность воздействия.

В соответствии с программными требованиями и индивидуальными особенностями детей с нарушениями слуха, в каждой возрастной группе формируются культурно-гигиенические навыки. В процессе коррекционной работы глухие и слабослышащие способны овладеть теми же культурно-гигиеническими навыками, что и обычные дети.

В два года ребенок с нарушением слуха должен уметь самостоятельно садиться на стульчик, пользоваться ложкой, пить из чашки, мыть руки, снимать отдельные предметы одежды. Формирование навыков осуществляется путем показа действия, подкрепленного словом. То есть ребенок одновременно усваивает и действие, и слово, что является необходимым для организации общения во время протекания режимных моментов.

Четырех-пятилетние дети с нарушением слуха более самостоятельны в самообслуживании. Они должны самостоятельно одеваться и раздеваться, застегивать пуговицы, завязывать шнурки. Они должны уже сами или с помощью взрослых содержать свою одежду в порядке, аккуратно складывать свои

вещи на отведенные места. Ребенок должен также уметь тщательно умываться, мыть руки, чистить зубы, причесываться. Кроме того, детей с нарушениями слуха приучают к бесшумным движениям. Ребенок должен уметь тихо встать из-за стола, осторожно поставить свой стульчик на место, при ходьбе не шаркать ногами, не толкаться. Культурно-гигиенические навыки прививаются в процессе показов, упражнений, а также игр. Так, к примеру, для обучения застегиванию пуговиц организуются специальные занятия, на которых дети сначала на дидактических пособиях: домиках, цветочках — застегивают пуговицы. Так же осуществляется обучение зашнуровыванию и завязыванию шнурков. Таким образом, ребенок с нарушением слуха учится воспринимать, анализировать, обобщать, предвидеть результат практических действий.

Для нормального физического и психического развития ребенку необходима двигательная активность. Развитие основных движений очень важно для детей с нарушениями слуха. Оно осуществляется как на занятиях, так и в самостоятельной повседневной жизни. Основными формами физического воспитания в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями слуха являются:

- ◆ утренняя гимнастика благоприятно воздействует на весь организм, повышает его работоспособность, формирует правильную осанку, походку, осуществляет профилактику плоскостопия. В утреннюю гимнастику включаются упражнения в соответствии с программными требованиями каждого года обучения. В основном это простые построения, ходьба, бег, подскоки, подвижные игры. Продолжительность утренней зарядки колеблется от 4 до 12 минут, в зависимости от возрастной группы детей;

- ◆ занятия по физической культуре проводятся 2 раза в неделю в спортивном зале с каждой группой. В младшей группе продолжительность занятия 15-20 минут, в средней — 25 минут, в старшей и подготовительной — 35 мин. Основные задачи каждого года обучения можно увидеть в программе детского сада. Здесь же представлен словарь, употребляемый детьми в устной и тактильной форме во время занятий. Программа включает и перечень

основных видов движения: построение, ходьба, бег, прыжки, ползание, лазание, перелезание, упражнения с различными предметами и без них, корригирующие упражнения (развитие равновесия, формирование правильной осанки, предупреждение плоскостопия);

◆ подвижные игры позволяют стимулировать активную деятельность детей во время занятий. В младшем дошкольном возрасте широко проводятся игры по подражанию животным, птицам, воспроизведению движения машины, самолета. Старшие дошкольники охотно принимают участие в играх, включающих элемент соревнования. Это активизирует детей, побуждает прилагать волевые усилия. В процессе проведения подвижных игр у детей с нарушением слуха развивается и совершенствуется точность движений, формируется реакция на словесный или звуковой сигнал, появляется умение действовать в группе сверстников с учетом игровых правил;

◆ физкультурные минутки прекрасно снимают напряжение во время занятий, предупреждают появление утомления, повышают работоспособность. Упражнения организуются педагогом и могут выполняться как вместе с ним, так и самостоятельно. В старших группах выполнение определенных упражнений сопровождается речевками. Помимо специально организованных занятий имеет место и самостоятельная двигательная активность детей. Она осуществляется перед завтраком, между занятиями, на прогулках, в часы игр, перед сном. Педагоги не должны постоянно гасить эту подвижность в целях наведения порядка и тишины в группах. Дети должны двигаться. Очень важно правильно организовать и направить эту двигательную деятельность. Методика и содержание занятий по физической культуре в детских садах для детей с нарушениями слуха разработана Г. В. Трофимовой. Здесь учитываются особенности как физического, так и моторного развития таких детей.

Занятия по физкультуре в специальных детских дошкольных учреждениях включают в себя 3 части:

◆ вводную, которая подготавливает организм ребенка к физической нагрузке, эмоционально настраивает его, сюда входят игры на внимание, упражнения в ходьбе, беге;

◆ основную, которую составляют уже более сложные общеразвивающие упражнения с предметами и без предметов, подвижные игры;

◆ заключительную, которая включает в себя упражнения с замедленными движениями, приводящими организм ребенка в более спокойное состояние.

В процессе занятий по физической культуре особое внимание уделяется ходьбе. Она включается в каждое занятие и способствует формированию у детей устойчивой походки, правильной осанки, координации движений. Дошкольники учатся ходить по одному, парами, группами. Устойчивость у ребенка тренируется путем выполнения упражнений в ходьбе между предметами, перешагивания предметов (палки, кубики, канат).

Свобода движений, координация и устойчивость вырабатываются также в процессе выполнения всевозможных упражнений в беге: бег «стайкой», в одиночку, вдоль каната, по кругу, за мячом, к флажку и т.д.

На занятиях по физическому воспитанию детей с нарушениями слуха широко проводится и коррекционная работа, направленная на устранение недостатков в двигательном развитии детей и на формирование словесной речи детей. Правильная осанка отрабатывается в процессе выполнения упражнений из положения лежа на животе и на гимнастической стенке. Задания на развитие равновесия характеризуются уменьшением площади опоры. Ребенок, к примеру, должен пройти по скамейке, доске, наклонной доске, дорожке из канатов и др.

В специальных дошкольных учреждениях применяется целый комплекс двигательных гимнастических упражнений, способствующих нормальному развитию у детей с нарушением слуха грудной клетки и органов дыхания. Сюда входят голосовые и двигательные упражнения, фонетическая ритмика.

Ученые давно заметили зависимость развития устной речи от развития в целом общей моторики ребенка. Точность движений предплечья и пальцев руки, координация движений обеих рук играют значительную роль в восприятии ритма. Именно поэтому в программу специальных детских садов в целях формирования устной речи включена фонетическая ритмика.

Фонетическая ритмика — это выполнение ребенком определенных движений в сочетании с проговариванием различных составляющих речи: звуков, слогов, слов и фраз. То есть, ребенок регулярно выполняет тренировочные упражнения для развития речедвигательного анализатора, учится правильно воспринимать и воспроизводить ритмико-интонационную и слоговую структуры слова.

Одновременно с развитием движений осуществляется работа по развитию слухового восприятия. Ребенок учится различать звуковые сигналы и соотносить их с движениями. К примеру, аккорд или удар барабана может служить сигналом к началу выполнения упражнений. Многие гимнастические упражнения обязательно выполняются под музыку. Дети учатся танцевать, петь песни, играть под музыку.

Во время занятий по физической культуре дети обязательно должны общаться посредством словесной речи. Каждое новое движение сначала показывается детям без словесного сопровождения, упражнение воспроизводится детьми по подражанию. После того как дошкольники хорошо усвоят движение, педагог вновь показывает знакомое движение, но уже проговаривая словесную инструкцию. Далее сначала педагог проговаривает движение и только потом повторяет его. В дальнейшем все разученные детьми движения выполняются исключительно по словесной инструкции. Речь воспитателя также должна подчиняться определенным требованиям. Она должна быть немногословной и включать в себя минимум слов и фраз, который нужен для точного выполнения упражнений.

Физическое воспитание, так или иначе, затрагивает и нравственное воспитание ребенка. Дошкольник, выполняя различные упражнения, воспи-

тывает свою волю, закаляет характер. Коллективные игры и упражнения формируют у ребенка дисциплинированность, умение подчиняться общим правилам игры, способность соотносить свои желания с желаниями соратника по игре или команде.

Немаловажное значение для благоприятного воздействия физкультуры на организм ребенка приобретает его настроение. Очень важно, чтобы упражнения и подвижные игры вызывали у дошкольников только позитивные переживания. Это определяет нормальное протекание всех физиологических процессов организма ребенка: сердечной деятельности, дыхания, процессов обмена. Здесь многое зависит от воспитателя, от его умения взаимодействовать с детьми, способности поддержать дошкольника, когда что-то не получается с первого раза.

Эффективное осуществление всех задач физического воспитания делает процесс воспитания и обучения детей с нарушением слуха в дошкольном возрасте более успешным.

Содержание и методы обучения детей с нарушениями слуха

Трудности в развитии речи у детей с нарушениями слуха обуславливаются следующими причинами:

- ◆ отсутствие или ослабление звуковой стимуляции речевых зон мозга;
- ◆ более медленное и своеобразное развитие речи, обусловленное дефектом слуховой информации.

Тяжесть нарушений речевого развития напрямую связана со временем появления нарушений слуха и со степенью его нарушения. Недостаточное развитие звуковой дифференцировки приводит к снижению смыслового различения. Нарушения фонематического развития способствуют возникновению нарушений слухоречевой памяти. Недоразвитие речи обуславливает изменение развития других познавательных процессов, замедление психического развития ребенка.

Для глухих детей создаются специальные общеобразовательные школы-интернаты. Такие заведения решают задачи воспитания, общеобразовательной и трудовой подготовки глухих школьников, коррекции и компенсации недостатков в их развитии. В состав школы входит 12 классов, помимо этого, подготовительный класс для детей 6 лет. Глухие дети получают образование в объеме восьмилетней массовой школы за 12 лет. Обычно в одном классе может находиться не более 12 человек. Особое внимание в коррекционной и учебно-воспитательной работе уделяется формированию и развитию вербальной речи и словесно-логического мышления, расширению активной речевой практики, развитию остаточного слуха. Основой дидактической системы обучения глухих и слабослышащих детей является предметно-практическая деятельность, которая выступает в качестве базы для общего и речевого развития, формирования познавательной активности, самостоятельности и сознательности в приобретении знаний, умений и навыков. Главное требование к процессу образования — это организация развивающей слухоречевой среды, предусматривающей слухозрительное и слуховое восприятие устной речи с помощью звукоусиливающей аппаратуры.

Специализированные школы и школы-интернаты для слабослышащих и позднооглохших детей осуществляют воспитание, образовательную и трудовую подготовку, преодоление последствий снижения слуха и речевого недоразвития детей. Применяются методы, максимально стимулирующие детей к активной речевой деятельности, развитию слухового восприятия и формированию навыков чтения с губ, с лица. Школы-интернаты принимают детей с 7 лет. Трудовое обучение детей с нарушениями слуха начинается с 12-летнего возраста и занимает основное место в образовательной программе. С глухими и слабослышащими детьми проводится лечебно-реабилитационная, санитарно-гигиеническая, консультационная работа. Все действия направлены на максимальное сохранение остаточного слуха.

Основной причиной отставания в умственном развитии ребенка с недостатками слуха является нарушение развития речи. Проблема заключается в

следующем: ребенок не слышит своего голоса и речи окружающих и, следовательно, не может ей подражать. Характер речевых дефектов непосредственно зависит от выраженности снижения слуха и времени возникновения слуховой аномалии. На эти аспекты и работают принципы дифференцированного обучения.

Социокультурная адаптация детей с нарушениями слуха достаточно часто осложняется эмоциональными и поведенческими расстройствами. В большинстве случаев такие дети замкнуты, предпочитают общение с себе подобными, болезненно реагируют на случаи обнаружения их дефекта. Речь глухого или слабослышащего ребенка характеризуется количественной недостаточностью и качественным своеобразием. Часто отмечаются нарушения звукобуквенного состава слов, потому что некоторые звуки ребенок может не уловить, другие воспринимает неправильно, отчетливо слышит только ударные части слова, недостаточно ясно дифференцирует на слух приставки, окончания слов. Все эти обстоятельства обуславливают необходимость предельно раннего начала учебно-воспитательной работы.

В последние десятилетия были проведены теоретические и экспериментальные исследования по ранней коррекции нарушений слуха, согласно которым раннее целенаправленное педагогическое воздействие на детей с нарушенным слухом приводит к принципиально иным результатам по сравнению с традиционными. Благодаря этим исследованиям были разработаны программы и методы ранней комплексной коррекции. Ранней называется коррекция детей в возрасте до 3 лет. Разработанные программы ранней коррекции недостатков слуха у детей способствуют достижению следующих результатов: часть детей даже с глухотой уже к 3-5 годам максимально сближается по уровню общего и речевого развития с нормально слышащими детьми, что позволяет организовать их интегрированное обучение в среде слышащих без постоянной специализированной помощи; некоторые дети получают возможность обучаться в массовой школе при постоянной помощи

сурдопедагога; большинство детей впоследствии могут обучаться в школах для слабослышащих.

Дети с нарушениями слуха могут быть включены в систему интегрированного обучения.

Виды интеграции

1. Комбинированная интеграция — дети с высоким уровнем психофизического и речевого развития на равных воспитываются в массовых группах, получая постоянную коррекционную помощь учителя-дефектолога.

2. Частичная интеграция — неслышащие дети, еще не способные на равных со слышащими сверстниками овладеть образовательным стандартом, вливаются в массовые группы лишь на часть дня;

3. Временная интеграция — все воспитанники специальной группы объединяются со слышащими детьми 1-2 раза в месяц для проведения различных мероприятий.

Наиболее комфортной моделью совместного обучения для ребенка с нарушениями слуха является включение его в коллектив слышащих сверстников с первых дней пребывания в учреждении. В ином случае может возникнуть психологический дискомфорт: ребенок воспитывался в специальной группе, где сложился свой коллектив, в котором ребенок занимал свое, особое место. При попадании в новое детское сообщество ребенок испытывает значительные трудности как в связи с особенностями его развития, так и в связи со статусом «чужака», пришедшего из другой группы.

Если неслышащий ребенок имеет достаточно высокий уровень психофизического развития и в дальнейшем постоянно воспитывается в группе слышащих детей, то этот дискомфорт постепенно преодолевается. Но большинство воспитанников группы для детей с нарушениями слуха посещают массовую группу лишь на часть дня, и в этом случае достаточно сложно ввести ребенка в коллектив слышащих сверстников. В данном случае замечательна новая модель интеграции — модель смешанной группы, где дети с

нормальным и нарушенным слухом воспитываются вместе, независимо от уровня речевого развития детей с нарушением слуха.

Особенности обучения глухих детей

У глухих детей особенно отстает развитие словесно-логического мышления, то есть связи между предметами, признаками, действиями и их словесными обозначениями длительное время не формируются. Наиболее сложна для глухих детей логическая переработка текста, построение умозаключений на основе сведений, предъявляемых в речевой форме.

Специальная школа I вида, где обучаются глухие дети, ведет образовательный процесс в соответствии с уровнем общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- ◆ I ступень — начальное общее образование (5-6 или 6-7 лет, в зависимости от того, обучался ли ребенок в подготовительном классе);
- ◆ 2 ступень — основное общее образование (5-6 лет);
- ◆ 3 ступень — полное среднее общее образование (2 года, как правило, в структуре вечерней школы).

Для детей, не получивших полной дошкольной подготовки, организуется подготовительный класс. В первый класс принимаются дети с 7 лет. Вся учебная деятельность характеризуется работой по формированию и развитию словесной устной и письменной речи, общения, умения воспринимать и понимать речь окружающих на слухозрительной основе. Дети учатся использовать остатки слуха для восприятия речи на слух и слухозрительно с использованием звукоусиливающей аппаратуры. С этой целью регулярно проводятся групповые и индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и формированию произносительной стороны устной речи.

В школах, работающих на билингвистической основе, не только осуществляется равноправное обучение языку словесной и языку жестовой речи, но учебный процесс ведется на языке жестовой речи. В составе специальной школы I вида организуются классы для глухих детей со сложной структурой

дефекта (умственной отсталостью, трудностями в обучении, слабовидящих и др.). Количество детей в классе (группе) не должно быть более 6 человек, в классах для детей со сложной структурой дефекта — до 5 человек.

Основное внимание уделяется развитию речи глухих детей, что является наиболее важным фактором в системе социальной адаптации ребенка. Глухие дети овладевают языком в процессе специального обучения, Русский язык в коррекционной школе имеет коррекционную направленность. Кроме специальных уроков (развитие речи, чтение, грамматика), развитию речи способствуют индивидуальные занятия. В процессе становления речи в условиях специального обучения формируется словесно-логическое мышление школьника. Речь оказывает большое влияние на познание ребенком окружающего мира, на развитие эмоционально-волевой сферы и формирование личности в целом. Благодаря словесной речи неслышащие дети могут развиваться всесторонне, овладевать основами наук, вступать в общение со слышащими, на основе чего и происходит их социальная адаптация.

Работа по языку строится в неразрывном единстве с другими предметами школьного курса. Перед коррекционной школой для глухих детей ставится следующая задача: обеспечить учащимся овладение языком в степени, необходимой им для активной общественной деятельности и труда в среде слышащих людей. Также обучение и воспитание в школе первого вида ориентируется на возможность продолжения образования глухими детьми.

В специальной школе II вида обучаются слабослышащие (имеющие частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохшие дети (оглохшие в дошкольном или школьном возрасте, но сохранившие самостоятельную речь). Коррекционная школа для слабослышащих детей имеет два отделения:

- 1) для детей с легким недоразвитием речи, связанным с нарушением слуха;
- 2) для детей с глубоким недоразвитием речи, причиной которого является нарушение слуха.

Если в процессе обучения возникает необходимость перевода ребенка из одного отделения в другое (ребенку трудно в первом отделении или, наоборот, ребенок во втором отделении достигает такого уровня общего и речевого развития, которое позволяет ему учиться в первом отделении), его переводят в первое отделение согласно рекомендации МППК и с согласия родителей. В первый класс в любое из отделений принимаются дети, достигшие 7 лет, если они посещали детский сад. Для детей, которые по какой-либо причине не имеют соответствующей дошкольной подготовки, во втором отделении организуется подготовительный класс. Наполняемость класса (группы) в первом отделении — до 10 человек, во втором — до 8 человек. В специальной школе II вида образовательный процесс осуществляется в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

- ◆ 1 ступень — начальное общее образование (в первом отделении 4-5 лет, во втором отделении 5-6 или 6-7 лет);

- ◆ 2 ступень — основное общее образование (6 лет в первом и во втором отделениях);

- ◆ 3 ступень — среднее (полное) общее образование (2 года в первом и во втором отделениях).

Развитие слухового и слухозрительного восприятия, формирование и коррекция произносительной стороны речи проводятся на специально организованных индивидуальных и групповых занятиях с использованием звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования и индивидуальных слуховых аппаратов. Развитие слухового восприятия и автоматизация навыков произношения продолжаются на занятиях фонетической ритмикой и в различных видах деятельности, связанных с музыкой.

Игры по развитию речи детей с нарушениями слуха (По: Головчиц Л.А., Осипова Т.А. Дидактические игры по развитию речи дошкольников с нарушениями слуха / Дефектология, 2003. — № 1. С. 78.)

Для формирования словаря детей с дефектами слуха, формирования различных форм словесной речи, развития связной речи детей в дошкольный период и в младших классах школы желательно использовать игровые моменты. Дидактические игры создают необходимую мотивацию овладения речевым материалом. Данные и аналогичные игры можно использовать на занятиях по развитию речи.

«Поезд»

Цель игры: обучение детей чтению и ответам на вопросы.

Оборудование: игрушечный поезд (5-6 вагонов), игрушки (волк, заяц, лиса, кошка и т.д.), таблички с названиями игрушек, прикрепленные к вагонам поезда.

Ход игры

Дети сидят или стоят перед учителем. Учитель (воспитатель) достает из красивой коробки игрушки и называет их вместе с детьми, дает игрушку каждому ребенку. Учитель показывает детям поезд с табличками, говорит: «Будем играть. Лиса, волк, заяц... едут в гости к кукле. Где едет лиса (заяц, волк...)?» Ребенок, у которого находится называемая игрушка, подходит к поезду и сажает в вагон с аналогичной табличкой игрушку. Вместе с педагогом ребенок прочитывает табличку. Игра продолжается до тех пор, пока все дети не разместят животных по вагонам. После этого поезд уезжает.

«Угадай»

Цель игры: развитие мелкой моторики, обучение глобальному чтению, пониманию вопросов и ответам на них.

Оборудование: черно-белые картинки с изображениями животных, таблички с названиями животных.

Ход игры

В основе этой игры лежит соотнесение положения пальцев с особенностями внешнего вида некоторых животных. На наборном полотне выставляются картинки или пиктограммы с изображениями животных, на столах у детей — таблички с их названиями. Сначала учитель уточняет названия жи-

вотных: указывает на картинку и спрашивает: «Кто это?». Дети находят на столе нужную табличку и прочитывают ее вместе с педагогом. Затем педагог воспроизводит положение пальцев обеих рук, передающее особенности животного (складывает пальцы, изображая клюв гуся, или делает движения двумя пальцами, демонстрируя заячьи ушки). После чего педагог предлагает детям воспроизвести движения пальцев, а затем указать на табличку с названием животного. Дети воспроизводят движения пальцев, указывают на соответствующую табличку и прочитывают ее.

Глава 4 ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Основные понятия об анатомическом устройстве глаза и функциях зрения. Этиология. Основные зрительные функции и их нарушения

Зрительный анализатор является сложной функциональной системой, включающей воспринимающий прибор зрения (глаз), зрительный нерв, по которому из окружающей среды сигналы поступают в кору больших полушарий мозга, и, наконец, воспринимающие клетки в затылочной области коры и рассеянные зрительные элементы в других областях коры.

Высокая организация нервных элементов зрительной системы обеспечивает сложный зрительно-пространственный анализ и синтез воспринимаемых предметов, процессов и явлений действительности.

Наружная оболочка глазного яблока — склера. Передняя часть склеры переходит в прозрачную ткань — роговицу. Наружные волокна склеры образуют твердую оболочку зрительного нерва. Изнутри склера выстлана богатой кровеносными сосудами оболочкой, носящей название сосудистого тракта, в котором различаются три части: сосудистая оболочка, ресничное тело и радужная оболочка (радужка). Впереди сосудистая оболочка постепенно уплощается, образуя ресничное тело, в состав которого входят ресничная и аккомодационная мышцы. С помощью последней глаз устанавливается для зрительного восприятия предметов, находящихся на различных расстояниях от наблюдателя. Ресничная мышца иннервируется волокнами глазодвигательного нерва. Радужная оболочка составляет часть сосудистого тракта с отверстием посередине — зрачком. Радужка у разных людей имеет разный цвет, что зависит от содержания в ней пигмента. В радужке имеются мышцы, с помощью которых суживается и расширяется зрачок. За радужкой расположен хрусталик. Позади хрусталика все пространство глазного яблока заполнено стекловидным телом. Внутренняя оболочка глазного яблока — сетчатка —

расположена с внутренней стороны сосудистого тракта. По своему строению она является наиболее сложной и выполняет важные функции зрения, обеспечивающие процесс зрительного восприятия.

Сетчатка глаза состоит из нескольких слоев нервных клеток, заканчивающихся концевыми аппаратами — палочками и колбочками, которые являются рецепторами света. Палочки характеризуются высокой чувствительностью к свету слабой интенсивности и являются аппаратами сумеречного и ночного зрения. Колбочки являются аппаратами дневного зрения. В сетчатке глаза насчитывается 130 млн палочек, которые размещены главным образом по периферии сетчатки глаза, от них зависит состояние поля зрения. В сетчатке же имеется 7 млн колбочек, размещенных в центральной части сетчатой оболочки, преимущественно в области желтого пятна. От них зависит состояние центрального зрения и цветоразличение. Наиболее важное значение имеет центральная часть сетчатки — желтое пятно, имеющее углубление — центральную ямку. Желтое пятно лежит кнаружи от диска зрительного нерва. Центральная ямка состоит из одних колбочек. В желтом пятне за пределами центральной ямки размещаются палочки, количество которых увеличивается к периферии сетчатки. Место вхождения зрительного нерва (слепое пятно) лишено фоторецепторов.

Нервное возбуждение, возникающее в сетчатке глаза под влиянием световой энергии, передается в проводящие нейроны, длинные отростки которых выходят из глазного яблока и образуют зрительный нерв. Волокна зрительных нервов обоих глаз после частичного перекреста (хиазмы) выходят в виде отдельных нервных стволов, так называемого зрительного тракта. Зрительный тракт кончается в первичных зрительных центрах подкорки (наружном коленчатом теле, зрительном бугре и переднем четверохолмии). Из наружного коленчатого тела зрительные нервные пути идут к корковым зрительным центрам, расположенным в затылочной области. При световом воздействии подкорка оказывает влияние на общий тонус центральной нервной системы и эмоционально-волевую сферу человека. В подкорковых образова-

ниях происходит частичное переключение импульсов со зрительных нервных путей на слуховые, двигательные и другие, что частично обеспечивает связь зрения с другими видами чувствительности. В своей функциональной деятельности глаз тесно связан с корой больших полушарий мозга и находится под постоянным ее воздействием. Благодаря этому обеспечиваются сложные процессы зрительно-пространственного анализа и синтеза. В коре через многочисленные разветвления нервных путей происходит переброска импульсов из слуховой, двигательной и других областей в затылочную (зрительную) область. Это позволяет осуществлять зрительно-пространственную ориентацию с участием других сенсорных функций.

В процессе восприятия предметов и явлений окружающего мира с помощью зрения мы узнаем о форме, величине, цвете предметов, их пространственном расположении и степени их удаленности. Такую богатую информацию мы получаем с помощью различных функций зрения. К основным (базовым) функциям зрения относятся: острота зрения, цветоразличение, поле зрения, характер зрения и глазодвигательные функции. Снижение любой из перечисленных функций неизбежно влечет за собой нарушения как в ходе самого процесса, так и в результате зрительного восприятия.

Так, нарушение функции остроты зрения снижает разрешающую способность глаза, точность, полноту и скорость восприятия, что затрудняет и замедляет узнавание предметов и изображений.

Нарушение функции остроты зрения может быть вызвано нарушением преломляющей силы оптической системы глаза (рефракции) и проявляться в виде миопии (близорукости), гиперметропии (дальнозоркости), астигматизма (преломляющая система глаза отличается в различных меридианах).

Близорукость

Различают две формы близорукости: кажущуюся близорукость и простую близорукость. Наблюдения за силой или объемом аккомодации показывают, что после рождения ребенка происходит постепенное развитие преломляющей силы, обусловленное возрастом ребенка, особенностями разви-

тия глаза и, прежде всего, ресничного тела, размером глаз и ресничной мышцы. При близорукости, или миопии, в связи с отклонениями в рефракции глаза изображение находится впереди сетчатки.

При кажущейся близорукости ребенок может ясно видеть на расстоянии 4-6 см, т.е. на расстоянии более близком, чем то, которое требуется дальнорукому и взрослому нормально видящему человеку. Такое видение ребенка объясняется большей силой аккомодации (процесс приспособления глаза к ясному видению предмета на различном расстоянии путем изменения преломляющей силы хрусталика и постепенной фокусировки изображения на сетчатке), которая может превышать 20 диоптрий. Это обусловлено тем, что хрусталик может принимать при сокращении ресничной мышцы почти шарообразную форму.

С возрастом ребенка (к 1,5 года жизни) переднезадний диаметр глаза увеличивается до 92%, а к 3 годам он достигает 94% диаметра глаза взрослого человека. К этому сроку уменьшается детская дальнорукость. Одновременно увеличивается размер глаз и происходит дальнейшее развитие ресничной мышцы и других мышц, а также формируется структура центрального звена зрительного анализатора.

Кажущаяся близорукость сохраняется в течение всего дошкольного периода и подвергается изменению. Поэтому необходимо учитывать данный факт педагогу, воспитателю и родителям. В дошкольном периоде развитие глаз может происходить нормально, но ребенок при рассматривании рисунков или их выполнении может склоняться так близко к рисунку, что у него можно признать близорукость болезнью. Однако это кажущаяся близорукость, и она не требует коррекции очками. Даже у ряда детей 7-летнего возраста расстояние до точки ясного видения может не превышать 6-7 см.

Не кажущаяся — простая — близорукость чаще развивается у ослабленных детей после 3-летнего возраста. Она чаще всего связана с увеличением переднезаднего диаметра глаза. Близорукость резко изменяет поведение и даже характер детей. В этих случаях они становятся рассеянными, горбятся

при рассмотрении рисунков, часто жалуются на головные боли и боли в глазах, усталость, расплывчатость предметов. На все это необходимо обращать внимание воспитателям и родителям.

При настоящей близорукости параллельные лучи сходятся не на сетчатке, а впереди нее. На сетчатку могут попасть лишь те лучи, которые отражаются от близко расположенных предметов. Благодаря этим лучам «канал связи» будет нарушен, а рассматриваемый предмет будет восприниматься разлитым и неясным. При резко выраженной близорукости точка ясного видения может находиться на расстоянии не ближе 25 см от глаз. Для исправления близорукости применяют очки с двояковогнутыми линзами и другие коррекционные средства. При оптической коррекции уменьшается преломление аккомодационных сил, лучи, идущие от удаленных предметов, будут сходиться на сетчатке, и предмет будет четко виден. В развитии близорукости задействованы почти все механизмы зрения: анатомический, оптический, физиологический и глазодвигательный.

Среди детей в настоящее время резко возросло число близоруких. По мнению В.С. Беляева, начало близорукости связано с двумя моментами: общей гиподинамией и перегрузкой цилиарной мышцы вследствие увеличения продолжительности работы ее вблизи. В процессе перенапряжения мышцы у детей постепенно развивается оптическое состояние мышцы, которое становится привычным. При отсутствии систематического расслабления цилиарной мышцы при взгляде вдаль наступает так называемый спазм аккомодации, который является начальным, пусковым моментом «рабочей» близорукости.

Общая гиподинамия, т.е. малоподвижный образ жизни детей (отсутствие подвижных игр), может не только усиливать спазм аккомодации, но и приводить к изменениям обмена, тканевым отклонениям от нормы. Излишняя работа вблизи ведет не только к перегрузке цилиарной мышцы, ее гипотрофии (чрезмерному уменьшению), но и к изменению локального обмена, как в самой мышце, так и в нервах, склере и хрусталике. При тяжелой форме близорукости наблюдается тенденция к усиленному растяжению склеры с

резким осевым удлинением глаза спереди назад, может наряду с глубоким нарушением зрения наступить тяжелое повреждение оболочки глаза и ее рецепторного слоя — сетчатки, вплоть до отслоения.

Различные по степени нарушения остроты зрения могут обуславливать возникновение близорукости разной степени: слабой (до 3,0 дптр), средней (3,0-6,0 дптр), сильной (6 и более дптр). Скорость снижения остроты зрения обуславливает наличие различных видов близорукости: стабильной (до 0,5 дптр в год), медленно прогрессирующей (0,5-1,0 дптр в год), быстро прогрессирующей (более 1,0 дптр в год).

Дальнозоркость

Различают два вида дальнозоркости: естественную детскую и обычную. При дальнозоркости у новорожденных роговица и хрусталик более выпуклые, чем у взрослого человека. В естественных условиях у новорожденного радиус кривизны передней поверхности хрусталика почти вдвое меньше по сравнению со взрослыми людьми. У новорожденных расстояние между границами основных преломляющих сред также меньше, чем у взрослых. Передне-задний диаметр глаза меньше примерно на 25 % у новорожденного по сравнению с диаметром глаза взрослых. Строение глаза у ребенка обуславливает более сильное преломление лучей, в результате которого параллельные лучи будут сходиться позади сетчатки и не обеспечат ясного видения предмета. Для того чтобы лучи сошлись на сетчатке, необходимо дополнительное усилие со стороны ресничного тела и мышцы и регуляция аккомодации. Следовательно, глаз ребенка может быть назван дальнозорким.

При дальнозоркости ближняя точка ясного видения всегда отстоит от сетчатки глаза на большем расстоянии, чем у лиц с нормальным зрением. Поскольку силы аккомодации частично используются при установке на даль, то ее остающихся сил недостаточно для ясного видения предметов вблизи. Для исправления дальнозоркости требуется усилить преломление при помощи очков с двояковыпуклыми линзами.

Косоглазие

Нарушение глазодвигательной функции, характеризующееся отклонением одного из глаз от общей точки фиксации, приводит к возникновению косоглазия.

Условно его разделяют на содружественное и паралитическое.

Паралитическое косоглазие характеризуется ограничением (парез) или отсутствием (паралич) подвижности глаза, который косит в стороны парализованной мышцы. Этот вид косоглазия возникает вследствие травм, опухолей, инфекций, интоксикаций, кровоизлияний.

Содружественное косоглазие характеризуется постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от совместной точки фиксации и нарушением функции бинокулярного зрения. Подвижность глаз во всех направлениях при этом свободна, угол отклонения правого и левого глаза равен как по величине, так и по направлению, косят чаще всего один глаз или оба поочередно. В зависимости от того, куда отклонен глаз, наблюдается внутреннее, или сходящееся, и наружное, или расходящееся косоглазие, а также косоглазие кверху и книзу. (При сходящемся косоглазии — глаз отклоняется кнутри, к носу, при расходящемся — кнаружи, к виску).

К появлению содружественного косоглазия могут привести различные этиологические факторы:

- ◆ заболевания центральной нервной системы;
- ◆ нарушения рефракции;
- ◆ аномалии глазодвигательного аппарата.

Часто косоглазие может являться причиной снижения работоспособности косящего глаза, вследствие чего глаз перестает участвовать в акте зрительного восприятия и характер зрения из бинокулярного (одновременного зрения двумя глазами, при котором рассматриваемый предмет воспринимается как единое целое) становится монокулярным (восприятие осуществляется одним глазом) или альтернирующим (восприятие осуществляется попеременно то одним, то другим глазом).

Наличие косоглазия, в свою очередь, обуславливает ограничения в восприятии внешнего мира, снижение скорости, правильности оценки пространственных отношений.

У детей косоглазие чаще всего появляется на 2-3 году жизни, иногда становится заметным после какой-либо тяжелой болезни или испуга.

Нистагм

При наличии нарушений глазодвигательных функций в виде нистагма, характеризующегося самопроизвольными колебательными движениями глазных яблок (дрожанием глаз), даже при достаточно высокой остроте зрения имеет место нечеткость восприятия. Различают физиологический и патологический нистагмы.

Одной из форм физиологического нистагма является так называемый оптокинетический нистагм, возникающий при рассматривании быстро движущихся перед глазами объектов.

Оптокинетический нистагм обычно наблюдается у детей 4-5 месяцев, что соответствует началу развития функций лобных долей головного мозга.

У детей с нарушением зрения часто отмечается патологический нистагм. Причину можно видеть в патологии, часто встречающейся в период внутриутробного развития, во время родов и в послеродовой период, это предполагает организацию лечебно-восстановительной и коррекционной работы с детьми.

Амблиопия

У некоторых детей нередко встречается так называемая амблиопия, развивающаяся вследствие бездействия зрения при отсутствии видимых анатомических изменений органа зрения, в частности, при содружественном косоглазии. Но амблиопия бывает и у детей, которые смотрят прямо.

При амблиопии затрудняется процесс рассматривания мелких предметов, нарушается фиксация взора, восприятие формы и величины предметов. Формы амблиопии и степень снижения зрения могут быть различными. Поэтому при наличии амблиопии на один или оба глаза следует принимать

во внимание понижение центрального и периферического зрения, состояние зрительной фиксации, поле зрения и др.

Различают следующие виды амблиопии: дисбинокулярная, обскурационная, рефракционная, истерическая.

Дисбинокулярная амблиопия возникает вследствие расстройства бинокулярного зрения. Понижение зрения развивается вследствие косоглазия. Дисбинокулярная амблиопия может быть двух видов:

- ◆ амблиопия с правильной (центральной) фиксацией (фиксирующий участок — центральная ямка сетчатки);
- ◆ амблиопия с неправильной (нецентральной) фиксацией (фиксирующим становится любой другой участок сетчатки). Последняя встречается в 70-75 % случаев.

Рефракционная амблиопия возникает вследствие аномалий рефракций, которые в данный момент не поддаются коррекции. При ношении правильно подобранных очков постепенно острота зрения может повыситься, вплоть до нормальной. Причиной возникновения этого вида амблиопии является постоянное и длительное проецирование на сетчатку глаза неясного изображения предметов внешнего мира при высокой дальнозоркости и астигматизме.

Обскурационная амблиопия развивается в результате помутнения оптических сред глаза (катаракты, помутнений роговицы), преимущественно врожденных или рано приобретенных. Диагноз ставится, если низкое зрение сохраняется, несмотря на устранение помутнений и отсутствие анатомических изменений в заднем отделе глаза (после экстракции катаракты).

Истерическая амблиопия возникает внезапно, чаще всего после какого-либо аффекта. Функциональные расстройства на почве истерии могут принимать характер ослабления или потери зрения. Эта форма амблиопии встречается довольно редко.

Нарушение функции цветоразличения

При нарушении различительной способности к цвету учащиеся испытывают затруднения при узнавании разных цветов. Существуют разные типы нарушений цветового зрения:

- ◆ полная цветовая слепота: все цвета кажутся серыми (так называемая ахромазия);

- ◆ частичное нарушение цветоразличения: неразличение оттенков красных и зеленых цветов. В этом случае все цвета нередко воспринимаются в двух основных тонах — желтом и голубом. В некоторых случаях отмечается преимущественное снижение различительной способности к красным, в других — зеленым лучам;

- ◆ частичное нарушение цветоразличения сине-фиолетовой части спектра.

В этом случае спектр воспринимается в красном и голубовато-зеленом тонах.

У учащихся школ слепых, имеющих остаточное зрение в пределах 0,01-0,04, понижение цветоощущения встречаются весьма часто.

Нарушение цветоразличения может быть обусловлено поражением колбочкового аппарата глаза зрительного нерва или центральной нервной системы. Оно может быть врожденным и приобретенным.

Врожденные дефекты цветоразличения обусловлены внутриутробными аномалиями развития органа зрения или патологией генетического характера. Приобретенные формы нарушения цветового восприятия возникают в результате органических заболеваний органа зрения, центральной нервной системы или травматических повреждений.

Врожденные и приобретенные формы нарушения цветоразличения характеризуются разными признаками (Е.Б. Рабкин). При врожденных и приобретенных формах цветоаномалий чувствительность зрительного анализатора к разным участкам спектра различна. Так, при врожденных нарушениях отмечается снижение чувствительности главным образом к красному и зелено-

му цветам, а при приобретенных нарушениях — к трем основным цветам: красному, зеленому, синему.

Врожденные формы нарушений цветоразличения имеют устойчивый, стабильный характер, а приобретенные весьма изменчивы, могут переходить одна в другую.

Цветоразличительная функция при приобретенных формах нарушений может давать значительные сдвиги в развитии и даже полностью нормализоваться.

Нарушение функции поля зрения затрудняет целостность, одновременность, динамичность восприятия, что приводит к возникновению трудностей в пространственной ориентировке, в то время как нормальное поле зрения позволяет бегло читать, охватывая целое слово, иногда строку, бегло просматривать целую страницу, охватывать взором настенные таблицы, картины и другие дистантно расположенные объекты.

Значение зрения в жизни ребенка. Системный характер нарушения зрения и вторичные отклонения в развитии слабовидящих детей

По скорости и полноте восприятия, глаз превосходит все органы чувств человека. С помощью зрения обеспечивается обозрение окружающих предметов, процессов и явлений действительности. Зрительная информация составляет около 90% информации, поступающей в кору больших полушарий мозга через все остальные органы чувств человека.

С помощью зрения опознаются основные признаки, характеризующие предметный мир — форма, величинные отношения, цвет, разнообразие цветовых оттенков, световые отражения; устанавливаются пространственные отношения между предметами, оцениваются расстояния, направление, воспринимается перспектива.

Существенной особенностью зрительного восприятия является то, что оно всегда осуществляется во взаимодействии с другими видами чувстви-

тельности. В отличие от других сенсорных систем, зрительный анализатор генетически развивается в тесной связи с мозгом.

С первых дней жизни ребенка зрение тесно связывается с осязанием, слухом, обонянием и другими видами чувствительности. В результате образуются сложные динамические системы связей, являющиеся чувственной основой всей психической деятельности и ориентации ребенка в пространстве.

Согласно литературным данным, уже в первые дни жизни у ребенка отмечаются содружественные реакции на свет. На втором месяце образуются зрительно-двигательные связи, возникают установочные движения глаз, хотя ребенок еще не умеет управлять своим взором и фиксировать внимание на окружающих предметах.

В 2-3,5 месяца в ответ на звуковой раздражитель возникают зрачковые реакции, свидетельствующие об образовании зрительно-слуховых связей.

В дальнейшем постепенно формируется зрительно-пространственный анализ, связанный с движением рук и развитием зрительного внимания. Ребенок хватает окружающие предметы, игрушки, расположенные в разных направлениях пространства в пределах зрительного поля.

Развитие зрительно-двигательных связей способствует формированию предметных представлений. При этом отмечается, что ранее других развиваются прослеживающие функции глаза за предметами, перемещающимися в горизонтальном направлении. Это сочетается с движением рук и всего тела. Несколько позднее (в 7,5-8 месяцев) у детей формируются прослеживающие функции глаза за предметами, перемещающимися в вертикальном направлении (М.Б. Эйдинова). Образование зрительно-двигательных систем связей позволяет ребенку ориентироваться в пространственном поле.

Одновременно со зрительным обозрением объектов ребенок манипулирует руками, схватывая предметы и перемещая их в пространстве.

С участием и под контролем зрения ребенок ориентируется в пространстве, особенно когда он научился ходить. При передвижении в про-

странстве новизна зрительных, слуховых и других впечатлений расширяет сферу зрительного обозрения окружающего мира. Это способствует развитию зрительных представлений, зрительного внимания, зрительно-двигательной памяти. Формирование с участием зрения чувственного познавательного опыта ребенка базируется на образовании сложных системных зрительно-слуховых, зрительно-тактильных, зрительно-двигательных связей, являющихся физиологической основой дальнейшего развития высших форм познавательной деятельности.

Образовавшиеся многообразные системы нервных связей изменяются под влиянием любых внешних воздействий: звуков, запахов, механических раздражений, словесных сигналов и пр. Динамические системы связей обеспечивают чувственную основу формирования многообразных синтетических образов, отражающих в мозгу ребенка предметы и явления действительности.

Зрительные образы по мере накопления чувственного, а позднее словесно-логического опыта становятся как бы сплавом разнообразных психических функций, которые постоянно изменяются и перестраиваются под влиянием внешних условий.

Зрение играет огромную роль в формировании предметного значения слов и употребляемых в речи грамматических категорий, а также в развитии образного мышления. Обогащение зрительными образами конкретного содержания речи способствует образованию правильного соотношения между непосредственно чувственным и словесно-логическим познанием в ходе психического развития ребенка в норме и патологии.

Зрение играет огромную роль и в трудовой деятельности человека, обеспечивая при этом саморегулирование и самоконтроль движений. Особенно велико значение зрения в процессе учебы: при чтении, письме, изобразительной деятельности, восприятии произведений искусства, при выполнении лабораторных и практических работ, связанных с визуальным наблюдением и измерительными действиями. Деятельность зрительных функций ле-

жит в основе формирования эстетических чувств, восприятия явлений природы, живописи, архитектуры.

Поскольку зрение имеет столь сложные и многообразные связи с другими функциями и играет такую важную роль в развитии и жизнедеятельности ребенка, его нарушение ведет к появлению вторичных отклонений в психическом и физическом развитии. Прежде всего страдают функции, тесно связанные со зрением, в особенности восприятие предметов и явлений действительности, ориентация в пространстве, формирование представлений и измерительных действий. При нарушении зрения отмечаются недостатки в формировании двигательных функций: скорости, точности, координации движений и др.

Восприятие — это психический процесс отражения предметов или явлений действительности, непосредственно воздействующих на органы чувств, в совокупности их свойств и качеств, в результате чего в сознании возникает образ объекта. Поскольку воздействующие на человека объекты обладают комплексом свойств, в процессе восприятия участвуют ощущения различных модальностей.

Нарушение функций зрения приводит к сокращению и ослаблению зрительных ощущений у частично зрячих и слабовидящих или полному их выпадению у тотально слепых. Изменения в сфере ощущений, т.е. на первой ступени чувственного отражения, неизбежно должны отразиться на следующем его этапе — восприятии.

Восприятие слепых и слабовидящих

В процессе восприятия обычно принимают участие несколько анализаторов. Во время выполнения различных видов деятельности тот или иной анализатор становится ведущим. В зависимости от условий жизни и характера деятельности один из анализаторов соответственно становится доминирующим. Соответственно этому определяется присущий тому или иному человеку тип восприятия. В норме, у большинства людей формируется зритель-

ный тип восприятия. Причем доминирование зрения настолько прочно, что даже такие серьезные нарушения его функций, какие наблюдаются у слабовидящих и частично зрячих, не влекут за собой изменения типа восприятия: у таких людей наблюдается зрительно-двигательно-слуховой тип восприятия.

Только при наиболее значительных снижениях остроты зрения (от 0,03-0,02 и ниже) и тотальной слепоте, когда большая часть предметов и явлений не может быть адекватно воспринята визуально, доминирующее положение занимают кожно-механический и двигательный анализаторы, лежащие в основе осязательного восприятия. Однако зрительный анализатор в зависимости от уровня остроты зрения и характера деятельности продолжает в той или иной мере принимать участие в процессе восприятия. А в некоторых видах деятельности, не требующих тонкой зрительной дифференцировки, например, при ориентировке в большом пространстве, аномальное зрение даже при очень низкой его остроте может занимать ведущее положение.

Полное выпадение зрительных ощущений из процесса восприятия наблюдается только в случаях тотальной слепоты. Так как более или менее полное отражение пространственных и физических свойств объектов слепыми осуществляется благодаря информации, получаемой через кожный и двигательный анализаторы, при наиболее серьезных дефектах зрения, как правило, формируется осязательный тип восприятия.

Кроме того, формированию осязательного типа восприятия в высшей степени способствует характер учебной и трудовой деятельности слепых, т.к. овладение навыками чтения и письма, а также всеми трудовыми двигательными навыками происходит на основе осязательного восприятия предметов и орудий труда.

Независимо от того, какой тип восприятия складывается у слепого или слабовидящего, оно обладает всеми свойствами, известными в общей психологии: избирательностью, осмысленностью, обобщенностью, апперцепцией и константностью. При слепоте и слабовидении наблюдается редуцированность проявлений некоторых свойств восприятия. Так, избирательность

восприятия ограничивается узким кругом интересов, снижением активности отражательной деятельности, меньшим по сравнению с нормой эмоциональным воздействием объектов внешнего мира; осмысление и обобщение образов осложняется недостаточностью чувственного опыта и снижением полноты и точности отображаемого; сокращается зона константного зрительного восприятия.

Дефекты зрения приводят к тому, что в зрительном восприятии правильно отражаются лишь некоторые, часто второстепенные признаки объектов, в связи с чем возникающие образы искажаются и часто бывают неадекватны действительности.

Несмотря на отмеченные выше специфические особенности, зрительное восприятие частично зрячих и слабовидящих в своих основных закономерностях протекает принципиально так же, как и в норме.

Нарушения функции зрения, затрудняя, ограничивая либо полностью исключая возможность зрительного восприятия, неизбежно отражаются и на представлениях, т.к. того, чего не было в восприятии, не может быть и в представлении.

Представления слепых и слабовидящих

Представления слепых и слабовидящих отличаются от образов памяти зрячих качественно. Характерными особенностями этих представлений являются фрагментарность, схематизм, низкий уровень обобщенности и вербализм.

Фрагментарность представлений частично зрячих и слабовидящих проявляется в том, что в образе объекта зачастую отсутствуют многие существенные детали. В результате образ неполон, лишен целостности, а иногда и неадекватен отображаемому объекту. Фрагментарность представлений с дефектами зрения отчетливо проявляется при воспроизведении образов путем лепки, рисования или моделирования, а также при узнавании объекта. Неполное и неточное отображение предметов ведет к снижению уровня обобщен-

ности, выделению несущественных признаков. Например, в образе лисы для незрячего ребенка наиболее важной деталью может являться пушистый хвост, а в образе зайца — короткий хвост. Подобная фрагментарность и недостаточная обобщенность является причиной несоответствия образа оригиналу. Неадекватность образов отчетливо проявляется при повторном восприятии объектов в процессе узнавания. Так, незрячий школьник может спутать белку и лису или зайца и медведя на том основании, что у первой пары хвосты пушистые, а у второй — короткие.

Схематизм особенно отчетливо проявляется при репродуцировании образов, бедных деталями и поэтому слабо дифференцированных. Так, слепые и слабовидящие не могут установить различие между птицами одного вида, зерновыми растениями и т.п. не только на основе имеющихся представлений, но и во время восприятия. В первом случае они отмечают лишь наличие головы, туловища, крыльев и двух ног, а во втором — колоса и стебля. Наиболее же характерные признаки — форма, величина и др. — остаются в тени, в результате чего образ памяти формируется как голая схема того или иного объекта.

С невозможностью осязательно или зрительно воспринимать те или иные объекты в целом или их отдельные свойства связана и такая характерная особенность представлений слепых и слабовидящих, как вербализм. Под вербализмом представлений понимается нарушение соотношения чувственного и понятийного в образе в сторону преодоления последнего или полное отсутствие чувственных элементов в словесном описании объектов. Например, описывая мухомор, незрячий (слепорожденный) ученик говорит, что это гриб с красной шляпкой, покрытый белыми пятнами. При воспроизведении образа путем лепки оказывается, что конкретного единичного представления о мухоморе у ученика нет — он лепит гриб, лишенный каких бы то ни было характерных признаков мухомора.

Практика обучения в специальных школах показывает, что при правильно организованной коррекционной работе слепые и слабовидящие при-

обретают запас представлений, обеспечивающий возможность достаточно точной ориентации в окружающем мире.

Память слепых и слабовидящих

Важнейшим процессом памяти является запоминание, и от уровня его развития в прямой зависимости находится успешность деятельности человека. Среди особенностей процесса запоминания того или иного материала слепыми и слабовидящими школьниками, можно отметить недостаточную осмысленность запоминаемого материала. Недостаточное развитие логической памяти обусловлено своеобразием восприятия и связанными с ним особенностями мышления. Речь идет, в частности, о тех трудностях, которые слепые и слабовидящие испытывают в процессе выполнения таких мыслительных операций, как анализ, синтез, сравнение, классификация и т.д. Но несмотря на недостаточный уровень развития логической памяти, у детей с нарушенными зрительными функциями запоминание материала, имеющего смысловые связи, протекает успешнее, нежели материала, не связанного смысловыми отношениями.

Кроме того, у слепых и слабовидящих школьников слабее, чем у нормально видящих, проявляется действие «закона края», согласно которому лучше запоминаются начало и конец материала. Слепые и слабовидящие наиболее продуктивно запоминают начало материала.

Несмотря на наличие некоторых специфических особенностей, процесс запоминания у слепых и слабовидящих подчиняется тем же закономерностям, которые имеют место в норме. Это подтверждается увеличением объема и скорости запоминания с возрастом, лучшим запоминанием слов, не имеющих смысловых связей, в младшем школьном возрасте.

Психологическое объяснение замедленного развития процесса запоминания у слепых и слабовидящих исследователи находят в недостатке наглядно-действенного опыта, повышенной утомляемости. Ранняя коррекция

психической деятельности слепых и слабовидящих является достаточно надежной профилактикой подобных отклонений.

Сохранение и забывание — процессы памяти, отражающие прочность и динамичность временных нервных связей, — зависят от качества усвоения материала, его значимости для индивида, числа повторений. У слепых и слабовидящих наряду с длительным сохранением можно наблюдать быстрое забывание. Своеобразие протекания этих процессов памяти в первую очередь обусловлено тем, что такие дети не располагают достаточными возможностями для повторного восприятия материала. Образы памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкреплений обнаруживают тенденцию к угасанию.

Быстрое забывание усвоенного материала объясняется и недостаточной значимостью объектов и обозначающих их понятий, о которых слепые могут получить только вербальное знание.

Однако недостатки процесса сохранения, возникающие как следствие нарушений в сфере чувственного отражения, могут быть в значительной мере устранены при дифференцированном, учитывающем состояние зрительного анализатора наглядно-действенном обучении слепых и слабовидящих.

Узнавание как деятельность, в процессе которой сопоставляется образ памяти с объектом восприятия, зависит от того, насколько полно и точно в прошлом и настоящем было и есть восприятие, от того, какие — существенные или несущественные — свойства и признаки были выделены и теперь сравниваются.

Формирующиеся у слепых и слабовидящих слабодифференцированные, фрагментарные образы и трудности, испытываемые при выделении наиболее существенных сторон и свойств предметов и явлений окружающего мира, проявляются впоследствии при узнавании объектов. Узнавание объектов при дефектах зрения осуществляется замедленно и менее полно, чем в норме, причем правильность узнавания находится в зависимости от остроты зрения. Так, у слабовидящих по сравнению с частично зрячими она возрастает примерно в 1,5 раза.

Узнавание как способность соотносить, сопоставлять объекты восприятия и образы памяти развивается у слепых и слабовидящих так же, как и в норме, постепенно и зависит от чувственного опыта. Ограниченность последнего при нарушениях функций зрительного анализатора замедляет развитие этого процесса.

В процессе специально организованного обучения незрячие, частично зрячие и слабовидящие овладевают соответственно навыками осязательного, осязательно-зрительного и зрительного узнавания. Процесс узнавания претерпевает серьезные качественные и количественные изменения и приближается к норме. Восприятие, в отличие от узнавания, предполагает более полное запечатление и сохранение ранее воспринятого. В ряде исследований памяти слепых и слабовидящих отмечается недостаточно полное и замедленное воспроизведение материала. На качестве этого процесса сказываются отмечавшиеся выше недостатки запоминания и сохранения.

Приобщение лиц с глубокими поражениями зрительного анализатора к различным видам деятельности и широкое использование всех сохранных анализаторов, а также остаточного зрения явится стимулом и объективным условием для гармоничного развития всех видов (словесно-логической, образной, эмоциональной и двигательной) памяти.

Классификация детей по степени нарушения зрения и зрительным возможностям

В зависимости от сохранности остроты зрения среди детей с нарушениями зрения можно выделить несколько групп, характеризующихся разными зрительными возможностями, разными способами восприятия учебного материала и ориентации в пространстве.

В зависимости от степени зрительных нарушений и способов восприятия учебного материала различаются следующие группы:

а) слепые и практически слепые (так называемые частично видящие) дети с остротой зрения в пределах от 0 до 0,04 с коррекцией стеклами на лучшем глазу.

Эти дети имеют незначительное остаточное зрение или совсем ничего не видят. Во время занятий они пользуются в основном тактильно-слуховым способом восприятия учебного материала, читают и пишут по системе Брайля. Обучение этих детей в основном осуществляется с помощью осязания и слуха.

Часть из них при чтении и письме опираются на остаточное зрение. Наряду с этим, если им позволяет зрение, они овладевают, при определенных условиях, зрительным способом чтения и письма укрупненного черно-белого шрифта. Однако остаточное зрение не является достаточно устойчивым и надежным. Оно может обеспечить правильность и необходимую скорость восприятия обычного плоскочечатного шрифта лишь при использовании осязания. Частично видящие подлежат обучению в специальных школах для слепых детей или в специальных классах для этих детей при школах слабовидящих.

Во время занятий слепые и частично видящие пользуются специальными и учебными пособиями (изданными по системе Брайля), специальными техническими средствами, необходимым дидактическим материалом. Частично видящие пользуются и оптикой. Все это позволяет овладевать приемами осязательного и зрительного чтения и письма, облегчающими рациональное использование и охрану остаточного зрения;

б) слабовидящие дети с остротой зрения в пределах от 0,05 до 0,09 с коррекцией стеклами на лучшем глазу. У этих детей, как правило, отмечаются сложные нарушения зрительных функций. Наряду со снижением остроты зрения у некоторых из них сужено поле зрения, нарушено пространственное зрение.

Все это затрудняет зрительное восприятие учебного материала. Они нуждаются в соблюдении регламентированной зрительной нагрузки и меро-

приятных по охране и рациональному использованию неполноценного зрения во время занятий.

Как правило, они подлежат обучению в специальных школах для слабовидящих. При обучении этих детей применяется система специальных технических и оптических средств (накладные ортоскопические, строчные лупы и др.), используемых с целью коррекции и компенсации нарушенных и неразвитых функций. Однако их зрение является недостаточно устойчивым. При неблагоприятных условиях оно ухудшается. В связи с этим также учащиеся нуждаются в облегченном режиме зрительной нагрузки, в умелом чередовании деятельности, труда и отдыха;

в) слабовидящие дети с остротой зрения от 0,01 до 0,04 с коррекцией оптическими стеклами на лучшем глазу.

При наличии определенных условий они свободно читают с помощью зрения, пишут, зрительно воспринимают предметы, явления и процессы действительности, зрительно ориентируются в большом пространстве. В связи с необходимостью применять специальные методы и технические средства обучения, соблюдать определенные гигиенические требования, такие дети также обучаются в специальных школах слабовидящих. Однако некоторые из них при обеспечении необходимых условий в состоянии успешно обучаться в массовой школе;

г) дети с остротой центрального зрения 0,4-0,5 и выше с коррекцией оптическими стеклами.

У этих детей не отмечаются выраженные вторичные отклонения в психическом развитии. Такие дети подлежат обучению в обычных условиях массовой школы. Однако по отношению к ним должен соблюдаться некоторый щадящий режим.

Таким образом, мы видим, что в зависимости от разной степени нарушения остроты центрального зрения учащиеся пользуются разными способами восприятия учебного материала, что предполагает применение дифферен-

цированных форм их обучения в специальной школе для слабовидящих и в массовой школе.

**Вторичные отклонения в психическом
и физическом развитии детей
с нарушениями зрения.
Дифференциация детей по степени
нарушения зрения**

Мышление

В познавательной деятельности, в компенсации и коррекции нарушенных и недоразвитых функций огромную роль играет мышление, т.е. высшая форма обобщенного отражения действительности. Мышление человека теснейшим образом связано со словом. В мыслительной деятельности ребенка, связанной с чувственным познанием и практикой, значительную роль играют знания. Чем выше уровень знаний, тем полнее и разностороннее мыслительные операции.

Физиологические механизмы мышления у слабовидящих и нормально видящих одни и те же. Мыслительные операции, логика, стадии мышления у слабовидящих подчиняются законам, которые являются общими для всех детей. Рядом авторов показано, что развитие мышления не зависит от степени нарушения зрения (М.И. Земцова, А.Г. Литвак, В. Фромм, Я. Ясенский и др.). Мышление может быть высоко развито даже у абсолютно слепых. Человеческое мышление носит речевой характер. Обобщающая роль слова в познании действительности имеет важное компенсаторное значение и помогает слабовидящим даже при глубоком нарушении зрения выйти за пределы обедненного чувственного опыта. В ходе обучения и целенаправленной практической деятельности у слабовидящих, как и у нормально видящих, изменяется соотношение между чувственным и словесно-логическим познанием. С помощью активной мыслительной деятельности и речи восполняются обусловленные нарушением зрения пробелы непосредственного чувственного опыта. Учащиеся с очень низким зрением и даже полностью слепые могут получать

глубокие знания, используя резервные компенсаторные возможности мыслительной деятельности. Опираясь на знания, слабовидящие школьники могут делать обобщающие выводы относительно многих предметов, процессов, явлений, которые ими никогда непосредственно не воспринимались.

Внимание

Внимание, не являясь самостоятельным психическим процессом, проявляется внутри ощущений, восприятий, памяти, мышления и других процессов как сосредоточение сознания на отражаемом объекте. Избирательная направленность внимания обеспечивает особую ясность и отчетливость осознания объекта. Включение внимания в тот или иной процесс существенно изменяет его, превращая в направленную деятельность. Внимание обеспечивает также сосредоточение сознания на объекте деятельности при одновременном его отвлечении от всего постороннего, мешающего деятельности в заданном направлении.

Выпадение или нарушение зрительных функций при слепоте делает невозможным или затрудняет зрительное отражение мира, в результате чего из сферы ощущений и восприятий выпадает огромное количество сигналов, информирующих человека о важнейших свойствах предметов и явлений. Совершенно очевидно, что компенсация этих пробелов в чувственном опыте возможна только при активизации деятельности сохранных органов чувств. В этой активизации существенная роль принадлежит вниманию.

Внимание характеризуется рядом свойств (объем, концентрированность, устойчивость, отвлекаемость и т.д.), проявление и развитие которых у слепых имеют некоторые особенности. Например, затруднения в сфере восприятия отрицательно сказываются на объеме, переключаемости и устойчивости внимания. Замедленное и недостаточно полное восприятие препятствует разнообразию впечатлений и действий, что является одним из важнейших условий устойчивости внимания: скорость переключения внимания связана со скоростью и точностью восприятия; такая же зависимость наблюдается между качеством восприятия и объемом внимания.

Специфичным для слепых является также значение некоторых свойств внимания для деятельности. Так, при ориентировке в большом пространстве необходима хорошая распределяемость внимания, тогда как его концентрация, широко представленная в аналогичных процессах у зрячих, для слепых попросту вредна. Действительно, выпадение зрительных ощущений может быть компенсировано только при условии рецепции всех остальных раздражителей, сосредоточение же сознания только на каком-либо одном виде раздражителей не может дать целостного образа, в результате чего снижается точность ориентировки.

Затруднения, испытываемые лицами с дефектами зрения в процессе познавательной и трудовой деятельности, требуют от них гораздо более внимательного отношения к ряду операций. В результате подсознательно формируется установка на более тщательный контроль за своими действиями. Например, если нормально видящий ориентируется на местности преимущественно автоматически, то слепой почти все время должен внимательно наблюдать (вслушиваться, осязать, обонять) за происходящими вокруг него изменениями обстановки. Если у нормально видящего сравнительно легко формируются целостные образы объектов, то слепой, лишенный возможности одномоментно охватить их взглядом, должен гораздо более внимательно обследовать их, чтобы образы были адекватны оригиналам.

В заключение следует заметить, что слепота вносит некоторые специфические особенности в развитие и проявление внимания. Однако в целом развитие внимания слепых подчиняется тем же закономерностям, что и у нормально видящих, и может достигать такого же уровня развития.

Особенности развития речи при слепоте

Поскольку деятельность речевого общения при дефектах зрения принципиально не нарушается, овладение речью и ее функциями, а также ее структурой при слепоте происходит в общих чертах так же, как и у нормально видящих, однако нарушение или отсутствие зрения накладывает на этот

процесс определенный отпечаток, вносит специфику, проявляющуюся в динамике развития и накопления языковых средств и выразительных движений, своеобразии соотношения слова и образа, содержания лексики, некотором отставании формирования речевых навыков и языкового чутья.

Овладение фонетической стороной речи, с которого начинается усвоение родного языка, т.е. формирование фонетического слуха и механизма звукопроизношения (артикуляции), совершается на основе подражания. И если развитие фонетического слуха и формирование речеслуховых представлений, основанное на слуховом восприятии, протекает у слепых и зрячих идентично, то формирование речедвигательных образов (артикуляции звуков речи), основанное не только на слуховом, но и на кинестетическом и зрительном восприятии, существенно страдает. Это есть следствие полного или частичного нарушения возможности визуально отражать артикуляторные движения вступающих в речевой контакт со слепым ребенком окружающих его людей. Основным дефектом речи при слепоте является косноязычие, широко распространенное у слепых детей дошкольного и младшего школьного возраста. Среди разновидностей косноязычия наблюдаются: сигматизм — неправильное произношение свистящих и шипящих звуков (*с, з, ш, щ, ж, ч*) в различных вариантах; ламбдацизм — неправильное произношение звука *л*; ротацизм — недостатки произношения звука *р*; имеют место также нарушения произношения звуков *д, т* и др.

Развитие звукопроизношения зависит от времени потери зрения: по данным М.Е. Хватцева, среди слепорожденных и ослепших до появления речи недостатки произношения наблюдаются в 16% случаев, а у ослепших в более старшем (дошкольном) возрасте — до 5-7 лет, т.е. до окончательного завершения процесса формирования звукопроизношения, — только в 6% случаев.

Речевые расстройства у слепых детей отражаются на их письме. По данным М.Е. Хватцева, 25% ошибок связаны с неправильным произношени-

ем соответствующих звуков, а в 46% случаев неправильно произносимые звуки обуславливают неверное написание.

Кроме того, и это наиболее существенно, дефекты речи тормозят психическое развитие слепых детей, причем в гораздо большей степени, чем нормально видящих. Недостатки произношения отрицательно влияют на речевую деятельность, ограничивают и без того суженный круг общения ряда детей с дефектами зрения, что затрудняет формирование ряда качеств личности или ведет к появлению отрицательных свойств (замкнутость, аутизм, негативизм).

На основе развивающегося у ребенка к концу 1-го года жизни фонематического слуха и формирования голосового аппарата начинается овладение смысловой речью. Выделение и развитие обозначающей функции речи относится примерно к полутора годам и характеризуется быстрым ростом словарного запаса, одновременно с которым происходит и овладение грамматическим строем родного языка.

Выпадение или серьезные нарушения функций зрения ограничивают количество воспринимаемых объектов, затрудняют выделение многих существенных и, что также весьма важно, оказывающих сильное эмоциональное воздействие свойств и качеств предметов (например, цвет). Это ведет к замедлению процесса познания действительности и, следовательно, сказывается на темпах речевого развития.

Развитие словарного запаса может рассматриваться в двух аспектах: количественно — как увеличение числа используемых и понимаемых слов и качественно — как смысловое развитие словаря, как соотношение слов и обозначаемых ими предметов, как процесс все большего и большего обобщения значения слов.

Неограниченные у слепых детей возможности речевого общения (непосредственное общение со взрослыми, прослушивание радиопередач и т.д.) способствуют накоплению словарного запаса, который уже в среднем школьном возрасте может не только достичь уровня нормы, но и, по данным неко-

торых исследователей, превзойти его. Богатый словарный запас является одним из неперенных условий компенсации ограниченного чувственного опыта, однако для этого он должен хотя бы минимально опираться на конкретные представления.

Степень соотнесенности слова и образа характеризует качественную сторону словарного запаса. Процесс усвоения значения слов начинается с соотнесения звучания слова с чувственно воспринятыми свойствами объекта, а овладение их обобщенным значением опирается на обобщение чувственных данных. Только на этой основе становится впоследствии возможным овладение обобщенным значением слов независимо от конкретных ситуаций. Следовательно, чем богаче чувственный опыт, чем многообразнее отражается в восприятиях и представлениях окружающий мир, тем шире возможность к овладению обобщенным значением слов и выше его уровень.

Невозможность чувственно познать значительное количество объектов и явлений и их свойства лишает слепых возможности произвести сопоставление усвоенных слов с обозначаемыми объектами и, следовательно, обедняет значение слов.

Несмотря на то, что слепые обычно правильно употребляют слова в том или ином контексте, их знания при тщательной проверке часто оказываются вербальными, не опирающимися на конкретные представления, а значение слов либо неправомерно сужается — слово остается как бы привязанным к единичному признаку, объекту или конкретной ситуации, либо чрезмерно отвлекается от своего конкретного содержания, тем самым утрачивая свое значение.

Однако отсутствие соответствия между словом и образом, вербализм знаний могут быть в значительной степени преодолены путем специальной работы по конкретизации речи.

Усвоение грамматического строя речи происходит в процессе общения со взрослыми на основе слухового восприятия и последующего подражания. При нормальном общении с окружающими слепые дети имеют все условия

для успешного овладения грамматическим строем родного языка. Но достаточно часто дети с нарушением зрения оказываются в условиях, резко ограничивающих возможность общения, что отрицательно сказывается на формировании у них речевых навыков и языкового чутья.

Накопление словарного запаса и усвоение грамматического строя речи родного языка способствуют развитию связной речи. Понимание и овладение связной речью, несмотря на ряд перечисленных особенностей, осуществляется у слепых детей по тем же закономерностям, что и у нормально видящих. Ранняя коррекционная работа позволяет преодолеть задержки в речевом развитии и достигнуть уровня нормы.

В специфику развития речи слепых детей включаются также особенности усвоения и использования ими неязыковых средств общения — мимики, пантомимики, интонации, являющихся неотъемлемым компонентом устной речи. Сокращение или отсутствие возможности зрительно воспринимать и непосредственно подражать внешним выразительным движениям окружающих отрицательно сказывается как на понимании ситуативной, сопровождаемой мимикой и пантомимикой устной речи, так и на внешнем оформлении речи.

Слепой ребенок не воспринимает массу мимических движений и жестов, придающих одним и тем же высказываниям самые различные оттенки и значения. Не пользуясь в своей речи этими средствами он существенно обедняет свою речь, она становится маловыразительной.

Наиболее тесно со временем и степенью потери зрения связаны из неязыковых средств общения мимика и пантомимика. При врожденной и рано возникшей слепоте страдают как инстинктивные, так и прижизненно формирующиеся социальные выразительные движения.

Последние у данной категории слепых вообще отсутствуют, а инстинктивные мимические движения (например, сопровождающие смех и плач) оказываются слабо выраженными.

Несмотря на многочисленные отклонения в развитии различных компонентов речевой деятельности при глубоких нарушениях зрения, следует отметить, что в целом речь слепых при правильном формирующем воздействии со стороны родителей и воспитателей достигает нормального уровня и служит мощным средством компенсации, существенно расширяя возможности слепых во всех видах деятельности.

Развитие в условиях сенсорной недостаточности подчинено тем же закономерностям, что и развитие в норме. С помощью компенсаторных приспособлений осуществляется восстановление нарушенного равновесия между человеком, природой и социальной средой, приходят в норму смещенные или нарушенные связи и отношения. Благодаря этим приспособлениям инвалид приобщается к деятельности. Развитие или восстановление активности, проявляющейся в деятельности, одна из важнейших задач реабилитационной работы.

Включение в деятельность людей при слепоте или слабовидении приводит к формированию нового способа поведения. Например, компенсаторные приспособления, обеспечивающие ориентацию в пространстве, возникают в тех случаях, когда слепой активно и самостоятельно овладевает пространством. Практика показывает, что у инвалидов по зрению, постоянно пользующихся услугами сопровождающих, ориентировочные навыки не формируются.

Включение в деятельность слепорожденных или рано потерявших зрение также благотворно влияет на компенсаторное приспособление. Участие в игровой, а затем учебной и трудовой деятельности повышает их активность, развивает мотивационную сферу, сенсibiliзирует чувствительность сохранных и нарушенных анализаторных систем, положительно сказывается на развитии высших психических функций.

Среди большого количества работ, посвященных исследованию роли деятельности в компенсации дефектов зрения, особое место занимает монография М.И. Земцовой «Пути компенсации слепоты». В ней эксперименталь-

но доказано, что деятельность в различных ее видах является решающим условием как для преодоления преград, встающих на пути психического развития при ранних нарушениях зрительной функции, так и для предупреждения дегенеративных изменений, распада психики при поздней слепоте.

«Наши наблюдения, — пишет М.И. Земцова, — показывают, что когда ослепшие включаются в интересующий их общественный труд, то их самочувствие заметно улучшается. Их охватывает чувство радости, бодрости, удовлетворенности успехами труда, у них укрепляется вера в свои возможности и силы, постепенно сглаживаются и ослабевают болезненные проявления нервной системы, обусловленные утратой зрения и реакцией личности на слепоту».

Методы обучения и воспитания детей с нарушениями зрения

Компенсация слепоты в раннем возрасте

Компенсация слепоты является сложным психическим образованием, системой психических процессов и свойств личности, которая формируется в процессе роста и развития ребенка.

Важным моментом в компенсации является вера в ребенка, в потенциальные возможности его развития. Растущему ребенку необходимо помочь найти пути преодоления психических отклонений, возникающих в результате слепоты. Возможность компенсации дефекта, по словам И.П. Павлова, объясняется тем, что организм обладает несколькими различными способами выполнения одного и того же действия.

Система компенсации слепоты складывается из ряда психических процессов и психических образований, возникающих у детей в процессе формирования полноценной личности. Именно формирование полноценной личности слепого и является конечной целью развития системы компенсации.

Воспитание ребенка от рождения до 6-8 месяцев

Наблюдения за слепыми детьми раннего и дошкольного возраста, а также анализ соответствующей литературы позволяют выделить 3 стадии компенсации слепоты в раннем дошкольном возрасте.

В основе выделения лежит характер изменения психической деятельности ребенка, обеспечивающей продвижение в развитии и переход к новой его ступени в каждом из возрастов.

Первая стадия компенсации слепоты в раннем возрасте связана с полисенсорным (комплексным) характером восприятия ребенка, его реакциями на комплексные раздражители. Она характеризуется образованием связей между сохранившимися анализаторами и обеспечивает создание базы полисенсорного восприятия сенсомоторной деятельности, т.е. создание связей между зрительными, слуховыми, осязательными, вибрационными и другими восприятиями и движениями (пока еще очень обобщенных, генерализованных), позволяющих ребенку реагировать на комплексы жизненно важных для него действий окружающих людей и подготавливающих его к осуществлению собственных действий. Данная стадия формируется в общении ребенка со взрослыми при активном стимулировании общения со стороны взрослого.

Вторая стадия компенсации слепоты у детей связана с появлением, выделением и дифференциацией отдельных сигнальных признаков окружающих предметов и действий с ними. В этот период у ребенка формируется способность выделять в предметах отдельные признаки и качества. Для образования связей с воспринимаемыми предметами и осуществления перехода к ведущей предметной деятельности дети используют речевое общение.

Третья стадия компенсации слепоты связана с появлением образов, представлений, т.е. у ребенка формируется умение представлять предметы в их отсутствие как совокупность признаков и сохранять их образы в памяти. Это позволяет слепому ребенку осуществлять творческую игру, которая является необходимым условием формирования системы компенсации слепоты в дошкольном возрасте.

Наблюдения за развитием и поведением слепых детей до трехмесячного возраста свидетельствует о том, что по характеру реакции и систем поведения они мало чем отличаются от зрячих детей этого же возраста.

Для поведения ребенка в этот период характерно реагирование на раздражители, связанные с кормлением, перевертыванием, речью матери, запахом матери и молока, укладыванием в позу кормления.

Однако выключение зрения с первых дней рождения оказывает значительное влияние на темпы психического развития, т.к. задерживает формирование дифференцированных восприятий, что, в свою очередь, снижает психическую активность слепого младенца по отношению к внешнему миру.

Отмечается отсутствие интереса к овладению внешним миром, к игре, игрушкам, предметам и удовлетворенность тем, что его оставили в покое.

Как же преодолеть и предупредить меньшую активность слепого малыша?

Существуют основные потребности для всех детей. И дети с недостатками зрения не являются исключением. Им не только нужна любовь, забота родителей и других взрослых, они должны знать о том, что их любят. Любовь и внимание к детям — это важное условие, обеспечивающее их нормальное развитие и рост.

Малыш должен чувствовать себя в безопасности, находясь со знакомыми людьми, в знакомой обстановке.

Развитие потребности в общении слепого ребенка и его стимулирование в первые месяцы жизни имеет те же задачи и осуществляется теми же методами и способами, что и у зрячего. Поглаживание, нежный голос, тепловые ощущения являются теми стимулами, которые могут быть восприняты слепым ребенком и вызовут активные ответные реакции.

Необходимо постоянно разговаривать с ребенком: говорить о том, какой он хороший, обсуждать с ним, что ему будут готовить на обед и ужин, какая погода и т.д. Надо чаще называть его по имени, чтобы звук имени стал ему знаком.

Речь позволяет ребенку не только знать, что ему оказывают внимание, но и запоминать многие из слов, которые он слышит, и ассоциировать их с реальным опытом. Это такие слова, как «бутылочка», «пить», «купаться» и т.д.

В ранний период развития тесный физический контакт с ребенком является необходимой формой коммуникации. Следует постоянно, когда малыш не спит, быть вместе с ним: играть, разговаривать и т.д.

Постепенно он научится узнавать окружающих по голосам, шагам, по тому, как они его держат. Если у ребенка слишком незначительное остаточное зрение, беседа с ним предупреждает иногда возникающий испуг при неожиданном прикосновении перед тем, как его возьмут на руки.

Наблюдения показывают, что в первые месяцы жизни в развитии движений слепого и зрячего много общего.

Отставание возникает позже. У нормально видящего ребенка зрение включается в контроль за выполнением двигательных актов, благодаря чему его двигательные способности начинают развиваться очень быстро. Это происходит в возрасте 5-6 месяцев. У слепого такой контроль осуществляется лишь посредством проприоцептивной чувствительности, т.е. чувствительности мышц и сухожилий.

Зрение играет жизненно важную роль в обучении движениям и контроле за ними у зрячих маленьких детей. Когда зрячий ребенок поднимает голову, он видит много интересных новых движений и ярко окрашенных объектов. Он быстро учится контролю за движением головы.

В 5-6 месяцев он уже хочет сесть, чтобы наблюдать и видеть все вокруг себя, а позже пытается встать на ножки, чтобы видеть еще больше. В 9-10 месяцев он пытается ползать по всему помещению, чтобы ближе познакомиться с окружающими его предметами. Он замечает и достает игрушки из коробки или шкафа и поднимает их с пола. Все эти умения активизируются с помощью зрения.

Младенец со значительным нарушением зрения или с отсутствием зрения мало знает о существовании окружающих его предметов, поэтому у него нет стимула для движения к ним. Отсутствие зрения не позволяет ему спонтанно учиться поднимать голову, садиться, доставать и хватать игрушки, ползать и ходить. Но он может научиться этим двигательным навыкам в том же объеме, качестве и примерно в том же возрасте, что и зрячий ребенок, если его правильно будут учить этому.

Родителям, воспитывающим слепого ребенка, необходимо знать, что надо делать, чтобы упражнения в активном движении помогали ребенку научиться делать все точно и правильно и чтобы они доставляли ему удовольствие.

Когда младенец лежит в кроватке, необходимо менять его положение так, чтобы у него не выработывалась привычка лежать или на спине, или на животе, или на определенном боку. Дети, которые привыкли лежать на спине, неохотно переворачиваются на живот, когда приходит время учиться ползать. Те, кто привык спать только на животе, когда их хотят обучить ползать и кладут на ковер, думают, что их укладывают спать, и не проявляют активности.

Для возбуждения внимания малыша можно придумать различные приспособления и подвешивать их к кроватке так, чтобы малыш мог достать их рукой, коснуться ногой. Если ребенок имеет остаточное зрение, то следует подвешивать к кроватке небольшие легкие светлые и блестящие предметы, издающие звук при касании, колокольчики, погремушки, бусы и т.д.

В кроватку к малышу можно положить хрустящую фольгу так, чтобы ребенок мог доставать ее ножками и слушать производимый им шум. Маленькие колокольчики, пришитые к носкам ползунков, делают для слепого малыша приятным простое брыкание. Это необходимо делать еще до того, как ребенок сможет сочетать звуки, которые он слышит, с тем, как он двигает своими ножками. Зрячие дети обращают внимание на свои ноги, видя их дви-

жущимися. Слепым и слабовидящим малышам необходимо как можно раньше помочь понять, что у них есть ноги, что они могут ими двигать.

Контроль за движением головы. Родители должны сделать интересными и занимательными для ребенка упражнения в держании головки вверх.

Малышу всегда приятно поглаживание под подбородком, когда его держат вертикально или когда он лежит на животе, и он скоро начинает поднимать голову и переворачиваться с одной стороны на другую. Дети любят, когда их гладят, — это не только приятно, но и говорит им о том, что их любят.

Прикосновение щеки малыша к щеке матери или отца, когда они ласково с ним разговаривают, приятно малышу, и скоро он начинает экспериментировать со своей головой, двигая ее то к щеке взрослого, то обратно. Находиться на руках у матери или отца, прижимаясь к лицу, для ребенка значительно интереснее, чем лежать в кроватке. Это стимулирует его самоконтроль за движением головы, вызывает желание быть вместе с людьми.

Необходимо класть малыша на животик к себе на колени и, глядя, разговаривать с ним, слегка похлопывая, упражнять его в держании головки вверх.

Специальные рюкзаки, с помощью которых можно укрепить ребенка на груди или спине, дают возможность малышу, когда он еще мал и легок, быть рядом с родителями, чувствовать запахи, исходящие от каждого человека, слышать звуки голосов. Находясь в таком положении, он приобретает значительно больше опыта и знаний об окружающем мире, чем если бы он просто лежал в кроватке.

Во время смены пеленок, подгузников родители должны упражнять ребенка в движении, играть с ним. Для этого надо взять его за ручки и поднимать вверх до положения сидя. Выполняя это упражнение, надо говорить: «поднимаемся вверх», «опускаемся вниз». Занятия можно прекратить, когда ребенок сможет самостоятельно сесть.

Постепенно ребенок начнет выпрямлять и напрягать ручки, когда его поднимают. Через некоторое время он будет выпрямлять ножки, и его можно будет поднимать на них на несколько секунд.

Начиная с 3 месяцев ребенок должен 2 или 3 раза в день лежать на полу на животе, с небольшим отдыхом на спине. Его нужно подбодрить в держании головки вверх при стремлении подняться на локотках. В это время с ребенком надо говорить, играть для того, чтобы он любил быть на полу. Небольшие блестящие и звучащие игрушки должны возбуждать у него стремление к движению на полу. Их необходимо расположить таким образом, чтобы он мог дотянуться до них руками.

Дети с недостатками зрения, как правило, предпочитают лежать только на спине. Но насколько больше движений может быть у младенца, если его перевернуть в положение на живот. Лежа на животе, ребенок учится двигаться с помощью ног. Когда малыш устанет, он сам попытается перевернуться на спину, но при этом ему нужно помочь, т.к. при перевертывании ему мешают руки. После первого удачного перевертывания ребенок будет пытаться самостоятельно перевертываться со спины на живот. Свободно переворачиваться с живота на спину он начнет через месяц. Обычно это происходит в 7-8 месяцев.

Сидение. Дети с нарушениями зрения не пытаются садиться сами, тогда как зрячие сверстники пытаются садиться примерно в 6 месяцев, потому что видят вокруг различные интересные предметы.

Слепому ребенку необходимо помочь получать удовольствие от сидения, если даже он не сможет узнать что-либо новое.

Когда ребенок держит голову, его можно сажать в угол дивана примерно на полчаса. В это время надо с ним разговаривать, прикасаться к нему, чтобы он чувствовал, что с ним рядом находится кто-то из близких.

В 4 месяца малыш будет получать удовольствие, сидя у родителей на коленях, в то время когда ему помогают удерживать равновесие, поддерживая за запястья. Он будет подпрыгивать и пружинить, находясь на руках у

взрослых. Позднее он научится балансировать, держась только за чей-нибудь палец.

По мере того как движения ребенка при балансировании станут более свободными и умелыми, можно научить его «езде на отцовской ноге» и т.д.

В 6 месяцев ребенок может сидеть некоторое время в углу манежа. Манеж можно заменить картонной коробкой и возить ребенка по полу, играя в «машинку».

В 7-8 месяцев ребенка можно сажать на высокий стульчик во время еды. Первые несколько недель нужно привязывать его к спинке стула пеленкой или полотенцем через грудь и под мышками. Как только он закончит есть, следует снять его со стула, иначе ребенок будет ассоциировать высокий стульчик с неприятными ощущениями, вызванными ограничением его движений.

К 8 месяцам ребенок должен сидеть на полу самостоятельно, без поддержки и научиться садиться из лежачего положения и ложиться. Стулья, обеспечивающие полную поддержку, хороши, когда малыша сажают за стол. Но в остальное время ему надо давать возможность сидеть на неустойчивом, качающемся коне-качалке или стуле-качалке, на качелях или просто на полу, поощряя его ласковым голосом.

Движение рук. Зрячий ребенок в возрасте около 4 месяцев обнаруживает, что у него есть руки. Он играет руками, сжимает и разжимает кулачки, сводит их вместе.

Некоторые слепые дети обнаруживают свои руки самостоятельно. Но родители должны помогать слепому ребенку: играть с ним в игры типа «Сорока-сорока», загибать пальчики, поднимать ручки, его пальчиком щекотать ладошку. Ребенка можно научить держать легкую игрушку. Постоянная смена игрушек, находящихся рядом с малышом во время его бодрствования, вызывает у него поисковые движения. Искать упавшую игрушку желательно вместе с ребенком, положив его ручку на свою и двигая ею в разные стороны до тех пор, пока не коснется игрушки рукой ребенка. При этом необходимо

комментировать действия, например: «Вот она, уточка, ты ее нашел». Постепенно ребенок начнет понимать, что упавшая игрушка рядом и ее можно найти.

Родители должны помнить, что единственная возможность для слепого ребенка знать, что объекты (например, игрушки) находятся рядом, — это ощупать или услышать их. Прикосновение и отыскивание — основные навыки, необходимые для познания окружающего мира.

Детей со зрительной недостаточностью игрушка не привлекает яркостью, блеском. Она им интересна, когда издает звук, а также когда предмет заинтересует их вкусом, запахом или формой.

Родители должны быть изобретательны в подборе предметов для игр.

Психическое развитие малыша

Психическое развитие слепого ребенка по сравнению с развитием зрячего своеобразно как по темпам, так и по качественной характеристике.

Стадии развития системы компенсации слепоты непосредственно связаны с возрастом детей и уровнем их психического развития. По мере роста ребенка стадии компенсации слепоты все более связываются с общим психическим и социальным развитием, а не только с физическим, как это имеет место в первые недели жизни.

Период от рождения слепого ребенка до появления у него возможности выделять отдельные раздражения, вызванные окружающей средой, свойственные тому или иному виду восприятия, является подготовительным в развитии системы компенсации слепоты. В психологическом плане это связано с формированием умения слепого ребенка выделять единичные слуховые, тактильные, вкусовые и другие раздражения из совокупности действующих на него впечатлений и реагировать в соответствии с ними.

Овладение этим умением предопределяет переход к новой стадии развития компенсации слепоты и означает, что ребенок прошел большой путь психического развития в познании окружающего мира.

Роль направленного воспитания в этом возрасте огромна и заключается в том, чтобы создать наиболее полный комплекс разнообразных раздражителей, как дистантных, так и контактных, позволяющих слепому младенцу ориентироваться во внешнем мире. Увеличение всевозможных раздражителей, возбуждающих слух, осязание, вкус, обоняние и приуроченных к определенным видам деятельности (сну, кормлению, купанию, прогулке и т.д.) является необходимым условием для формирования и установления связей между различными объектами и действиями и готовит почву для формирования компенсации слепоты.

Развитие зрячего ребенка при сформировавшемся зрительном восприятии происходит под влиянием зрения. В рамках сложившегося зрительного поля начинают развиваться предметность и сигнальность слухового восприятия, понимаются значения слов. Зрение позволяет ребенку знакомиться с предметным миром не только через реальные предметы, но и через их изображения.

При формировании координации движений зрение позволяет точно, целенаправленно и экономно осуществлять предметные действия на основе зрительного подражания, а также способствует развитию тонких манипуляций.

При обучении ходьбе зрительная ориентировка помогает развить восприятие пространства. Для зрячего ребенка зрительное восприятие становится основным компонентом в формировании предметной деятельности.

Отсутствие зрительного восприятия у ребенка вносит в его развитие особенности, которые не компенсируются без специальных занятий с раннего возраста. В период примерно от 6 месяцев до 3 лет слепой ребенок серьезно отстает в психическом развитии. Это выражается в меньшем объеме знаний и представлений об окружающем мире, в значительном формализме речи, ограниченном понимании слов, в менее развитых и скоординированных движениях и слабой ориентировке в пространстве. В психическом развитии ребенка необходимо обратить особое внимание на интенсивное развитие

речевого общения, овладение функциональными действиями с предметами, самостоятельной ходьбой в знакомом пространстве и на элементарное самообслуживание.

Трудности развития компенсации слепоты в этот период связаны с тем, что способы, которыми возможно компенсировать недостатки развития, возникающие в результате слепоты, не могут быть использованы ребенком предшкольного возраста, т.к. его компенсаторные возможности на этой стадии развития очень ограничены.

В компенсации слепоты и преодолении вторичных отношений, вызванных слепотой, на каждом возрастном этапе необходимо опираться на развитие таких психических образований, которые в данный отрезок времени меньше страдают от слепоты и находятся в сенситивном периоде своего развития. Осуществление компенсации происходит в ведущей для каждого возраста деятельности, что требует достаточно высокого уровня ее сформированности. В этом возрасте такой деятельностью является предметная деятельность, в процессе которой развиваются основные движения тела и рук, речевое и неречевое общение, создается система дифференцированных восприятий, накапливается чувственный опыт.

Развитие моторики

После 6 месяцев жизни слепые дети начинают значительно отставать от зрячих сверстников в развитии движений, хотя развитие моторики в период от 1 года до 2 лет у слепых детей наиболее результативно.

Слепые дети овладевают ходьбой в возрасте от 1 до 2 лет, причем первые попытки ходить они делают в том же возрасте, что и зрячие, — к концу первого года жизни. Если у ребенка нет других дефектов, кроме слепоты, он должен начать самостоятельно ходить в знакомом помещении в возрасте от 1 до 2 лет.

Однако с первыми самостоятельными попытками передвижения у ребенка появляется боязнь неизвестного пространства. Первые ушибы и падения тормозят его стремление ходить самостоятельно (поэтому одним из важ-

ных условий овладения ходьбой должно стать воспитание у ребенка уверенности в безопасности движения. Это достигается обеспечением безопасных условий для передвижения, а также помощью взрослого, к которому ребенок испытывает доверие).

Чувствуя неуверенность при самостоятельном движении, такие дети больше сидят, становятся малоподвижными и, когда у них появляется желание получить какой-либо предмет, не пытаются сами его взять, подползая или подходя к нему, а используют для этого взрослого, заставляя звуками, словом, всем поведением приблизить предмет к себе. Как правило, родители, вместо того чтобы поднести или подвести слепого ребенка к предмету, подносят предмет к ребенку. В связи с этим развитие движений слепого задерживается. Если ребенок не ползает, то он с трудом учится держать равновесие во время ходьбы при столкновении с предметами.

Однако с 8—9 месяцев развитие моторики становится более осознанным. Постепенно трудности преодолеваются и слепой ребенок начинает ходить, но его необходимо учить не только ходить, но и падать, перераспределяя тяжесть тела движениями спины, таза и т.д.

Еще одна особенность в развитии движения слепого ребенка — это отсутствие свободы движений рук при ходьбе. Она связана с общей напряженностью при ходьбе, возникающей в результате неуверенности. Для снятия напряженности, нужно создать стабильные условия жизни ребенка, разложить и расставить в определенном порядке предметы и игрушки, помочь ему приобрести реальные практические знания об окружающем пространстве. Огромное значение в преодолении неуверенности имеют первые шаги ребенка со взрослым, держащим его за руку. Однако следует менять руку ребенка, а самое главное — разрешать ему самостоятельно передвигаться в пространстве. Это снижает напряженность в движении.

Вставание. Около 7 месяцев ребенок начинает вставать на ножки. Детей с нарушением зрения необходимо стимулировать к тому, чтобы они начали самостоятельно вставать.

Если разложить игрушки по всей длине дивана, то малыша можно поставить на пол, чтобы взрослый мог придерживать его.

Детей с глубоким нарушением зрения необходимо учить вставать на ножки. Вначале необходимо показать, как найти опору ручками, затем — как, опираясь руками о край стула (стола), вставать. Если малыш научился вставать на колени, то родители должны помочь ему приподняться на коленях. После нескольких тренировок ребенок быстро научится вставать самостоятельно. Необходимо также научить малыша опускаться, садиться. Для этого нужно подсказать ему, как сгибать ноги в коленях и медленно опускаться сначала на одно колено, а затем на другое.

Ползание. Слепые дети довольно часто минуют стадию ползания. Они не начинают ползать, если родители не покажут им, как это надо делать. У детей, которые ползали, координация движений развита лучше, чем у детей, миновавших эту стадию.

Когда малыш лежит на животе на гладком полу и мать поднимает его стопы, слегка подталкивая, то он, напрягаясь, вынужден автоматически двигаться вперед на руках и коленях и скользить по полу. Затем можно показать ребенку, как упираться ногами поочередно и ползти на звук голоса матери. Можно касаться рук ребенка его любимой игрушкой, а потом отводить ее на несколько сантиметров, подбадривая малыша в его стремлении схватить игрушку, говоря: «иди к маме», «иди к папе».

Показывая ребенку, как карабкаться вверх по лестнице и спускаться с нее, родители учат ребенка владеть своим телом.

Ходьба. Прежде чем зрячий ребенок начнет ходить, он должен быть к этому физически подготовлен. Это остается действенным и для слепых детей. Но в данном случае ситуация значительно сложнее, так как ребенок должен научиться многим вещам, которым не учат зрячего. Слепому ребенка необходимо как можно раньше учить вставать, чтобы к моменту, когда он физически будет готов ходить, ребенок уже умел бы хорошо балансировать.

До тех пор, пока малыш не будет свободно стоять без поддержки, — он не готов к самостоятельной ходьбе.

Ребенка надо также учить попеременно двигать ногами, например, ставить ножки ребенка на стопы взрослого, и он двигается по комнате, или один из родителей переставляет ножки ребенка, в то время как другой держит его за ручки. Слепой ребенок обычно идет на голос родителей. Это значит, что они должны находиться перед ребенком, когда учат его ходить.

Ориентировка. С первыми шагами ребенка окружающий его мир начинает значительно расширяться. Родители должны помочь ребенку ориентироваться в пространстве: мебель и все предметы в доме должны находиться на определенных местах, на пути малыша не должно быть острых углов.

Когда ребенок начнет ходить, не спешите к нему каждый раз, как только он покачнется или упадет. Малыш должен сам научиться преодолевать первые трудности. Конечно, если он сильно ушибся, испугался или не может самостоятельно выйти из затруднительного положения, следует ему помочь. Необходимо хвалить ребенка за успешно выполненное самостоятельное действие.

Когда ребенок научится ходить за руку со взрослыми, можно отойти на несколько шагов и позвать его, чтобы он пошел на звук голоса. Постепенно упражнение усложняют: малыша зовут, стоя сбоку от него, сзади. Малышу следует называть предметы, встречающиеся ему на пути. Определенное расположение мебели помогает ребенку освоить пространство и без страха ходить по комнате.

Ребенка необходимо приучить ходить в ванную, спальню, гостиную, кухню вместо того, чтобы носить его. Сначала взрослый ведет его за руку, затем идет сзади, касаясь его плеча, и по мере надобности направляет его. Выучив путь из комнаты в кухню, ванную и т.д., ребенок начнет ходить, не натываясь на предметы. С этого момента малыш может самостоятельно передвигаться по квартире.

Большинство таких детей начинают ходить самостоятельно к полутора годам.

Не следует пользоваться ходунками при обучении слепых детей. Привыкая к ним, ребенок не может самостоятельно держать равновесие.

Развитие действий с предметами

Для слепого ребенка характерна пассивность не только в познании окружающего мира, но и при общении с предметами и игрушками.

К концу третьего года жизни большинство слепых детей начинают использовать предметы и игрушки по назначению. В первую очередь это предметы, которые постоянно находятся в обиходе детей.

Одновременно с формированием предметных действий у слепого ребенка развиваются функции контроля за их выполнением, осуществляемые за счет развития мышечного чувства. Однако главным «учителем» в этот период являются сами объекты, требующие от ребенка определенного способа действия, хотя бы в элементарной форме. Это ставит перед родителями и воспитателями задачу предоставить ребенку наибольшее количество предметов и обучить ими пользоваться, не бояться давать ему ощупывать и узнавать их качества всеми доступными средствами.

В этот период развития необходимо приучать ребенка действовать и обследовать предметы двумя руками, развивая их моторику, обучать приемам и способам обследования предметов. Ребенка необходимо обучать всем специфическим и функциональным действиям с предметами, показывать ему способы овладения предметом.

Развитие предметной деятельности у слепых детей протекает по тем же закономерностям, что и у зрячих, и идет от неспецифических манипуляций к овладению функциональными действиями. Но слепые дети долго неточны в движениях, долго не выпускают предмет из рук. Это задерживает развитие мелких движений пальцев и тем самым развитие активного осязания. Первые специфические манипуляции и отдельные функциональные действия появляются у слепых после двухлетнего возраста, однако к концу третьего года

жизни не у всех детей сформировывается и становится ведущей собственно предметная деятельность. Тем не менее предпосылки для предметной деятельности есть.

Чтобы предметная деятельность могла стать условием для дальнейшего использования ее в компенсации слепоты, ребенок должен быть обучен всем элементам предметной деятельности.

Обучение действиям с предметами и игрушками

Чем раньше начато целенаправленное обучение ребенка действиям с предметами, тем лучше он будет развиваться и вырастет более приспособленным к жизни в обществе. Для выполнения слепыми детьми любой деятельности необходимо с первых шагов самостоятельной жизни приучать их к организованности, порядку, строгой дисциплине. Особое внимание нужно уделять режиму дня. Четкий распорядок дня способствует лучшей ориентации слепого малыша во времени (он склонен путать день и ночь).

Особое значение в развитии активности приобретают игрушки. Слепому малышу нужны «озвученные» игрушки: погремушки, резиновые пищачие зайцы, собаки и т.д. Они должны издавать приятный, не резкий звук, чтобы ребенок не пугался. Если не установлено точно, что ребенок абсолютно слепой, необходимо, чтобы цвет игрушек был ярким.

С 4 месяцев нужно активно обучать ребенка захватывать и удерживать в руках предметы и выпускать их. Обучая незрячего ребенка хватанию, необходимо давать ему в руки предметы, различные по форме, величине и весу. Необходимо учитывать, что малыш может бояться новых предметов.

Прикосновение к некоторым видам может вызвать у него отрицательные эмоции. Ребенку неприятно дотрагиваться до холодных металлических предметов. Мягкие игрушки из искусственного меха могут напугать малыша так же, как и ощупывание живых животных и птиц.

Малышам 1-2 года жизни лучше давать небольшие игрушки, хорошо моющиеся. Мелкие игрушки и предметы меньше 9 см давать вообще не следует, поскольку дети не смогут различить их детали.

Ребенка 2-го года жизни знакомят с домом, предметами, которые его окружают. Очень важно, чтобы процесс знакомства доставлял ребенку удовольствие. Знакомя ребенка с окружающими предметами, нужно стараться, чтобы он понял их назначение.

Для этого ребенка обучают действовать с некоторыми предметами, использовать их по назначению. Так, купая малыша, можно дать ему в руки пластмассовую кружечку и учить его зачерпывать и выливать воду. Во время кормления в руку ребенка можно вложить ложку.

К концу 2-го и на 3-м году жизни ребенок должен познакомиться со всеми предметами, которые окружают его в доме, и с их назначением. При этом необходимо показывать ему основные, наиболее существенные части предметов и называть их основные свойства. Например: «Шкаф большой, у него есть дверца, она открывается и закрывается. На полках лежат вещи».

Для знакомства со шкафом ребенка ставят на стул, чтобы с помощью осязания он убедился, какой шкаф высокий. Затем выдвигают ящики, чтобы показать, что в шкафу хранятся различные вещи.

К началу 3 года жизни слепой ребенок должен узнавать предметы обихода, с которыми он сталкивается, знать предметы, находящиеся в комнате, где он живет.

Дома и на прогулке необходимо обращать внимание ребенка на различные звуки (шум ветра, дождя, звук проезжающей машины, шагов, скрип двери и т.д.) и помогать связывать тот или иной звук с определенным действием (шум шагов — с приходом человека).

К концу второго — началу третьего года жизни ребенка необходимы специальные занятия для умственного развития и развития пальцев рук. Малыша надо учить класть один кубик на другой, снимать кольца с пирамидки.

Развитию движений рук ребенка, его мелкой моторики и ориентировки в малом пространстве способствует следующая игра. Перед ребенком ставят небольшую коробку или корзинку (<20 см в длину) и учат его класть в нее по одному небольшие предметы. Особенно трудно научить ребенка разжимать

пальцы, чтобы выпустить из них предмет. Поэтому вместо коробки можно использовать небольшое металлическое ведро. Предметы, опускаемые в ведро, будут издавать звук, побуждая ребенка повторить действие.

На 3-м году жизни ребенка учат бросать предметы. Ему дают небольшой мяч ($d > 15$ см) и учат протягивать его и бросать мяч. Когда ребенок научится играть в эту «игру», его можно посадить на коврик у стены и катить мяч к нему. Ребенка можно научить катить и бросать мяч. Для этого надо встать сзади ребенка и выполнить действие вместе с ним, взяв его руки в свои.

На третьем году жизни ребенка учат показывать основные части знакомых ему игрушек.

Показывая ребенку части тела куклы (руки, ноги, голову, глаза, рот, нос), предварительно попросите малыша показать ту же часть тела у него, у мамы. Когда ребенок научится показывать части своего тела, взрослому, куклы, нужно начинать учить его элементарным действиям с игрушкой.

Прежде всего надо научить ребенка держать куклу головой вверх, затем учат укладывать куклу спать, кормить. Не следует забывать при этом проговаривать каждое движение: «Куколка хочет кушать. Давай ее покормим. Нам нужна тарелочка. Вот она. И ложка. Вот ложка...».

Следует помнить, что обучение кормлению куклы может иметь успех только в случае, если ребенок во время еды знакомился с посудой, держал в руке ложку и пытался ею действовать.

Если ребенок знаком с расческой и его учили причесывать себя, то его можно научить причесывать куклу.

Действия с игрушками, которым учат малыша взрослые, еще не являются настоящей игрой. Ребенок выполняет лишь те конкретные действия, которые ему знакомы из собственного опыта и выполнять которые с определенной игрушкой научил его взрослый. Однако выполнение простейших игровых действий является необходимым этапом развития игровой деятельности, которая должна стать основной, ведущей в дошкольном возрасте.

Формирование навыков самообслуживания

Обучение ребенка действиям самообслуживания и бытового труда — первейшая задача родителей. Очевидно, что чем лучше у ребенка будут сформированы навыки самообслуживания, тем более приспособленным к жизни он вырастет.

По разработанной специальной методике обучения детей действиям по самообслуживанию на первом этапе обучения взрослый выполняет действие совместно с ребенком: берет руки ребенка в свои и производит все необходимые операции его руками.

Взрослые должны максимально расчленить каждое действие на отдельные операции и, выполняя действие руками ребенка, постоянно придерживаться определенной последовательности. Например, обучая ребенка пользоваться чашкой, взрослый показывает (руками ребенка), как одной рукой взять чашку за ручку, другой поддерживать ее; как поднести чашку ко рту и затем, отпив, аккуратно поставить на стол.

Каждая операция обязательно сопровождается объяснением, например: «Возьмем свитер, найдем воротник... вот он. Положим свитер перед собой. Проденем руки в рукава».

Очень важно не упускать ни одной попытки ребенка самостоятельно выполнить то или иное движение. Малейшее стремление к самостоятельности должно поощряться.

Со временем взрослому уже не нужно выполнять все действия руками ребенка. Он начинает выполнение действия, а затем в нужный момент направляет руки ребенка. Его помощь также нужна и по окончании результата его выполнения. Иначе говоря, взрослый вместе с ребенком проверяет, правильно ли выполнено действие: застегнута ли кофта, хорошо ли надеты колготки, осталась ли еда в тарелке, положена ли на место ложка, чисто ли вымыты руки и т.д.

В итоге все действия выполняются ребенком самостоятельно. Для начала действия и осуществления контроля за его выполнением становится до-

статочно лишь словесного побуждения или помощи взрослого (просьба, объяснение, наводящие вопросы).

При первоначальном знакомстве с предметами, действиями, которыми дети должны овладеть, ни при каких обстоятельствах нельзя игнорировать цветовые и другие зрительные качества, помогающие слепому, имеющему остаточное зрение, ориентироваться в ситуации. Поэтому надо обращать внимание ребенка на цвет предметов и постараться, чтобы предметы (чашка, тарелка, вешалка для полотенца и т.д.) были по возможности ярких, насыщенных тонов.

Рассмотрим некоторые приемы обучения детей 2-3 года жизни основным действиям по самообслуживанию: кормлению, навыкам туалета.

Обучение самостоятельности в еде

В преддошкольном возрасте (на 2-3-м году жизни) можно начинать обучать ребенка пользоваться ложкой, чашкой. В начале лучше давать ребенку маленькую кружечку, наполовину наполненную жидкостью, поскольку руки у него еще слабые. Он будет поддерживать кружку и лишь затем научится держать ее самостоятельно. Следите, чтобы кружка не оказалась горячей — это приведет к отказу ребенка держать ее в руках. Возможно, что первое время ребенок будет выпускать ложку или кружку из рук сразу же после того, как пища попала в рот. Но со временем он научится ставить кружку на стол и класть рядом с тарелкой ложку. Обучение пользованию ложкой обычно сопряжено с большими трудностями, чем обучение пользоваться чашкой. Прежде всего нужно познакомить ребенка с ложкой и тарелкой (обследовать и назвать их). Рукой ребенка надо потрогать дно пустой тарелки, затем положить в тарелку еду (не горячую) и тоже потрогать ее, объясняя при этом каждое движение. После этого можно дать ребенку ложку, сказав, что есть нужно ложкой, а не руками, и показать, как надо есть из ложки. Для этого надо зачерпнуть ложкой еду и показать это ребенку (потрогать еду в ложке его рукой). Очевидно, что делать это надо не на протяжении всего кормления, а лишь в его начале. Можно попробовать положить его руку на

свою. Таким образом рука ребенка будет следовать за рукой взрослого. Движение руки будет согласовываться с движениями головы и губ.

После того как ребенок научится держать в руках ложку, наиболее трудной операцией становится зачерпывание пищи. Если пища не жидкая, ребенок часто пытается положить ее в ложку левой рукой и, неся ложку ко рту, поддерживать ее. Если своевременно начать обучение, то к 3 годам ребенок научится самостоятельно есть ложкой и пить из кружки.

Одевание

Процесс одевания прежде всего должен происходить в замедленном темпе. Если мать, одевая ребенка, спешит, процесс одевания превращается для него в непонятные движения, которые к тому же неприятны (его дергают за руки, сковывают в движениях и т.д.).

Очень важно не упускать моментов проявления ребенком активности. Сначала ребенок помогает взрослому тем, что сам принимает нужные для выполнения каждого действия положения (протягивает руки, поднимает ноги, поворачивается к взрослому и т.д.). Затем он начинает стремиться выполнить самостоятельно ту или иную операцию. Взрослый должен побуждать малыша к этому словами: «Давай снимем колготки, возьмемся за резинку», направлять его руки, выполнять ту иную операцию его руками.

Постепенно отдельные операции ребенок начинает выполнять самостоятельно. Взрослый должен строго дозировать помощь малышу при одевании: выполнять за ребенка только те операции, которые он еще не в состоянии выполнить, выполнять вместе с ним операции, которые он учится выполнять, и не делать за него то, что он уже может делать сам.

Если ребенку трудно выполнить действие, которое он уже выполнял самостоятельно, взрослый помогает ему выполнить последовательность операции: «Ты можешь сделать это сам. Помнишь, как ты хорошо это сделал вчера?».

К 3 годам слепой ребенок должен научиться самостоятельно снимать майку, рубашку, штанишки, колготки, тапочки и одеваться с помощью взрослого.

Во время раздевания нужно учить малыша не выпускать снятую одежду из рук, а протягивать ее взрослому. Перед сном следует показать малышу, как аккуратно повесить белье на стульчик, поставить тапочки около кровати. Он должен также узнать, где висит верхняя одежда, где стоит обувь.

На 3 году жизни слепого ребенка, с развитием предметных действий, речи и ходьбы, становится возможным обучение его некоторым действиям, связанным с бытовым трудом. Так, его следует приучать убирать игрушки после игр на место, при этом нужно следить, чтобы ребенок играл одновременно не более чем с двумя-тремя игрушками.

Аккуратность в воспитании слепого ребенка имеет особенно большое значение. Все предметы обихода, личные вещи ребенка, игрушки должны лежать на определенном месте. Нужно стараться, чтобы ребенок как можно скорее запомнил, где лежит каждая вещь, и всегда клал ее на место.

Мать может привлечь малыша и к «взрослой» деятельности. Например, накрывая на стол, она может дать ему в руки ложки и попросить положить их на стол или дать ложку папе. Готовя тесто для пирога или фарш для котлет, можно дать 2-3-летнему ребенку слепить пирожок или котлету. При чистке картофеля малыш может подавать картофелины или опускать очищенные картофелины в воду.

Такая деятельность очень ценна для ребенка, поскольку она способствует обогащению его чувственного опыта. На каждом шагу его подстерегают «открытия». Так, он узнает, что котлетку, которую он сделал, нельзя есть, пока мама ее не пожарит, что к плите лучше не подходить, т.к. как можно обжечься. Если ребенок будет знать, что он «помогает маме», — это будет дисциплинировать его и ориентировать на результат труда.

Своевременное формирование навыков самообслуживания и бытового труда в преддошкольном возрасте явится залогом успешного последующего

психического развития ребенка, будет способствовать развитию познавательного интереса, необходимого для познания окружающего мира.

Обучение навыкам туалета

Обучение слепому ребенку навыкам туалета, по существу, ничем не отличается от того, что делают родители зрячих детей.

В выработке навыков туалета очень важно, чтобы мать была внимательна к поведению своего ребенка и знала способы выражения им неудобства.

Не следует начинать сажать ребенка на горшок слишком рано, надо четко выработать время (до сна, после сна, после еды и т.д.). И если попытки не всегда успешны, не следует настаивать, т.к. это часто приводит к сопротивлению ребенка, что значительно затянет время формирования навыка. Никогда не оставляйте ребенка одного на горшке до того, как у него не выработается самостоятельность, и не оставляйте его сидеть долго, так как слепой ребенок, как и зрячий, ищет в таких случаях занятия и у него могут выработаться вредные привычки.

К 2-м годам слепой ребенок, как и зрячий, способен овладеть навыками туалета.

Развитие слухового восприятия и речи

Общение играет активную роль в развитии слепого, в усвоении им общественного опыта и имеет свои особенности.

Возникшее на первой стадии системы компенсации слепоты дифференцированное слуховое восприятие и появляющиеся самостоятельные вокализации (голосовые реакции) при осязательном знакомстве с предметами начинают играть у слепого все более важную роль, как средство общения с окружающими людьми.

Слепой ребенок использует речевые звуки и слова для привлечения к себе внимания, достижения определенных предметов. Отклик взрослых и их эмоциональное отношение к этому стимулирует как произношение звуков и

слов, так и слуховое восприятие слепого. Он начинает по голосу узнавать родных и близких, отличать их от чужих.

Побуждение слепого ребенка к участию во всех этих действиях, называние предметов и действий с ними развивают понимание речи, активизируют ответные реакции.

Речь взрослого, обращенная к ребенку, не просто сопровождает действие, а является необходимым звеном, она привлекает внимание слепого к обследованию предметов, вызывает у него интерес и тем самым создает прочные связи между словом и осязаемым предметом, расширяя круг понимания речевых ситуаций. Развивается смысловая сторона речи слепого ребенка.

В 10-11 месяцев слепой ребенок способен повторить за взрослым новые звуки, а потом и новые слова, сопровождая ими действия. В возрасте 1 года ребенок имеет от 1 до 20 активных слов, к 1,5 годам — 36-95 слов, но во взаимодействиях со взрослыми ребенок еще не использует речь как средство общения, а применяет привычные для него формы общения: жесты, неречевые звуки. В этот период жизни ребенка понимаемые слова становятся все более стойкими и обобщенными: ребенок знает названия ограниченного круга окружающих предметов, действий с ними и названия отдельных качеств предметов, может их оценить (хороший—плохой, большой—маленький).

Примерно после 1,5 лет происходит скачок в развитии речи ребенка — она начинает развиваться ускоренными темпами.

Слепой ребенок в 1,5-2 года начинает использовать свою развивающуюся речь в качестве основного средства общения со взрослыми. Быстро растет активный словарь, совершенствуется грамматический строй речи. Общение слепого ребенка в этот период является еще самоцелью и направлено на сам факт общения со взрослым, поэтому слепой, подражая взрослым, овладевает огромным запасом слов и целых предложений, непонятных ему по содержанию.

Активное общение слепого ребенка со взрослым в совместной предметной деятельности обеспечивает образование связи слова с обозначаемым им предметом. Поэтому опора на активное речевое общение и есть тот обходной путь, который обеспечивает преодоление трудностей в формировании предметных действий и обуславливает продвижение в психическом развитии слепого ребенка. Образование системы связей речевой деятельности со всей системой сохранившихся анализаторов, с развивающейся двигательнo-мышечной системой обеспечивает основу для компенсации слепоты в этом возрасте.

В связи с этим огромный скачок в развитии слепого происходит именно в тот момент, когда речевое общение включается в предметное и когда действия с предметами соответствуют их прямому назначению и оказываются в центре активности слепых.

Сопровождение всех действий речью, т.е. создание и укрепление связи между словом, предметом и действием, позволяет впоследствии использовать речь в качестве коррекционного средства моторики, нарушенной слепотой.

Работа родителей и воспитателей по развитию речи

У слепых детей при нормальном развитии интеллекта и отсутствии органических поражений речевых центров «речь развивается примерно в те же сроки, что и у зрячих» (Воспитание ребенка с нарушением зрения в семье / под ред. Л.И. Солнцевой, В.П. Ермакова), т.к. глубокое нарушение или отсутствие зрения не препятствует появлению у ребенка речи. И если у слепого ребенка к 3 годам отсутствует фразовая речь, это должно насторожить родителей, ребенка следует показать специалисту.

В то же время, в развитии разговорной речи слепого ребенка имеются специфические особенности.

Первой особенностью являются трудности в овладении правильным произношением и артикуляцией звуков речи. Это связано с тем, что ребенок

лишен возможности наблюдать за движениями губ говорящего взрослого, за его мимикой, соответствующей определенной интонации, с которой произносится каждая фраза.

Поэтому речь слепого ребенка обычно бывает маловыразительной, невнятной, малоразборчивой. Артикуляционный аппарат (губы, язык) бывает недостаточно развит. Встречаются трудности в произношении отдельных звуков, особенно шипящих, свистящих, а также звуков [р] и [л].

Второй, и наиболее важной особенностью речевого развития слепого ребенка является несоответствие между словом, употребляемым ребенком в активной речи, и пониманием его значения. Это связано с тем, что малыш лишен зрительной информации об окружающих предметах и явлениях, а информация, получаемая с помощью осязания, слуха и, если оно имеется, остаточного зрения, еще очень скудна.

Трудности, связанные с первой особенностью развития речи слепых детей, постепенно устраняются или не являются существенными, если в воспитании ребенка использовать следующие приемы.

Обучая малыша произношению того или иного слова, произносите его четко. При этом можно провести его руками по своему лицу, губам.

Обучению правильной артикуляции, произношению и мимике способствует игра, в процессе которой взрослый просит ребенка показать, как он спит, плачет, радуется.

Развитию разговорной речи детей также способствуют специальные дыхательные упражнения, в процессе которых формируется правильная постановка дыхания. С этой целью можно провести с малышом такие игры, как «Подуем на кашку», «Подуем, как ветер». Чтобы ощутить «ветер», ребенок дует на руку.

Теперь обратимся ко второй особенности развития речи слепого ребенка.

Чем лучше у ребенка развиты осязание, слух и другие сохранные анализаторы (включая и остаточное зрение), чем больше он знакомится с окру-

жающей действительностью, тем богаче его чувственный опыт и тем меньше разрыв между запасом его слов и пониманием их значения. Поэтому особенно большое внимание нужно уделять ознакомлению ребенка с окружающим его миром, обучению осязательному обследованию предметов, развитию слухового восприятия.

Особое внимание следует обратить на следующее. Установлено, что «уровень развития речи ребенка находится в прямой зависимости от степени развития тонких движений пальцев рук» (Кольцов М.М. Ребенок учится говорить). Если ребенок может совершать изолированные движения пальцев (например, показать один, два пальчика) — это говорящий ребенок. Напротив, если пальцы напряжены, вялы, сгибаются и разгибаются только вместе, нет изолированных движений, то ребенок неговорящий.

В отношении слепого ребенка развитие тонких движений пальцев рук важно еще и потому, что без этого невозможно формирование правильных приемов осязательного обследования предметов, поскольку чуткие пальцы рук для слепого так же значимы, как глаза для зрячего.

Учитывая это, к развитию тонких движений пальцев рук ребенка следует приступать с раннего возраста. Большую помощь в этом могут оказать игры-потешки, такие, как «Сорока-белобока», «Пальчик-мальчик». Взрослый произносит текст, а малыш по одному загибает или разгибает пальчики.

Пальчик-мальчик, где ты был?

С этим братцем в лес ходил,

С этим братцем щи варил,

С этим братцем кашу ел,

С этим братцем песни пел.

Знакомя ребенка 2-3-го года жизни с различными предметами, необходимо отчетливо называть их и просить ребенка повторять сказанное слово. Однако, давая предмет ребенку, не следует называть его сразу. Сначала надо спросить: «Что это?» — и дать время поманипулировать с ним. Это очень важно, т.к. впоследствии ребенок обязательно должен будет научиться само-

стоятельно задавать этот вопрос как взрослому, так и самому себе. Только в этом случае будет активно осуществляться познание ребенком окружающего мира.

Выполняя действия, в которых, так или иначе, участвует ребенок (одевание, кормление и др.), нужно называть и комментировать каждую операцию, выполняемую родителями (воспитателями), и каждый предмет, с которым совершается действие. Говорить надо четко, быть немногословным, так чтобы ребенок понял, что данное слово служит для обозначения определенного предмета. Поскольку незрячий ребенок не может наблюдать за действиями взрослого, слово приобретает особенно важное значение в овладении действиями и приобретении навыков. Оно, насколько это возможно, должно быть неразрывно с действием, с обследованием предметов.

Так, посадив ребенка 3-го года за стол, взрослый говорит: «Сейчас мы будем кушать. Тарелка пустая, посмотри (следует обследование тарелки). Надо налить суп. Я сейчас возьму большую ложку (показывает) и налью его. Слышишь, как льется суп? Он горячий. Потрогай тарелку (прикасается рукой ребенка к теплой тарелке)...». Со временем ребенку будет достаточно лишь назвать действие, чтобы он понял, о чем идет речь, и это отразится как в его высказываниях, так и в действиях (будет показывать дно пустой тарелки, называть действия, которые предстоит выполнить взрослому и т.д.).

Нужно учить ребенка подражать различным звукам (как лает собачка, как мяукает кошка, как капает вода, как гудит машина и т.д.).

Наряду с тем, что речь становится для ребенка средством общения, она постепенно начинает выполнять и регулирующую функцию. Это значит, что слово взрослого начинает регулировать поведение ребенка. Первыми словами-регуляторами поведения ребенка становятся слова «можно», «нельзя», глаголы в форме повелительного наклонения, типа «ешь», «иди» и т. п.

На 2-м году жизни, с появлением первых слов в активной речи ребенка, нужно начинать учить его выполнять простейшие движения по просьбе взрослого: протягивать предмет, который он держит в руках, при слове «дай»

и, что труднее, учить протягивать руки к взрослому при словах «на», «возьми». При словах «иди ко мне на ручки» ребенок начинает протягивать руки к взрослому, ориентируясь на звук его голоса.

На 3-м году жизни, с развитием фразовой речи, ребенок становится способен выполнять простейшие поручения: «Подойди ко мне», «Положи куклу...». К этому времени он уже ходит и способен на элементарные практические действия.

Для развития речи и мышления ребенка полезны поручения, выполнение которых требует понимания предметов. Например: положить игрушку на диван, на стол, в коробочку, в корзинку, в ящик; вынуть игрушку из коробки и т.д.

Вначале, если необходимо, надо направлять руки ребенка или даже брать его руки в свои. Ребенка надо учить прятать игрушку или небольшой предмет под перевернутую коробочку и искать спрятанное. Для того чтобы ребенок убедился, что предмет пропал, его руками надо провести по столу и коробочке, произнося: «Где игрушки? Спрятались». Затем его можно научить приподнимать коробочку и доставать игрушку из-под нее.

Важную роль в развитии речи ребенка играют потешки, стихи, сказки. Слушая и повторяя за взрослыми слова потешки или простого по структуре стихотворения, предназначенного для маленьких слушателей, ребенок учится правильному произношению слов, учится подчинять свою речь ритму стихотворения, усваивает новые слова. Кроме того, развиваются внимание и память ребенка, необходимые при прослушивании и самостоятельном повторении произведения. Вначале ребенок повторяет за взрослым лишь отдельные слова, и здесь еще рано говорить о понимании им содержания всего произведения и даже отдельных слов. Это понимание придет позже.

При выборе произведений необходимо обратить особое внимание на те из них, которые требуют выполнения определенных действий при произнесении тех или иных слов. Например, читая ребенку стихотворение А. Барто

«Идет бычок, качается», взрослый учит ребенка показывать, как качается бычок, как он кивает головой.

Действия, сопровождающие слова, способствуют лучшему пониманию их смысла, усвоению отдельных слов. А как следствие — ребенок повторяет отдельные слова или все стихотворение с выражением.

Для объяснения ребенку 3-го года жизни содержания прочитанного могут служить игрушки. Например, читая потешку: «Киска, киска, киска, брысь! / На дорожку не садись; / Наша Катенька пойдет — / Через киску упадет», ребенку дают хорошо знакомую ему куклу и показывают, как может упасть Катя.

Читая стихотворение А. Барто «Уронили мишку на пол», можно дать ребенку в руки мишку и в конце стихотворения пожалеть мишку вместе с ним.

Пройдет немного времени, и постепенно слово станет одним из важнейших средств познания ребенком тех предметов и явлений окружающего мира, которые он не может познать из-за отсутствия зрения.

Игры, упражнения в дошкольном возрасте

Игры и упражнения

для слепых и слабовидящих детей дошкольного возраста

Каждая игра для ребенка — это процесс познания и созидания красоты, поиска нового удивления и радости. Игра является главной частью в жизни ребенка, как зрячего, так и со сниженным зрением. С ее помощью он узнает окружающий мир, усваивает связи между людьми, предметами, начинает понимать свою роль в семье и обществе. Игры стимулируют все виды детской активности, самостоятельности, творчества. Именно игра готовит ребенка к вступлению во взрослую самостоятельную жизнь.

Игры, которые приведены ниже, соответствуют различному возрастному уровню.

От рождения до 3 месяцев

Звучащие игрушки.

Познакомьте вашего ребенка со звуками, производимыми различными игрушками. Делайте это совместно. Помогите ребенку тряхти погремушку, жать пищалку, звонить в колокольчик. Называйте игрушку и говорите, какой звук она производит.

Перемещение источника звука

Вначале потрясите погремушкой или маленьким колокольчиком перед лицом ребенка, потом, не прекращая звучание, двигайте игрушкой из стороны в сторону. Это научит ребенка следить за звуком.

Танцы

Включите живую, веселую музыку, качайте ребенка и танцуйте под нее, держа ребенка на руках.

Пальчиковые игры

Когда ребенок лежит на спине, дайте ему ухватить ваши пальцы. Затем мягко потяните их, так ребенок почувствует некоторое сопротивление. Через несколько секунд уберите руки, а затем предложите их снова для повторения тех же действий. Или, вместо того, чтобы убрать руки, осторожно потяните ребенка на себя в частично сидячую позицию. Убедитесь, что вы делаете это мягко, потому что для ребенка это может быть неожиданно. Не забывайте, при необходимости, поддерживать голову ребенка.

Подбрасывание в воздух

Эта игра подходит почти всем детям. Поднимайте ребенка вверх то выше, то ниже. Когда вы поднимаете ребенка вверх, говорите, что вы делаете. Например: «Полетели вверх!» или «Вверх, вверх, вверх!» Потом медленно опускайте ребенка вниз и говорите: «Вниз, вниз, вниз!» или «Полетели вниз».

Определение направления звука

Потрясите колокольчиком над головой ребенка и спросите: «Где колокольчик? Ты можешь найти колокольчик?». Звоните и спрашивайте снова и снова — столько раз, сколько это необходимо. Может пройти неделя, а мо-

жет быть, и месяц, пока ребенок повернет голову или прикоснется к источнику звука. Когда это произойдет, скажите: «Да! Правильно, вот он!». Как вариант, вы можете использовать аналогичную игру, но без звучания игрушки. Понаблюдайте, может быть, ребенок повернется, если вы будете шелкать пальцами или мягко хлопать в ладоши.

От 3 до 6 месяцев

Ощупывание

Возьмите лоскутки ткани различной фактуры — шелк, вельвет, велюр, букле, приготовьте шерстяной шарфик, резиновые игрушки, лоскутки махровой ткани, вату. Играя с ребенком, давайте ему различные предметы и характеризуйте их поверхность: «Это твердое и бугристое, а это очень мягкое». Используйте различные ткани как для массажа всего тела, так и для восприятия их ладонями.

Хорошо для ощупывания и в качестве игры использовать различную бумагу, целлофановые пакеты.

Подражание

Держите ребенка так, чтобы его лицо было рядом с вашим. Произносите звуки, произнесения которых вы хотите добиться от ребенка, например: «ла-ла-ла» и «да-да-да». Дайте ему время на повторение. Если он пока не готов к подражанию речи, повторите все снова через некоторое время.

Слушание

Посадите ребенка в детский стульчик или на пол. Потрясите колокольчик, погремушку, пошуршите целлофаном или фольгой или проведите пальцами вдоль расчески. Главное — это разнообразие, поэтому будьте изобретательны. Производя звук, сразу объясняйте его происхождение. Говорите ребенку, что это и какой звук издает. Пусть ваш ребенок пощупает и исследует каждый предмет.

Вдыхание запахов

Пусть ваш малыш вдыхает запах различных цветов, трав в саду или во дворе. Понюхайте с ним деревья, сырые опилки, сосновые иголки. У листьев

тоже интересный запах, если вы крошите их руками. Соберите различные предметы с разнообразным запахом. Предлагайте их один за другим, говорите о запахе, а ваш ребенок пусть нюхает.

Дайте понюхать различные пряности: ванилин, лимон, корица, различные фрукты и фруктовые соки (яблочный, апельсиновый). Не пренебрегайте и другими запахами, такими, как чеснок, лук, укроп, кофе, чай. В ванной давайте нюхать такие пахнущие вещества, как духи, мыло, крем, лосьон.

Потешки, стишки и песенки

С этого времени они начинают нравиться детям. Особенно, когда их используют с движениями. Они соединяют в себе слова, ритмы, мелодию и физическую стимуляцию.

1. Ребенок сидит у вас на коленях лицом к вам. Во время произнесения потешки вы подкидываете ребенка на коленях.

Скачет пони,
Скачет пони,
Скачет вниз с горы,
Будь внимательнее, пони,
И не упади (*подкинуть сильнее*)

2. Во время произнесения следующей потешки дотрагивайтесь до тех частей лица, которые вы называете:

«Головушка кивает, глазки моргают, носик нюхает, ротик кушает, подбородок прыг-прыг-прыг. Мышка в норку шмыг-шмыг-шмыг» (*пощекотать под подбородком*).

3. Произнося следующую потешку, легко прикасайтесь к ребенку пальцем на короткое время, чтобы он почувствовал разницу наличия и отсутствия прикосновения.

«Вот улей, вот пчела (*прикоснуться пальцем*). Улетела на поля (*убрать палец*). Скоро прилетит опять, ляжет в улей отдохнуть» (*прикоснуться снова*).

Вы не должны ограничиваться этими речитативами и песенками. Игры с песенками и потешками будут любимы вашим ребенком долгое время.

От 6 месяцев до 1 года

Игры с водой

Многие дети любят играть с водой. Вы можете налить водичку в тазик. Бросьте туда несколько чашечек, губки, плавающие игрушки, и пусть ваш ребенок играет в игры, в которые захочет.

Наполняйте и высыпайте

Наполните какую-либо емкость некоторым количеством предметов: кубиками, фасолью, шариками и т.д. Сядьте с малышом на пол и разбросайте эти предметы в пределах досягаемости. Поднимите один предмет и бросьте его в банку. Скажите своему ребенку: «Смотри: кубик в миске. Слышишь, как он упал? Теперь твоя очередь бросить кубик». Положите свою руку поверх руки ребенка и помогите ему совершить действие совместно с ним. Когда все предметы окажутся в банке, помогите ребенку вынуть их и начать все сначала.

Катание мяча

Сядьте на пол лицом к ребенку на расстоянии 30-60 см от него. Покажите ребенку мяч и скажите: «Вот мячик. Я хочу покатить его к тебе. Вот он прикатился к тебе. Держи мяч». Попросите другого взрослого поучаствовать в игре и, сев позади малыша или рядом с ним, помочь ему ловить мяч и катить его обратно.

От 1 года до 1,5 лет

Части лица и тела

Скажите ребенку: «Я трогаю свою голову, можешь ли ты потрогать свою?». Вначале вы должны помочь ему сделать это совмещенно. После того как вы поиграете со знакомыми частями тела, переходите к тем, названия которых он слышит не так часто: щеки, локти, мочка уха, плечи и т.д.

Игрушки, в которые можно дуть

Соберите игрушки в ящик, это могут быть: свисток, труба, губная гармошка, соломка для коктейля, надувные игрушки. Дуйте сначала сами, надувайте щеки и дайте ощутить это ребенку. Говорите ребенку, как дуть, и пусть

он попробует это сделать. Это не так просто, и потребуется время, чтобы ребенок научился дуть.

Надувной шар

Надувной шарик летит в воздухе очень медленно, поэтому у ребенка есть время отреагировать на его перемещение. Помогите ребенку подбить шарик вверх. Когда он вернется, скажите: «Вот и он! Ударь его!». Хороший способ удержать шарик рядом — привязать его к запястью или к рубашке за пуговицу. Перед тем как надувать шарик, поместите в него колокольчик.

От 1,5 года до 2-х лет

Найди на ощупь

Положите в коробку 3 или 4 предмета, сильно отличающихся друг от друга. Пусть ваш ребенок откроет коробку и обследует предметы. Когда он будет держать их в руках и ощупывать, рассказывайте о них, используя такие слова, как «мягкий», «шершавый», «твердый», «тяжелый», «гладкий», «колючий». Идентифицируйте предметы по слову.

Песенки и потешки с движениями

Продолжайте читать потешки или петь песенки, выполняя все движения, о которых в них говорится. Это нравится всем детям. Например: «Топ-топ (*топаем*), хлоп-хлоп (*хлопаем*). Все устали и упали (*все падают на пол*)».

Подражание

Чтобы сделать эту игру более забавной, можно включить в нее еще несколько детей. Начните играть, сидя все вместе на полу. Скажите, начиная игру: «Я хочу, чтобы вы делали, как я. Я хлопаю, я хочу услышать, как хлопаете вы».

Проделайте это 2-3 раза. Если необходимо, делайте это совмещенно. Когда ребенок поймет, в чем смысл игры, попробуйте другие движения. Говорите: «Делайте, как я! Я киваю головой, я хлопаю по плечам».

Игрушки из домашнего окружения

Кухонная утварь

Сковородки, кастрюли, дуршлаг, сито, противни, формы для выпечки, мерные стаканы и т.д.

Кладите внутрь предметы, вынимайте их, стучите предмет о предмет или ложкой по различным предметам, сгребайте их вместе и раскладываете, сравнивайте размер и форму. Используйте в игре воду и песок. Кладите в них кубики изо льда, чтобы ребенок почувствовал холод и понял, что такое таяние.

Пустые пластиковые бутылки и коробки

Коробочки из-под сыра, йогурта, контейнеры для яиц, бутылки из-под шампуня, молока, сока и др.

Сделайте погремушку, насыпав в емкость фасоль, бобы, орехи. Сделайте «нюхательные банки», положив в коробочки шарики из ваты, смоченные в духах, одеколоне, экстракте ванили, давайте их нюхать ребенку. Учите различать различные запахи.

Работайте с бутылками и крышками. Кладите и вынимайте из них предметы, завинчивайте и развинчивайте крышку. Сравните цвета, формы и размеры. (Если вы насыпали в коробку рис, бобы, удостоверьтесь, что ребенок не сможет сломать или открыть ее, вдохнуть в себя продукты и подавиться).

Большие коробки и бумажные пакеты

Зафиксируйте коробки в определенном месте, чтобы ваш малыш мог вползать и выползать из них, открывая «окна» и «двери». Наклейте коробки внутри яркой тканью или бумагой. Положите внутрь мягкий коврик, кладите внутрь предметы и вынимайте их.

Лоскутки ткани. Пряжа. Фланель, сатин, вельвет, фетр и т.д.

Познакомьте ребенка с разными поверхностями, побуждая его прикасаться к ним. Потрите ему тело различными лоскутками ткани, что дает разнообразные ощущения. Называйте части тела, к которым вы прикасаетесь.

Сделайте из кусочков ткани с разной поверхностью маленький коврик, на котором ребенок может лежать и ощупывать различные кусочки. (Наблюдайте, чтобы у ребенка не было возможности взять в рот и подавиться кусочками ткани, пряжи).

Бутылки с теплой и холодной водой

Приучайте ребенка различать тепло и холод, давая ощупывать одну бутылочку с теплой водой, а другую — с холодной. Когда ребенок трогает их, говорите: «Холодная», «Горячая».

Воспитанием и обучением лиц с нарушением зрения занимается такая наука, как тифлопедагогика. Тифлопедагогика является частью общей педагогики и одним из разделов дефектологии.

Современная тифлопедагогика располагает научно обоснованными положениями, раскрывающими пути предупреждения и преодоления недостатков и аномалий развития, механизмы и условия компенсации нарушенных функций, формы, содержание и методы дифференцированного обучения лиц разного возраста с глубокими нарушениями зрения.

В процессе воспитания детей дошкольного возраста осуществляется всестороннее развитие, коррекция дефектов психического и физического развития, подготовка к школьному обучению.

В школьном возрасте дети получают общее среднее образование в объеме массовой школы, идейно-нравственное, физическое, эстетическое воспитание, социально-психологическую и трудовую подготовку.

Обучение взрослых с нарушением зрения имеет целью повышение уровня образования и социально-трудового статуса. Оно организуется с учетом возраста, сферы производственной занятости, жизненного и практического опыта, уровня общеобразовательной подготовки.

Основы деятельности дошкольных учреждений

Дошкольные учреждения для детей с нарушением зрения являются государственными учреждениями общественного воспитания детей слепых,

слабовидящих, включая детей с косоглазием и амблиопией, в возрасте до 7 лет. Эти учреждения занимаются воспитанием, лечением, возможным восстановлением и развитием нарушенных функций зрения у детей, а также подготовкой их к обучению в школе.

Педагогическая работа направлена на гармоническое развитие ребенка в той степени, в какой это позволяет сделать уровень нарушения зрения в каждом отдельном случае, а также психическое и физическое развитие ребенка. Педагогическая работа исходит из программ обучения и воспитания в массовых детских садах, на основе которых разрабатываются специальные программы.

Задача специальной педагогики в данном случае состоит в систематической работе по коррекции отклонений в развитии познавательной, личностной, двигательной сферы детей, в заботе по охране и развитию зрения, слуха, осязания, т.е. всей компенсирующей системы (Л.И. Плаксина, Т.П. Свиридчук и др.).

В детские сады (группы при школах) для слабовидящих детей принимаются дети с остротой зрения 0,05-0,4 с коррекцией очками. Дети обучаются основным навыкам гигиены зрения, а также, если это необходимо, и пользованию очками. У детей развиваются все элементы зрительного восприятия, способность видеть вблизи и вдаль, наблюдения за движущимися предметами, способность различать форму предметов, краски, рассматривать картинки, ориентироваться в пространстве. Развитие зрительных функций дополняется также развитием слуха и осязания. Дети подготавливаются здесь к систематическим занятиям в школе.

Основы деятельности школ

Специальные школы для слепых и слабовидящих детей находятся в ведении органов народного образования.

Общеобразовательные школы для слепых и слабовидящих детей состоят из трех ступеней. Первая ступень — начальная школа (I-IV кл.), вторая

ступень — основная, или неполная, средняя школа (V-X кл.), третья ступень — средняя школа (XI-XII кл.). Ступени школы соответствуют трем основным этапам развития ребенка — детству, отрочеству и юности.

Школа первой ступени призвана обеспечить становление личности ребенка, целостное развитие его потенциальных возможностей, коррекцию отношений в развитии, лечение, гигиену и охрану зрения, формирование умения и желания учиться. В начальной школе осуществляются занятия по развитию зрительного восприятия, осязания (у слепых), ЛФК, ритмике, социально-бытовой ориентировке, ориентации в пространстве, коррекции речевых нарушений.

Учащиеся начальной школы овладевают элементами наглядно-образного и теоретического мышления, приобретают умения и навыки учебной деятельности; обучаются чтению, письму, счету, пониманию изображений, осваивают элементарные приемы и способы личной гигиены, самообслуживания, ориентировки. Обучение ведется по специальным учебным планам и программам.

Школа второй ступени закладывает прочный фундамент общеобразовательной и трудовой подготовки, необходимый выпускнику для продолжения образования, полноценного включения в жизнь. Продолжается работа по коррекции познавательной, личностной и двигательной сферы детей, гигиене и охране зрения, укреплению здоровья.

Средняя школа третьей ступени обеспечивает завершение общеобразовательной подготовки и курса трудового обучения учащихся на основе широкой и глубокой дифференциации обучения. Школа создает условия для наиболее полного учета интересов учащихся, социально-психологической адаптации, активного включения в жизнь современного общества.

В школах для слепых обучение ведется по учебникам массовой школы, которые издаются рельефно-точечным шрифтом Л. Брайля. В учебную практику широко внедряются тифлотехнические средства обучения (специальные

приборы для письма, преобразователи световых сигналов в звуковые и тактильные).

В школах слабовидящих обучение осуществляется по учебникам массовой школы, которые печатаются более крупным шрифтом и содержат специально преобразованные изображения, доступные для зрительного восприятия. Применяются соответствующие слабому зрению детей тетради, наглядный и дидактический материал, оптические и технические средства помощи.

Окончившие среднюю школу для слепых и слабовидящих детей получают такой же, как и в массовой школе, аттестат о среднем образовании и могут на общих основаниях поступать в высшие учебные заведения.

Методика обследования помещений

Изучение помещений проводится методом обследования. Сначала обходят помещение по периметру — слева-направо и в обратном направлении. Так ребенок определит форму и размер помещения, наличие мебели, других предметов, стоящих у стен, наличие дверных проемов в стенах помещения.

Для обследования предметов, стоящих посередине комнаты, нужно двигаться от входной двери в различных направлениях. Обнаружив на пути какой-либо предмет, нужно осмотреть его и вернуться обратно к отправному пункту. И так до тех пор, пока не будет обследовано все пространство помещения.

Начинать обследование надо с точки отсчета (чаще это входная дверь). По двери выровнять корпус тела и пятки ног. Обследование ведется правой рукой (если ребенок движется от двери вправо).левой рукой выполняет прием защиты.

Правую руку следует вытянуть в сторону стены на уровне пояса, пальцы слегка согнуты, и наружную часть двух или всех пальцев следует прикасаться к стене и подвигаться вперед (скольжение) — выше-ниже. Можно в

руке держать маленькую палочку, карандаш. Эту технику обследования надо применять в новом помещении.

Можно ее упростить.

Рука слегка выдвинута вперед, локоть положить на талию и тыльной стороной выдвинуть руку (взять в руку карандаш, газету, складную трость).

Используя технику скольжения рукой, ребенок, таким образом, определяет различные предметы, местоположение дверей, ниш, выступов, отмечает повороты.

Встречающиеся на пути предметы обследует.

В разных помещениях следует применять разные приемы. Обязательно соблюдать меры предосторожности (защиты).

Прием защиты при поиске упавшего предмета при обследовании помещения

Правую или левую руку (в зависимости от направления движения, влево или вправо) надо держать на уровне грудной клетки. Рука в локте согнута под прямым углом, ладонь повернута тыльной стороной на лбу, выдвинута примерно на 10 см.

Методика поиска упавшего предмета

1. При приседании за упавшим предметом спина должна быть прямая.
2. При наклоне за упавшим предметом надо обязательно защитить лицо одной рукой, а другой искать упавший предмет.
3. По звуку определить точное место падения предмета.
4. Подойти к нему и начинать поисковые движения.
5. Можно искать:
 - а) делая кругообразные движения по спирали, все время расширяя зону обследования;
 - б) водить рукой по прямой, все время смещая в сторону на ширину ладони;
 - в) делать движения рукой в виде полукруга (движения начинать от ног);

- г) горизонтальные движения от себя вперед;
- д) вертикальные движения справа налево.

Добукварный период обучения грамоте незрячих школьников

Чтение

Тема: инсценировка сказки «Репка».

Цель: развитие устной речи, закрепление навыков обследования предметов; обучение ориентировке в пространстве; развитие мимики, жеста, памяти, логического мышления.

Средства обучения: натуральная репа, трафарет и аппликация, рисунок репы, макет сказочной репы для инсценировки.

Комментарии к уроку:

При обследовании натуральной репы особое внимание необходимо обратить на санитарно-гигиенические требования (мытьё рук, промывка и просушка корнеплода, размещение корнеплода на планшете). Кроме этого необходимо правильно организовать осязательное восприятие растения в целом, его частей (ботвы, корня, корнеплода). Подробно обследовать общую форму ботвы и ее структуру. Обстоятельно изучить и описать словесно форму плода.

При обследовании аппликации, трафарета и рельефно-графического рисунка, важно соотнести форму изображений с реальным предметом, выявить сходства и различия.

В ходе инсценировки особое внимание необходимо уделить обучению ориентировке в пространстве, прежде всего, ограничивающей сценическую площадку. При этом следует развивать координацию движений, оценку учеником положения своего тела.

Ход урока

1. Организационная часть.
2. Вступительная беседа.
— Любите ли вы слушать сказки?

— Кто вам их читает?

— Где вы их слушаете? (По радио, с кассеты, по телевидению).

— Кто сочинил сказки, которые вы слушали?

— Есть сказки народные, их сочинил народ. С помощью устной речи люди рассказывали эти сказки друг ДРУГУ, своим детям, внукам.

3. Отгадывание загадок.

— Сегодня я расскажу вам русскую народную сказку, а как она называется, вы узнаете, если отгадаете загадку.

Кругла, а не шар,
С хвостом, а не мышь.
Желта, как мед,
А вкус не тот (*Репка*).

— Как догадались?

Кругла да гладка,
Откусишь — сладка,
Засела крепко
На грядке... (*хором — репка*).

— Сказка, которую я вам расскажу, называется «Репка».

— Кто слышал о ней сказку?

— Кто видел репку?

4. Обследование репки.

а) Какая форма, размер, поверхность, цвет, запах, вкус? (Дети пробуют на вкус заранее нарезанную репу).

б) К каким растениям относится репа?

в) Где она растет? На что похожа?

г) Какую часть репки едят?

5. Чтение (или рассказывание) учителем сказки.

— О какой репке идет речь?

— Может ли быть такая репка на самом деле?

6. Беседа по содержанию.

- Кто посадил репку?
- Какая она выросла?
- Кто тащил ее сначала?
- Кто помогал?
- Сколько человек тащили репку? Назовите их.
- Сколько животных помогало? Назовите их.
- Кто держался за репку? За дедку? За бабуку? и т.д.

7. Пересказ сказки учащимися.

8. Инсценировка сказки.

9. Работа с аппликацией и рисунком.

- Мы с вами видели настоящую репку и сказочную.
- А если мы хотим нарисовать репку, то какой мы ее должны изобразить?

— Рассмотрите трафареты репки: покажите на нем саму репу, корень, ботву.

— Рассмотрите аппликацию: где на ней изображена ботва, корень и сама репка? Как они изображены? (Дети обследуют трафарет, аппликацию, рельефно-точечное изображение репки подушечками пальцев рук).

— На рельефном рисунке обведите пальцами каждую часть репы. Как вы узнали на рисунке репу? Чем рисунок отличается от натуральной репы? Чем похож?

10. Итог.

- Какую сказку вы слушали?
- Почему она называется народной?
- Почему это сказка? Что в ней необычного, сказочного?

Письмо. Урок 1

Тема: знакомство со школьными принадлежностями.

Цель: дать представления о школьных принадлежностях.

Средства обучения: приборы, грифели для письма рельефно-точечным шрифтом.

Комментарии к уроку

Для обследования используется письменный прибор Л. Брайля, который имеет стандартный вид. В нем 18 строк по 24 клеточки в каждой строке. Таким образом, вместе с пробельными расстояниями между словами он может дать при письме 432 знака, то есть 1/4 часть машинной страницы.

Ход урока

1. Организационная часть.

Повторение правил поведения в классе. Учить правильно сидеть за партой, поднимать руку.

2. Беседа о школьных принадлежностях.

— Вы пришли в школу учиться. Скоро вы научитесь читать, писать. Чтобы научиться писать, нужны письменные принадлежности. Это прибор и грифель.

а) У каждого на парте лежит прибор. Предполагается пододвинуть его к себе. Рассмотреть его.

— Найдите верх прибора. Проведите руками сверху вниз по прибору. Найдите низ.

— Найдите левую сторону. Проведите по ней руками сверху вниз. Найдите правую сторону. Проведите двумя руками сверху вниз по прибору.

— Что вы заметили? Точки рельефные и посередине правой стороны возвышение, которое служит для того, чтобы открыть прибор.

— Еще раз найдите верх прибора и проведите руками сверху вниз.

— Что вы заметили? Заметили отверстия. Они называются клетками.

— Откройте прибор. Обследуем его.

— Положите руки на левую сторону прибора, проведите по ней руками. Эта сторона состоит из отверстий в виде клеток. Слева и справа — гладкая поверхность. Это поля. Покажите их.

— Обследуем правую сторону прибора. Проведите руками сверху вниз.

— Что вы почувствовали? Углубления.

— Найдите верх прибора. Проведите руками слева направо.

— Что вы заметили? На что похоже? Это шрифты. Сколько их?

— Проведите рукой сверху вниз. Найдите шрифты. Сколько их? Эти шрифты нужны для того, чтобы закрепить мысли буквами. Две стороны прибора соединяются устройством. Найдите его, покажите. Закройте прибор. Отодвиньте его на правую сторону парты.

б) Знакомство с грифелем. Необходимо предупредить учеников об осторожности обращения с грифелем, так как это колющий предмет.

— Рассмотрим грифель двумя руками. Он состоит из двух частей: пластмассовая часть — это ручка, внизу которой вставлен металлический стержень. Грифель нужен для письма в приборе.

3. Игра.

— Положите перед собой школьные принадлежности. Я называю слова, а вы показываете предмет: прибор, грифель.

4. Итог.

— С чем мы сегодня познакомились?

— Как называют эти предметы?

Букварный период обучения грамоте незрячих школьников

Чтение

Тема: звук [а], буква а.

Цель: познакомить со звуком [а], буквой а; закрепить умение дифференцировать гласные и согласные звуки; развивать фонематический слух; закрепить слоگو-звуковой анализ; развивать осязание и мелкую моторику рук; формировать навык обследования различных видов наглядности.

Средство обучения: «Русская азбука», касса, цветок астры, аппликация астры.

Комментарии к уроку

Знакомство учащихся с первой буквой алфавита обуславливает необходимость начать формирование навыка работы с кассой. С первого урока следует добиваться того, чтобы незрячие учащиеся быстро и правильно могли

подготовить кассу к началу работы или к ее завершению, располагать правильно руки на строке при чтении букв, раскладывать пластинки в нужные ячейки.

На этом уроке необходимо учить детей ориентироваться на странице «Русской азбуки».

Важным на уроке служит работа по формированию, развитию и коррекции предметных представлений. Целесообразным является использование на уроке натурального предмета, аппликации и рельефного рисунка.

В классах, где есть дети с остаточным зрением, целесообразно использовать цветные рельефные рисунки.

Ход урока

1. Организационная часть.

2. Повторение.

— На какие две группы можно разделить все звуки?

— Чем отличаются гласные звуки от согласных?

3. Выделение звука [а].

а) Игра «В саду» или «Цветы».

— Какие цветы вы знаете?

— Какие цветы растут у вас в саду?

— Опишите свой любимый цветок.

б) Обследование цветка астры. Учитель раздает каждому ученику цветок и называет его.

Обследование цветка: части цветка, обследование лепестков, описание цветка астры.

Знакомство с аппликацией астры (части цветка).

в) Слого-звуковой анализ слова астра.

— Разделить слово на слоги.

— Назвать первый слог, второй.

— Каким звуком начинается первый слог? Произнесите его хором.

— Какой это звук?

— Почему вы так думаете?

— Произнесите второй слог. Назовите гласный звук.

4. Игра «Услышим звук».

Если в слове есть звук [а], необходимо хлопнуть в ладоши. Указать место звука в слове (в начале, в середине, на конце слова).

Слова: тюльпан, василек, флоксы, кактус, роза, мак и т.д.

— Какое слово лишнее? Почему?

5. Знакомство с буквой а.

Звуки мы произносим и слышим, а буквы читаем и пишем. Гласный звук [а] на письме обозначается буквой а.

Работа с кассой

- 1) Взять кассу и правильно положить. Открыть кассу.
- 2) Определить место буквы а в кассе (1 ряд, 1 ячейка).
- 3) Учитель раздает каждому пластинку с буквой а. Ученик кладет ее в ячейку.
- 4) Учитель раздает еще по одной пластинке с буквой а. Ученики выставляют букву на линейку в кассе.
- 5) Чтение буквы а, определение количества точек.
- 6) Учитель называет, какой точкой обозначается буква а.
- 7) Отделить букву а на линейке кассы пустой пластинкой (7 ряд, 3 ячейка) и поставить еще одну пластинку с буквой а.
- 8) Поставить обе руки на линейку и читать букву а слева направо.
- 9) Разложить пластинки в нужные ячейки.
- 10) Закрывать кассу и отодвинуть на правый верхний край парты.

6. Работа с «Русской азбукой»

- 1) Чтение буквы а.

Найти верх страницы, опускать руки сверху вниз до нахождения строки.

— Поставить обе руки на строчку.

— Читаем слева направо. Находим шеститочие и рядом букву а.

— Читаем всю строку.

2) Обследование рельефного рисунка астры.

7. Итог.

— С каким звуком познакомились?

— Какой он?

— Как обозначить на письме звук [а]?

— Как пишется буква а? Какими точками обозначается?

— В какой ячейке и в каком ряду находится?

Письмо

Тема: письмо буквы а.

Цель: научить писать букву а; продолжать работу над звукобуквенным анализом, ориентировкой на колодке-шеститочии и в приборе прямого чтения и письма.

Средства обучения: колодки-шеститочия, приборы прямого письма и чтения, письменные приборы, грифели.

Комментарии к уроку

На данном уроке и последующих, когда вводится написание новой буквы, весьма желательно использование прибора прямого письма и чтения. Этот прибор оказывается крайне эффективным техническим средством, способствующим формированию точного написания буквы, прежде всего возможностью контроля за знакообразованием.

Ход урока

1. Организационная часть.

2. Игра «Выбери имена».

— Назовите ваши имена.

— В котором из них слышится звук [а]?

— Произнесите эти имена по слогам.

— Укажите в каждом слове слог, содержащий звук [а].

— Поясните, в каком слове звук [а] является ударным?

3. Письмо буквы а на колодке-шеститочии.

- Правильно расположите колодку-шеститочие для письма.
- Найдите в клетке место точки 1. Укажите его стержнем грифеля.
- Напишите точку 1.
- Эта точка обозначает букву а.
- Затрите написанную точку.
- Еще раз напишите букву а и поясните вслух свои действия.
- Прочитайте на колодке-шеститочии букву а.
- Самостоятельно еще раз напишите букву а и покажите ее запись (учитель проверяет).

4. Письмо и чтение буквы а на приборе прямого письма и чтения.

- Правильно расположите прибор перед собой, поясните, как это сделали.
- Где расположена часть прибора для письма? Для чтения?
- Найдите первую рабочую строку для письма.
- Покажите первую клетку рабочей строки.
- Установите в ней грифель.
- Как в этой клетке написать букву а?
- Напишите букву в последующих четырех клеточках. Прочитайте двумя руками написанные буквы а на панели для чтения.
- Затрите написанное. Закройте прибор, отодвиньте его.

5. Письмо буквы а на письменном приборе Брайля.

- Приготовьте письменный прибор для записей. Заложите в него бумагу.
- Найдите рабочую строку и в ней первую клетку.
- Установите стержень грифеля в первой точке и напишите букву а. Поясните действия (Находим правый верхний угол клетки. Устанавливаем в нем острие стержня грифеля. Прокалываем точку 1 и пишем букву а).
- Запишите под диктовку букву а со второй по двенадцатую клетку.
- А теперь самостоятельно напишите букву а во второй половине рабочей строки, пропуская между ними пробельную клетку.

— Достанем лист бумаги из прибора.
— Читайте вслух букву а на первой половине строки, а затем на второй.

— Что надо сделать для прочтения буквы а?

б. Итог.

— Какую букву вы научились писать?

— Какой точкой записывается буква а?

— Что обозначает буква а?

— Что надо сделать, чтобы прочитать букву а? (Надо назвать звук [а], произнести его).

Предметный урок

Тема: «Белка»

Цель: сформировать пространственное представление о белке; создать чувственную основу представления; продолжать обогащать словарный запас слепых детей; развивать устную речь; закреплять аппарат двуручного осязательного обследования.

Средство обучения: чучело белки, рельефно-графические рисунки животных, рельефно-графический рисунок белки, статуэтки, аппликации и мягкие игрушки, изображающие белку в разных позах, орехи, шишки.

Комментарии к уроку

На этом уроке учитель направляет свои усилия на создание у слепых школьников адекватного реальному животному представления о нем, опираясь на восприятия учащимися модельных средств наглядности: начиная с чучела белки и кончая ее рельефно-графическим изображением.

Существенным компонентом методики формирования представления у слепого ученика на таком уроке является применение широкого диапазона наглядных средств обучения, ведь одни из средств более точно передают форму зверька, другие — его размеры, третьи — различные позы, четвертые — элементы поведения, характер.

Наконец, необходимо отметить художественно-эстетический потенциал комплекса применяемых наглядных средств обучения, реализация которого на таком уроке позволяет пробудить у слепого ребенка нежные, любовные, бережные чувства к живому существу, к животному, в частности.

Ход урока

1. Организационная часть.
2. Распознавание рельефно-графических изображений животных, знакомых детям по предыдущим урокам.

На листе изображены животные: лиса, волк, заяц, медведь. Учитель предлагает отгадать загадки и показать на рисунке свою отгадку. При этом слепой ученик должен показать на рисунке характерные для данного животного части, свойства и пр.

3. Краткая беседа о диких животных.
 - Каких животных вы видите на рисунке?
 - Где они живут? (в лесу).
 - Какие еще животные живут в лесу? (Дети называют, в том числе и белку).
4. Обследование чучела белки. Обследование чучела белки происходит под руководством учителя.

Краткая установочная беседа с учеником о порядке обследования, о фрагментах наиболее пристального и тщательного восприятия, об аккуратном и бережном отношении, об осторожном прикосновении и других требованиях к обследованию руками. Акцентирование внимания учеников на характерных чертах животного.

Далее учитель предлагает сделать по свежим впечатлениям словесное описание белки, отметив внешний вид, размеры, окрас, характерные особенности строения тела, форму, другие особенности.

5. Соотнесение изображений с обследованным предметом.
Сопоставление мягкой игрушки с чучелом, выявление сходства и различия. Рассматриваются статуэтки белочки, сравнение их с чучелом. Обсле-

дование рельефно-графического рисунка в учебнике, сопоставление с чучелом. Уточнение информации рисунка в сравнении с чучелом белки.

6. Рассказ учителя о жизни и повадках белки, о ее особенностях как животного.

Чтение отрывков из произведений В. Бианки, М. Пришвина и др.

Беседа по закреплению полученных сведений. Чтение стихов о белке, например, из произведений А. С. Пушкина.

7. Итог.

— Чему был посвящен наш урок?

— Что вы узнали о белочке?

— Откуда вы получили эти сведения о белке?

Глава 5 ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Этиология

Дети с нарушениями речи выделяются в особую группу среди детей с различными патологиями. Наука, занимающаяся нарушениями речи, способами их преодоления и коррекции, называется логопедией. Логопедия — один из разделов дефектологии.

В этой главе будут затронуты нарушения речи, наиболее часто встречающиеся у детей. Коммуникативная функция является важнейшей в отношениях между людьми, поэтому различные нарушения речи препятствуют нормальному общению.

В современной психологии различают две формы речи: внешнюю и внутреннюю.

Внешняя речь подразделяется на устную и письменную.

Устная речь, в свою очередь, включает два вида речи: диалогическую и монологическую.

Диалогическая речь — это самая простая форма речи, возникающая при общении двух собеседников. Диалогу присущи жесты, интонации, мимика, эмоциональный контакт между собеседниками.

Монологическая речь — это изложение какой-либо информации одним человеком в определенной последовательности. Монолог отличают связность мысли, правильное грамматическое оформление и высокий уровень развития речи говорящего.

Обычно монологическая речь, имея свои особенности, нарушается больше, чем диалогическая.

Второй вид внешней речи — письменная речь.

По времени возникновения, это более поздняя форма речи, которая является противопоставлением устной речи. Письменная и устная речь непо-

средственно связаны между собой: при нарушениях устной речи, как правило, страдает и письменная.

Внутренняя форма речи это речь «про себя». Она возникает при мыслительной деятельности человека, отличается сжатостью и отсутствием эмоциональных проявлений. В эволюционном развитии ребенок вначале овладевает внешней стороной речи, которая в возрасте около 3 лет приобретает свойства внутренней речи, и ребенок становится способным планировать свои действия «в уме». На основе мыслительной деятельности строится внешнее речевое высказывание, или звучащая речь.

Речь имеет важнейшее значение в развитии ребенка. Процесс овладения речью происходит у детей неодинаково.

В период формирования устной, а в последующем письменной речи могут возникнуть различные нарушения. Они затрудняют общение с окружающими, создают препятствия для успешного овладения системой знаний при обучении.

«Этиология» — это греческий термин, обозначающий учение о причинах. Еще античный философ и врач Гиппократ занимался проблемами этиологии различных нарушений, в том числе и речевых. Он связывал нарушения речи с поражением головного мозга. Другой не менее известный философ, Аристотель видел причины различных речевых отклонений в нарушениях строения периферического речевого аппарата.

Исходя из этого можно утверждать, что появилось два направления в понимании причин различных речевых отклонений. Согласно первому, причина всех речевых нарушений — повреждение головного мозга; согласно второму — повреждение периферического речевого аппарата.

Научное подтверждение высказанного Гиппократом предположения о том, что поражение головного мозга является причиной речевых нарушений, было дано только в XIX в. Французский врач П. Брока открыл в головном мозге поле, которое относится к речи; поражение этого поля он связал с потерей речи. Через несколько лет аналогичное открытие сделал другой ученый

— К. Вернике, который также открыл связь понимания с сохранностью конкретного поля коры головного мозга.

Российские исследователи предпринимали попытки классифицировать все речевые нарушения в зависимости от причин их возникновения. Так, М.Е. Хватцев разделил причины речевых нарушений на внешние и внутренние, выделив также органические, функциональные, социально-психологические и психоневрологические причины.

К органическим причинам М.Е. Хватцев отнес различную внутриутробную патологию, возникающую в период от 4 недель до 4 месяцев развития плода, в момент родов или сразу после рождения. К этим же причинам он отнес органические поражения периферических органов речи (например, расщепление нёба и другие изменения в артикуляционном аппарате). В возникновении речевых нарушений большое значение М.Е. Хватцев отводил экзогенно-органическим факторам, отнесенным им же к группе органических поражений (центральной и периферической нервной системы). К ним относятся «различные неблагоприятные воздействия (инфекции, травмы, интоксикации и др.) на ЦНС ребенка и на его организм в целом» (Логопедия: Учебник для вузов / Под ред. Л.С. Волковой. 1999. С. 34).

Если вредное воздействие на ребенка было оказано еще в утробе матери, то говорится о внутриутробной патологии; при родах и после них — о натальной и постнатальной патологии соответственно.

Ведущим нарушением этого периода принято считать асфиксию и родовую травму.

Причинами, приводящими к нарушениям речи у детей, может являться также несовместимость резус-фактора крови матери и ребенка. При внутриутробном поражении мозга отмечаются самые тяжелые случаи речевых нарушений, которые могут сочетаться с другими нарушениями — слуха, зрения, интеллекта.

Если к нарушениям органического характера присоединяются неблагоприятные условия воспитания и окружения ребенка в 1-й год жизни, то возникшие нарушения только усиливаются.

Функциональные причины М.Е. Хватцев связывал с учением И.П. Павлова, о различных отклонениях в соотношении таких психических процессов как возбуждение и торможение в центральной нервной системе.

Психоневрологическими причинами он считал умственную отсталость, различные нарушения памяти и расстройство других психических функций.

Не остались без внимания и социально-психологические причины, под которыми он понимал неблагоприятные воздействия окружающей среды. При возникновении различных нарушений речи не последнюю роль играют социальные условия жизни ребенка. Для полноценного развития ребенка, его общение должно быть полным, постоянным, эмоционально насыщенным.

Например, если ребенок воспитывается в семье, где один из ее членов страдает каким-либо нарушением речи (заиканием или дислалией), то ребенок автоматически переносит эти дефекты в свою речь. Речевые нарушения могут возникать в результате различных видов травм, общей физической ослабленности и т.д.

Все причины речевых нарушений можно разделить на внешние и внутренние.

Таким образом, «под причиной нарушений речи понимают воздействия на организм внешнего или внутреннего вредоносного фактора или их взаимодействия, которые определяют специфику речевого расстройства и без которых нарушение не может возникнуть» (Логопедия: Учебник для вузов / Под ред. Л.С. Волковой. М., 1999. С. 30).

При выявлении причин речевых нарушений необходимо учитывать критические периоды в развитии речи ребенка, когда психика и развитие отдельных речевых элементов наиболее уязвимы и в связи с этим повышается риск возникновения различных нарушений речи.

Принято выделять 3 критических периода в развитии речи.

1-й критический период (возраст 1-2 года). Начинает формироваться речь, у ребенка появляется повышенная потребность в общении. В этом возрасте наиболее важным является центр Брока. Любые неблагоприятные факторы, влияющие на ребенка, могут привести в дальнейшем к нарушениям речи.

2-й критический период (3 года). В этом возрасте происходит более интенсивное развитие речи, переход от речи в какой-либо ситуации к контекстной речи, что требует интенсивной работы нервной системы и интенсивного протекания психических процессов. В этом возрасте может наблюдаться негативизм и т.д. В результате перенагрузки речевой системы могут возникнуть такие нарушения, как заикание и др. Ребенок может отказаться от речевого общения, замкнуться в себе, проявлять протест в различных формах. Иногда такой вид заикания называют эволюционным заиканием, т.е. связанным с определенным возрастом ребенка.

3-й критический период (возраст 6-7 лет). Период, когда большинство детей идут в школу и начинают овладевать письменной речью, что является дополнительной нагрузкой для психики. Ребенку предъявляют повышенные требования, в результате чего могут возникнуть срывы нервной системы, приводящие к заиканию.

Выделенные периоды могут как играть роль предрасполагающих факторов, так и быть самостоятельными, а также могут сочетаться с другими неблагоприятными факторами.

К причинам, приводящим к нарушениям речи, можно в какой-то степени отнести и наследственные факторы (различные хромосомные и генетические заболевания). Иногда они являются ведущими в образовании дефекта, иногда — предрасполагающими факторами.

Все этиологические факторы, приводящие к нарушениям речи, полиморфны и сложны. Обычно встречается «сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и повреждения головного

мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов» (Логопедия: Учебник для вузов / Под ред. Л.С. Волковой. М., 1999. С. 42).

Классификация нарушений речи

С появлением логопедии все ученые, занимающиеся данной наукой, стремились создать различные классификации нарушений речи. Недостаток изучения непосредственных механизмов речи приводит к тому, что достаточно сложно классифицировать эти нарушения.

Вначале у логопедии не было своей классификации, и она опиралась на знания медицины. Одним из первых предложил классификацию А. Кусмауль (1877 г.), который систематизировал имеющиеся нарушения речи. Эта классификация стала называться клинической. В процессе развития логопедии было установлено, что нарушения речи, возникающие в процессе развития, нельзя приравнивать к тем нарушениям, которые возникли уже в сформировавшейся системе.

Возникла необходимость создать альтернативную классификацию. В настоящее время современная логопедия придерживается 2 классификаций: клинико-педагогической и психолого-педагогической, или педагогической (по Р.Е. Левиной). Эти классификации рассматривают проблемы нарушения речи с двух сторон, с разных точек зрения, но не противоречат друг другу, а напротив, дополняют друг друга.

Клинико-педагогическая классификация опирается в основном на медицинский аспект нарушения, ориентируясь на коррекцию дефекта речи, и идет от общего к частному. В данной классификации ведущая роль принадлежит психолингвистическим критериям.

Клиническим критериям отводится уточняющая роль в объяснении анатомо-физиологического механизма возникновения нарушения. Все виды нарушений клинико-педагогической классификацией подразделяются на 2 группы: нарушения устной и письменной речи.

Нарушения устной речи подразделяются на нарушения внешнего высказывания (или произносительной стороны речи) и нарушения внутреннего высказывания.

Рассмотрим эти нарушения подробнее.

1. Нарушения внешнего высказывания могут подразделяться на несколько подвидов:

- ◆ нарушения голосообразования;
- ◆ нарушения темпа и плавности речи;
- ◆ нарушения звукопроизношения;
- ◆ нарушения интонации.

Эти нарушения могут наблюдаться как самостоятельно, так и в совокупности.

Всем описанным патологическим состояниям были даны специфические термины.

1. Дисфония — отсутствие или расстройство функции вследствие патологических изменений голосового аппарата (Логопедия: Учебник для вузов/ Под ред. Л.С. Волковой. М., 1999. С. 61). При этом нарушении речи голос либо совсем отсутствует, либо происходят различные изменения и нарушения в силе, тембре голоса. Данные изменения обусловлены функциональными или органическими поражениями голосообразующего аппарата и могут возникнуть в любом возрастном этапе.

2. Брадилалия — патологическое замедление речи, возникающее, когда процесс торможения преобладает над возбуждением. При брадилалии речь сильно замедляется, растягиваются гласные, речь становится нечеткой.

3. Тахилалия — нарушение речи, при котором речь становится патологически быстрой. При этом сохраняются фонетическая, лексическая и грамматическая стороны речи. Тахилалия может быть органической и функциональной.

Если при тахилалии происходят необоснованные запинки, паузы и т. п., то она носит название «полтерн».

Брадилалия и тахилалия относятся к нарушениям темпа речи.

4. Заикание — нарушение темпа и ритма речи, обусловленное судорогами мышц речевого аппарата. Заикание может быть органическим и функциональным. Возникает обычно в критические периоды развития ребенка.

5. Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и нормальной иннервации речевого аппарата. Проявляется в заменах, искажениях, смещениях тех или иных звуков. Это происходит по нескольким причинам: из-за несформированности правильного положения артикуляционного аппарата при произнесении тех или иных звуков, из-за неправильного усвоения артикуляционных позиций, из-за дефектов самого артикуляционного аппарата. Существует и психолингвистический аспект данного нарушения: оно может происходить в результате нарушения различения и узнавания фонем родного языка, т.е. происходит дефект восприятия. Также он может происходить, если у ребенка не сформированы такие операции, как отбор реализации звуков. Тогда говорят о дефектах продуцирования. Если наблюдается какой-либо дефект в строении речевого аппарата, то нарушение носит органический характер, если нет — то функциональный. Нарушения возникают у ребенка в процессе развития речи, а если была травмирующая ситуация — в любом возрасте.

Описанные выше дефекты имеют вид самостоятельного нарушения. Но существуют и такие, при которых нарушаются несколько звеньев сложного механизма высказывания. Среди них выделяют дизартрию и ринопалию.

6. Ринопалия — нарушение произносительной стороны речи или тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическим поражением речевого аппарата. При ринопалии происходит специфическое изменение голоса. Это происходит из-за того, что при произнесении всех звуков струя воздуха проходит не в ротовую, а в носовую полость, в которой происходит резонанс. Речь становится гнусавой, все без исключения звуки нарушаются (при дислалии могут нарушаться только некоторые звуки). Речь у ребенка становится монотонной и невнятной.

Логопедическая наука относит к ринолалии такой дефект речевого аппарата, как врожденные расщелины нёба.

7. Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата. Дизартрия возникает из-за органического поражения центральной нервной системы. Чаще всего дизартрия связана с ранним детским церебральным параличом, но также может возникнуть в любом возрасте развития ребенка из-за перенесенных инфекций мозга. Дизартрия различается по месту локализации и по степени тяжести.

Вторая группа нарушений в устной речи — это нарушения внутреннего оформления высказывания. В ней выделяют 2 вида нарушений.

1. Алалия — полное отсутствие или недоразвитие речи из-за органических поражений речевых зон головного мозга во внутриутробном развитии или доречевом периоде развития. Это один из самых сложных дефектов речи: языковая система не формируется, страдают все звенья произносительной стороны речи.

2. Афазия — нарушение речи, при котором происходит утрата (полная или частичная) способности пользоваться различными средствами языка. Ребенок может утратить речь из-за перенесенных черепно-мозговых травм, различных инфекционных заболеваний нервной системы. При афазии вследствие травмы утрата уже сформированной речи. Это отличает афазию от алалии.

Следующий вид нарушений в этой классификации — нарушение письменной речи. В зависимости от того, какая форма речи нарушена (письмо или чтение), выделяют несколько типов нарушений.

1. Дисграфия — «частичное специфическое расстройство процессов письма» (Дефектология. Словарь-справочник / Под ред. Б.П. Пузанова. М., 1996. С. 30). Оно проявляется в нестойких образах букв (оптико-пространственных и др.), происходит смешение, искажение, замен и пропуск букв.

Самая тяжелая форма дисграфии — аграфия, т.е. полная неспособность к овладению письмом.

2. Дислексия — нарушение речи, которое вызвано поражением центральной нервной системы. У ребенка нарушен сам процесс чтения: он не может правильно опознать буквы, в результате чего неверно их воспроизводит, нарушает слоговой состав слов. Из-за этого у ребенка искажается весь смысл прочитанного. Крайняя форма дислексии — алексия, неспособность к чтению.

Нарушения письма и речи в основном выявляются при поступлении ребенка в школу и значительно затрудняют его обучение.

Дисграфию и дислексию следует отличать от дислексии и дисграфии, возникающих как вторичное проявление при афазиях, т.е. в этих случаях речь идет не о нарушениях речи, а об их утрате.

Таким образом, в современной логопедии выделяют 11 форм нарушений речи. Девять из них — это нарушения устной речи, возникающие на различных этапах ее порождения и реализации: дисфония, тахилалия, брадилалия, заикание, дислалия, дизартрия, ринолалия, алалия и афазия; и 2 — нарушения письменной речи: дисграфия и дислалия. Стоит отметить, что в данную классификацию входят только те виды нарушений, для которых созданы специальные методики исправления. Внутри этих нарушений могут быть свои виды и подвиды, которые более подробно будут рассмотрены в следующих разделах.

Психолого-педагогическая классификация была создана в результате критического анализа предыдущей классификации. Логопедическое воздействие — это прежде всего воздействие педагогическое, поэтому в данной классификации делается упор именно на этот принцип ее составления. Р.Е. Левина, автор психолого-педагогической классификации, ставила своей целью объединение детей в группы для фронтальной работы с учетом определенных видов нарушений. Эта классификация исходит из принципа «от

частного к общему», а не наоборот, как в клинико-психологической классификации.

Психолого-педагогическая классификация подразделяется на 2 группы: нарушения средств общения и нарушения при применении этих средств.

I. Нарушения средств общения. В эту группу входят 2 подгруппы: фонетико-фонематическое недоразвитие речи и общее недоразвитие речи.

1. Фонетико-фонематическое недоразвитие — это «нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем» (Логопедия. Учебник для вузов / Под ред. Л.С. Волковой. М., 1999. С. 67)

2. Общее недоразвитие речи — различные полиморфные дефекты речи, при которых происходят нарушения в формировании всех компонентов речевой системы, относящихся к звуко-смысловой стороне. Существует несколько общих признаков этих нарушений: более позднее развитие речи, бедный словарный запас, различные дефекты произношения, аграмматизмы; при образовании фонем имеются нарушения.

Степень недоразвития может быть различной: речь может отсутствовать совсем или быть лепетной; или речь может быть достаточно развернутой, но с различными элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития.

II. Нарушением применения коммуникативных средств, или средств общения, является заикание, которое иногда может сочетаться с общим недоразвитием речи.

В данной классификации нарушения письма и чтения не рассматриваются как самостоятельные нарушения. Они входят в первую группу классификации в качестве необратимых последствий нарушений. Эти последствия обусловлены «несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков» (Логопедия... С. 67).

Обе классификации учитывают недоразвитие речи у детей с сохранным интеллектом и слухом. Но т.к. эти категории детей по своему составу неоднородны (к ним относятся дети с нарушением зрения, опорно-двигательного аппарата и дети с задержкой психического развития), актуальным остается вопрос, нужна ли собственная классификация для названных категорий детей.

Также важное значение имеет вопрос о систематизации речевых нарушений, которые могут быть у слабослышащих и умственно отсталых детей.

Клинико-педагогическая классификация больше подходит для этой категории детей, т.к. она максимально дифференцирует виды речевых нарушений и дает возможность осуществлять индивидуальный подход при логопедическом воздействии. При организации групповых форм целесообразнее применять психолого-педагогическую классификацию.

Принципы и методы логопедического воздействия

Под принципами логопедической работы подразумеваются исходные положения, определяющие совместную работу логопеда и ребенка при коррекции речи.

При исправлении нарушения речи большое внимание уделяется обще-дидактическим принципам воспитывающего направления; принципам систематичности, научности, наглядности, сознательности, индивидуального подхода и др.

В логопедии используются и специальные принципы. Прежде всего это принципы учета этиологии и механизмов нарушения речи, учета структуры нарушения, дифференцированного подхода, поэтапного подхода. Важным принципом является принцип учета личности ребенка, его способностей к развитию и формированию речи в нормальных естественных условиях общения и жизни.

При логопедическом воздействии обязательно принимаются во внимание этиологические принципы, которые являются причинами появления различных нарушений. Это внутренние, внешние, биологические и социально-психологические факторы.

При различных нарушениях речи логопеды могут работать в сотрудничестве с медицинскими работниками. Это может быть медикаментозное, психотерапевтическое и другое воздействие. Например: неправильный прикус предрасполагает к различным нарушениям произношения и здесь дополнительно нужна помощь ортодонта; если ребенок растет в неблагоприятных условиях, у него существует недостаток в общении, т.е. затронут социальный фактор, в результате этого могут возникнуть различные виды речевого нарушения — от дислалии до заикания. Этиология подразделяет учет не только причины речевых нарушений, но и их механизмов, поэтому при одних и тех же симптомах возможны различные механизмы нарушений. Например: нарушения звукопроизношения могут возникать вследствие неправильной артикуляции или недоразвитости слуха. Работа по устранению недостатков речи должна вестись с учетом ведущего нарушения.

Принцип систематичности учитывает структуры различных дефектов, определяет ведущее нарушение и соотносит первичные и вторичные дефекты. Речь является наиболее сложным психическим процессом, поэтому даже при нарушении отдельных ее звеньев, как правило, нарушается вся речевая деятельность в целом. Это и определяет системный подход при устранении речевых расстройств.

Многие речевые нарушения проявляются в совокупности психических и нервно-психологических заболеваний; речевые и неречевые нарушения связаны между собой, поэтому речь идет о комплексе мер. Таким образом, комплексные принципы осуществляются, когда говорится о совместном воздействии на организм, т. е. не только логопедическом, но и психологическом, педагогическом и медицинском воздействии.

Комплексный принцип воздействия особо важен при таких сложных речевых нарушениях, как алалия, афазия, дизартрия и заикание.

Принцип дифференцированного подхода осуществляется с учетом этиологии нарушения, симптоматики, структуры речевых дефектов, индивидуальных и возрастных особенностей ребенка. В процессе логопедической работы важно учитывать уровень развития речи, особенности психических процессов, уровень познавательной деятельности.

Принцип поэтапности представляет собой сложный процесс логопедического воздействия, т.е. исправление недостатков происходит в несколько этапов. Каждому этапу соответствуют свои задачи, методы и приемы исправления. Происходит постепенный переход от одного этапа к следующему — от более простого к более сложному.

При работе логопед должен придерживаться онтогенетического принципа, т.е. учитывать развитие речи в онтогенезе: от простого к сложному, от конкретного к абстрактному. Исправлять звуки в речи ребенка нужно в той же последовательности, в какой они появились в процессе его развития.

Воспитывать личность, учитывая особенности ее формирования, в связи с различными видами нарушения — один из принципов логопедического воздействия. Этот принцип особенно актуален при работе с детьми, у которых имеются сложные дефекты речи.

При коррекционной работе учитывается ведущая деятельность ребенка. В этом заключается смысл деятельностного принципа. Разным возрастам соответствует свой вид ведущей деятельности. В дошкольном возрасте это игра, с помощью которой обогащается словарный запас, развиваются лексическая, грамматическая формы речи, происходит формирование личности ребенка. У детей школьного возраста ведущей является учебная деятельность, являющаяся основой для коррекционной работы при устранении речевых нарушений.

Принцип естественного речевого общения предполагает различные ситуации, в которых оказывается ребенок. Сначала они моделируются на за-

нениях, а затем закрепляются в обычных условиях при помощи родителей, воспитателей. Окружение ребенка должно быть информировано о виде дефекта, о задачах, методах работы и тесно взаимодействовать с логопедами.

При исправлении нарушений речи используются различные методы, способствующие приобретению детьми знаний, умений, навыков, воспитанию личности в целом. Применение определенного метода обусловлено характером и степенью нарушения, возрастом ребенка, его личностными качествами. Методы могут быть практическими, наглядными, словесными.

Практические методы

Практические методы включают в себя упражнения, игры и моделирование.

Упражнения представляют собой многократные повторения различных заданий.

Наибольший эффект упражнения дают при устранении расстройств голоса и артикуляции. В результате упражнений создаются предпосылки для правильного произношения, постановки различных звуков. Упражнения делятся на 3 вида:

- ◆ подражательно-исполнительские: логопед показывает ребенку образец действий, ребенок повторяет за ним. Затем постепенно демонстрация каких-либо движений становится все более краткой, логопед только называет упражнения, а ребенок их выполняет. Этот вид упражнений используется при голосовых, дыхательных, артикуляционных упражнениях, упражнениях на развитие общей и мелкой моторики;

- ◆ конструирование в различных видах: применяется в логопедической работе, в основном при нарушениях письменной речи, когда дети учатся конструировать буквы из различных элементов;

- ◆ упражнения творческого характера применяются, когда ребенку нужно уметь использовать полученные знания, навыки в новых ситуациях

(например, придумывание слов с заданным звуком, отбор картинок по определенной теме и т. п.).

Дополнительно используются речевые упражнения (повтор слов, заучивание стихов) и игровые упражнения, когда происходит имитация каких-либо действий с проговариванием. Это повышает эмоциональный настрой и вызывает положительные эмоции.

Для того чтобы логопедическая работа при выполнении упражнений была более эффективной, должны быть выполнены некоторые условия. Ребенок должен осознавать цель упражнения; занятия должны проводиться систематически, т.е. на приеме у логопеда и дома; должно происходить постепенное усложнение условий с учетом возраста ребенка, осознанное выполнение всех действий, самостоятельное выполнение заданий на заключительном этапе логопедического воздействия; следует давать оценку выполнения заданий.

Игры — метод, при котором игровая деятельность сочетается с объяснениями, показом, указаниями и вопросами, являющимися дополнительными приемами. Основными видами этого метода являются сюжетно-ролевые игры. Они предполагают развитие какого-либо сюжета, распределение ролей между детьми, вхождение в различные образы (например, «Магазин», «В поликлинике», «В детском саду»). Ведущая роль в игре принадлежит педагогу, который распределяет роли, подбирает сюжет в зависимости от поставленных им целей и задач в коррекционно-обучающем воздействии. При играх могут использоваться пение, подвижные элементы, при этом следует учитывать степень дефекта и индивидуально-личностные особенности ребенка.

Моделирование — метод, при котором создаются модели и используются в дальнейшем при формировании представления о структуре объектов, о связи отдельных элементов данных объектов между собой. Обычно этот метод применяется при исправлении нарушений звукового анализа, когда используются разнообразные графические приемы, составляются схемы

предложений, звукового состава слов. Модель должна соответствовать возрасту ребенка и быть доступной.

Наглядные методы в логопедии

Наглядные методы — методы, при применении которых используются наглядные пособия и технические средства обучения. Использование наглядных методов значительно повышает эффективность логопедической работы, т.к. опирается на чувственные образы ребенка, делает материал более конкретным, а его усвоение более доступным. К наглядным методам относятся наблюдение, рассматривание картин, рисунков, просмотр кинофильмов и диафильмов, прослушивание магнитофонных записей и пластинок. К наглядным методам может относиться показ образца задания и способа действия, которые иногда выступают как самостоятельные методы. Использование наглядных пособий помогает ребенку расширять запас своих представлений, развивать познавательную деятельность, повышать общий эмоциональный фон. К наглядным средствам применяются следующие требования:

- ◆ они должны быть хорошо видны всем;
- ◆ подбираться в соответствии с возрастом и индивидуальными особенностями ребенка;
- ◆ соответствовать задачам данного этапа логопедической работы;
- ◆ сопровождаться правильной и четкой речью;
- ◆ словесное описание должно способствовать развитию речи, наблюдательности.

Наглядные пособия используются при нарушенных представлениях ребенка о цвете, форме, величине; при развитии фонематических восприятий; развитии звукового анализа и синтеза; при закреплении правильного произношения; расширении словарного запаса; изучении грамматического строя речи; связной речи.

Воспроизведение магнитофонных записей должно сопровождаться беседой и пересказом. Для успешной коррекции звуков на различных этапах

работы возможна запись речи детей на магнитофон с последующим прослушиванием.

Кинофильмы и диафильмы используются во время беседы при пересказах содержания, для развития плавной и связной речи, при автоматизации звуков.

Словесные методы в логопедической работе используются с учетом возраста детей, характера речевого нарушения, этапа коррекционной работы, целей и задач этого этапа. При работе с дошкольниками словесные методы сочетаются с практическими и наглядными. В школьном возрасте возможно использовать только словесные методы. Основные словесные методы — это рассказ, чтение, беседа.

Рассказ — одна из форм обучения, предполагающая описание. Рассказ используется при расширении словарного запаса ребенка, представлений о каком-либо явлении, предмете; для вызова положительных эмоций; закрепления грамматических форм речи; для создания образца грамотной речи.

При рассказе затрагиваются мышление ребенка, его чувства, происходит побуждение его к общению и обмену впечатлениями. В дошкольном возрасте рассказ может дополняться сюжетными картинками. Перед рассказом можно провести предварительную беседу, настроив детей на его восприятие, а по окончании рассказа провести итоговую беседу, обмен впечатлениями, сделать пересказ.

Беседы бывают предварительными, итоговыми и обобщающими. Это зависит от целей и задач логопедической работы. Предварительная беседа помогает уточнить знания, представления детей о чем-то. Итоговая беседа проводится для закрепления и дифференциации умений и навыков, полученных ребенком в процессе коррекции нарушения. При использовании беседы в логопедической практике должны соблюдаться следующие условия:

- ◆ должна быть опора на знания и представления, имеющиеся у ребенка;
- ◆ необходимо учитывать особенности мышления детей;
- ◆ нужно активировать мышление детей, используя различные вопросы;

◆ вопросы должны быть четкими, ясными и требовать однозначного ответа;

◆ беседа должна придерживаться задач и целей намеченной работы.

Задачи могут быть различными: развитие познавательной деятельности; закрепление правильного произношения; развитие грамматической и лексической сторон языка; развитие плавности и связности речи.

Кроме словесных методов, используются словесные приемы: показ образца, пояснение, объяснение, оценка деятельности. Пояснение и объяснение связаны с наглядными и практическими методами.

При коррекции речевых нарушений необходимо помнить о важности оценки деятельности ребенка. Оценка должна стимулировать, направлять, активизировать деятельность ребенка. При оценке необходимо учитывать возраст ребенка, его личностные особенности, психическое развитие.

Логопедическое воздействие предполагает несколько форм обучения: урок, индивидуальные, подгрупповые, групповые и фронтальные занятия.

Виды речевых нарушений и их коррекция

Алалия — нарушение речи, при котором происходит полное отсутствие или недоразвитие речи в результате органических поражений речевых зон в коре головного мозга в период внутриутробного развития или ранний период развития ребенка.

Алалия является одним из наиболее сложных и тяжелых дефектов речи. Причины, по которым возникает это нарушение, связаны с поражением головного мозга. Это могут быть энцефалиты, менингиты, интоксикации плода, внутриутробные травмы головного мозга, болезни мозга в ранний период развития ребенка. При алалии наблюдаются речевые и неречевые симптомы, но преобладающими являются речевые нарушения. Нарушаются все стороны речи: фонетико-фонематическая, лексико-грамматическая.

В зависимости от локализации нарушения речевых зон (центр Брока или центр Вернике) различают моторную и сенсорную алалии.

Моторная алалия связана с нарушением в работе речедвигательного анализатора. Обычно страдает экспрессивная сторона речи, т.е. ребенок не может самостоятельно строить свои высказывания. При этом сохранным остается понимание речи окружающих. У детей нарушены операции анализа, синтеза, выбора в процессе порождения всех компонентов речи: от фонем до сложных предложений.

При моторной алалии затруднен переход от одного звука к другому, имеются трудности в тонкой дифференциации звуков, не формируются правильные артикуляционные позиции. Ребенку трудно самостоятельно найти артикуляционную позицию для воспроизведения звуков, имеются трудности в переключаемости с одного звука на другой. Нарушается последовательность звуков в словах, слов в предложениях, имеют место и другие аналогичные нарушения. Это приводит к нарушениям в связной речи: возникают перестановки, парафразии, аграмматизмы при относительно сохранном интеллекте и слухе. Чем большие нарушения имеются в коре головного мозга, тем более грубые и глубокие дефекты наблюдаются в речи ребенка. При этом известный процент детей имеет некоторое снижение слуха. Из-за неправильного и нечеткого восприятия услышанной речи у детей, как вторичный дефект, происходит недоразвитие собственной речи.

При моторной алалии нарушен ритмический рисунок высказывания. Речь может быть замедленной, с большими остановками; бывает скандированной или фрагментарной. Дети не улавливают ритм и не могут повторить его при помощи выстукивания или прихлопывания. Ребенок может воспроизвести только нечеткие звуки вместо слова.

В речи детей много оговорок, ошибок, на которые дети обращают внимание только при достаточном развитии речи. Словарный запас у детей с моторной алалией развивается медленно, в речи используется неправильно и ограничен обычно словами обиходно-бытовой тематики. Ребенку трудно овладевать числительными, союзами, предлогами. При формировании предложений наблюдаются разного вида аграмматизмы. Как компенсаторная

возможность используется замена лексико-грамматических средств мимико-жестикулярными формами общения.

Значительные трудности вызывает у детей объединение предложений в связный текст. Формирование контекстной речи нарушено, т.к. при этом виде речи требуется развитие внешней и внутренней сторон речи. В тяжелых случаях моторной алалии невозможна спонтанная речь.

На начальных этапах формирования речи у ребенка с моторной алалией нет необходимости в общении; в речи преобладают жесты, мимика. При пересказах, рассказах дети не могут выделить главную мысль, застревают на второстепенных деталях.

Таким образом, у детей с алалией недоразвитие речи сопровождается недостаточной мотивацией в общении, нарушением разных компонентов деятельности.

Кроме нарушения речи, существует еще неречевая симптоматика, когда нарушаются психическая и моторная функции. Они имеют различные степени выраженности: от минимальных мозговых дисфункций до выраженных неврологических расстройств. У детей наблюдается общая физическая ослабленность, неловкость, замедленность или расторможенность движений, нарушение равновесия. Особенно страдает мелкая моторика рук.

У детей с моторной алалией нередко нарушается память, внимание, мышление. Особенно страдает вербальная память (при необходимости запоминать слова, предложения, фразы). При речевой недостаточности у ребенка могут возникнуть замкнутость, неуверенность в себе, повышенная раздражительность, слезливость, обидчивость. Ребенок ограничивает себя в речевом общении, т.к. боится ошибок и насмешек со стороны окружающих.

По мнению одних исследователей, интеллект у ребенка с моторной алалией нарушен первично; с точки зрения других, нарушение носит вторичный характер. У детей наблюдается снижение операций мышления, требующих участия в них речи. Детям легче выполнять задания, в которых преобла-

дают наглядные, а не речевые задания, т.к. речь у них не является ведущим средством познания окружающей действительности.

Существует несколько степеней тяжести алалии. Принято выделять 3 уровня речевого недоразвития (по Р. Е. Левиной):

- ◆ 1-й уровень — полное отсутствие речи;
- ◆ 2-й уровень — зачатки общеупотребительной речи;
- ◆ 3-й уровень — развернутая речь с элементами недоразвития во всей речевой системе.

Между уровнями нет четких границ. Дети с полным отсутствием речи встречаются редко, чаще наблюдаются дети с недоразвитием речи большей или меньшей степени.

Нарушение речи проявляется уже на ранних стадиях ее развития: лепет отсутствует или крайне беден. Первые слова появляются значительно позже, чем при нормальном развитии речи. Наблюдаются многочисленные затруднения при овладении письменной речью, у детей не формируется готовность к овладению грамотой.

При обследовании детей важно учитывать те характерные признаки, которые дают возможность отделить детей с алалией от детей с другими нарушениями. Существует несколько характерных признаков: отсутствие лепета, вместо речи присутствует мимика или жестикация. Фразовая речь появляется только к 5-6 годам. В разговоре, беседе и наблюдениях устанавливается запас сведений и представлений ребенка.

Для изучения активного и пассивного словаря, грамматического и лексического строя языка используются общепринятые в логопедии методики. Дополнительно изучается состояние слуха детей, понимание обращенной речи, чтобы отграничить таких детей от слабослышащих. Специальными упражнениями обследуется артикуляционная моторика, выявляется степень овладения детьми навыками самообслуживания и предметно-практической деятельности. Важно отграничить детей с алалией от слабослышащих детей, от детей с задержкой психического развития, от умственно отсталых детей.

В результате коррекционной работы речь может стать достаточно понятной для окружающих или остаться самой элементарной. Такие результаты напрямую зависят от степени нарушения речи. При работе по преодолению моторной алалии важно придерживаться онтогенетических принципов и использовать их в комплексе с психотерапевтическим и медикаментозным воздействием.

Недоразвитие фонетической стороны речи является наиболее сложным в преодолении нарушением. Дети пропускают звуки в речи, заменяют, смешивают их или используют звук в ошибочной артикуляции. Обычно дети заменяют звуки, сходные по месту образования, затем — по способу образования. При моторной алалии большие трудности проявляются в дифференциации звуков по твердости — мягкости, по глухости — звонкости. Детям очень трудно освоить слова со стечением согласных, и правильное произношение вырабатывается только при логопедическом воздействии. Необходимо наладить эмоциональный контакт с ребенком, вызвать у него интерес к занятиям и желание говорить. Виды работ на разных этапах должны быть разнообразными, интересными, с элементами наглядности.

На занятиях с детьми происходит развитие мелкой моторики рук. Дети учатся завязывать шнурки, раскрашивать, штриховать, выкладывать различные узоры из мозаики. Достаточно эффективным является использование логоритмики на занятиях. Музыка, различные движения способствует улучшению двигательной и речедвигательной активности ребенка.

Для развития речи необходима постоянная речевая практика в общении ребенка с окружающими. Она должна проходить на доступном уровне и постепенно усложняться. Необходимо воспитывать внимание ребенка, приучать дослушивать фразы до конца, понимать вопросы, выражающие различное предметное отношение. Нужно вовлекать в работу различные анализаторы: слуховой, зрительный, тактильный. Используется игровая деятельность, т.к. она повышает интерес к занятиям, вызывает потребность в обще-

нии, способствует развитию моторики и подражания. Эффективность этого метода повышается при совместном использовании в нем наглядных средств.

Логопедическое воздействие должно затрагивать всю систему речи: исправлять неправильное звукопроизношение, развивать и расширять словарный запас, формировать фразовую и связную речь. Важно, чтобы работа не носила механический характер, а была осмысленной, чтобы в ней преобладали анализ и синтез.

Используются различные приемы словарной работы: демонстрация предметов, действий, картинок. Для накопления словаря различных грамматических форм используются такие приемы, как называние частей целого; подбор однокоренных слов; отгадывание предмета по описанию; подбор синонимов, антонимов и т.д. Важно расширять словарь по обобщающим понятиям (игрушки, семья, одежда и т.д.), учить детей правильно использовать единственное и множественное число, падежные окончания. Выполняя какие-либо действия, ребенок проговаривает их (например: «Я сижу на стуле», «я наливаю чай в чашку»).

Чтобы сформировать грамматические навыки, используют различные виды упражнений. Работа происходит по подражанию: сначала ребенок наблюдает за логопедом, затем подражает ему и после использует приобретенные навыки самостоятельно. При устранении нарушений используются беседы, наблюдения. Речевой материал отбирается с учетом возраста, характера нарушений, личности ребенка. При работе над предложением надо обращать внимание на интонацию и логическое ударение.

Работа над связной речью начинается с того, что формируется мотив высказывания. Используются наглядные средства (серии сюжетных картинок, которые нужно разложить в правильной последовательности) и различные вопросы.

Сравнительно рано детей с моторной алалией обучают грамоте. Благодаря чтению и письму дети лучше корректируют свою речь.

Положительная динамика возможна, если произошло раннее распознавание дефекта, предупреждение вторичных дефектов, если осуществлялись системное воздействие и дифференцированный подход к детям. Дети с моторной алалией должны подвергаться логопедическому воздействию постоянно, т.к. без этого речь не развивается вообще или развивается медленно.

Основными симптомами сенсорной алалии являются нарушения понимания речи в результате нарушения работы речеслухового анализатора (центра Вернике). Ребенок слышит, но не понимает речь, обращенную к нему.

Снижение слуха не является достаточным основанием для возникновения сенсорной алалии, главная причина — это специфическое состояние коры головного мозга. Дети быстро утомляются, не вслушиваются в речь, не слушают ее, быстро теряют интерес к звукам.

При сенсорной алалии не возникает связь между словом и предметом, который оно обозначает. Иногда детей с сенсорной алалией путают с детьми, у которых нарушен слух. Но нарушения понимания речи у этих категорий детей различны. При пониженном слухе порог восприятия достаточно высокий, а при сенсорной алалии этот порог значительно ниже: дети то воспринимают различные звуки, то не воспринимают их совсем. Это зависит от общего соматического состояния ребенка, его психического развития, особенностей окружающих, способов подачи сигналов и других факторов. Еще одно отличие между такими детьми: при увеличении громкости слабослышащие дети лучше воспринимают сигнал, а дети с сенсорной алалией, наоборот, слышат хуже, у них может возникать охранительное торможение. В отличие от слабослышащих детей у детей с сенсорной алалией может быть такое явление, как гиперacusia — увеличение чувствительности к звукам, которые безразличны большинству окружающих (шум капающей воды, тихий скрип и т.п.). У детей с сенсорной алалией голос нормальный, интонация правильная, в отличие от слабослышащих детей, у которых голос слабый, лишен звучности, громкости. Дети с сенсорной алалией могут совсем не воспринимать речь и относиться к ней как к шуму или воспринимать речь, но с затрудне-

нием, терять смысл сказанного вне контекста. Дети относятся к речи не критично, не видят ошибки в высказываниях, не понимают речь при изменении ее темпа. Отмечаются трудности с привлечением внимания. Ребенок не сразу воспринимает звуки, отвлекается на внешние раздражители. Иногда ребенок смотрит на лицо говорящего. Некоторые дети при собственном проговаривании лучше понимают обращенную к ним речь. Часто ребенок понимает только одного человека — свою мать — и не понимает речь других людей. У детей с сенсорной алалией при отсутствии понимания грубо нарушается речь. Может отмечаться двигательное беспокойство. Но может быть и наоборот: ребенок тихий, ласковый, стеснительный. Для обучения дети используют жесты и мимику. При сенсорной алалии у детей наблюдается явление эхоталии — повторение услышанного вместо ответа. Имеются ошибки в ударении, различные звуковые замены, искажение слогов, структуры слов. При наличии собственной речи дети говорят плавно, без запинок, но у них отсутствует контроль за произношением, они могут говорить ни о чем. Речь может носить фрагментный характер.

Логопедическое воздействие при сенсорной алалии должно быть направлено на сознательный анализ состава речи ребенка, развитие фонематического восприятия и развитие понимания обращенной речи. Принципы, по которым осуществляется логопедическая работа, — систематичность и последовательности. Изучается речевое окружение ребенка, объем обращенной к нему речи, социальные условия жизни.

Прежде всего для успешной работы создается щадящий звуковой режим: исключаются все лишние звуки (радио, звонки, магнитофон и т.д.). Ребенку четко устанавливаются режимы отдыха и спокойствия. Чтобы привлечь внимание ребенка, обычно стараются попасть в поле его зрения или повернуть его к себе.

Основными задачами этой работы являются пробуждение интереса к окружающим звукам, развитие желания воспринимать их и подражать им, дифференцировать речевые и неречевые звуки. Дополнительная работа

направлена на развитие различных психических функций, основных видов деятельности ребенка.

Работа с детьми начинается с различения неречевых звуков. Для того чтобы организовать ребенка для работы, нужно воспитать в нем усидчивость, концентрацию внимания и т.д. При этом используются такие приемы, как: собирание мозаики, складывание геометрических фигур из спичек или счетных палочек; разрезание картинок и работа с ними.

Следующий этап работы — различение грубых неречевых звуков (стук молотка, звон монет в кошельке, звук от удара металлических крышек друг о друга). Постепенно осуществляется переход к более тихим неречевым звукам (шуршание бумаги, шум от кнопок в коробке), производимым логопедом. Происходит более тонкая акустическая дифференциация.

Можно использовать разнообразные звучащие игрушки, но избегать стука по столу или хлопков в ладоши, т.к. ребенок может воспринимать не сам звук, а вибрацию от него.

Следующий этап — введение речевых звуков. Сначала вводятся сильные речевые звуки (например, [У], [А], [Р]). Звучание дополнительно сопровождается картинкой, предметом, каким-либо действием [Р] — машина; [У] — паровоз и т.д.). Одному звуку должна соответствовать одна картинка или одно действие. По этому же принципу происходит дифференциация слов. Слоги должны быть легкими по восприятию: две гласные ([уа]), гласные и согласные в закрытом или открытом виде ([ма]/([на]; ([ам]/([ан]). Обязательно используется зрительный контроль; можно использовать чтение с лица говорящего или зеркало. Первые слова, которые воспринимает ребенок, должны произноситься с интонацией, сопровождаться картинкой или действием (использование различных движений).

Наиболее эффективными считаются приемы, когда при восприятии слов ребенок одновременно производит какие-либо манипуляции с предметом, обозревает его. При предметно-практическом действии ребенок должен научиться выполнять со словом как можно больше операций, уметь разли-

чать различные лексические оттенки высказывания («выпей чай»; «налей чай в чашку»; «подуй на чай»). Первые фразы и словосочетания, воспринимаемые ребенком, должны носить обиходно-бытовой характер, они должны быть неизменными по форме и произноситься с одинаковой интонацией («закрой дверь», «принеси книгу» и т.д.). Постепенно у ребенка формируются такие лексические понятия, как: посуда, мебель и т.д.; различение единственного и множественного числа предмета. Ребенка учат дослушивать всю фразу до конца. Достаточно длительное время понимание речи ребенком связано с определенным контекстом и ситуацией. На протяжении всей работы у ребенка воспитывают внимание к окружающей речи, умение контролировать свою речь. Для этого используют картинки, графические схемы, цветные фишки для закрепления структурного состава воспринимаемой речи. Обучение грамоте при сенсорной алалии надо начинать как можно раньше, хотя письмо и чтение у таких детей будет нарушено. Такие дети легче усваивают письменную речь, т.к. зрительные образы они воспринимают легче, чем слуховые. Но работа должна вестись не через звукобуквенный анализ, а через чтение, т.к. способность к анализу у детей нарушена. Освоив чтение, дети расширяют свои артикуляционные и акустические возможности, в результате чего могут более полно анализировать воспринимаемую ими речь. Обучение грамоте происходит и в том случае, когда у ребенка не сформированы некоторые звуки. Ребенок прослушивает звук и показывает букву, слог или слово. Таким образом вырабатывается связь между фонемой, графемой и артикулемой.

Как правило, дети с сенсорной алалией требуют длительного и постоянного логопедического воздействия. Занятия обычно индивидуальны, проводятся 2-3 раза в неделю по 20-30 минут в условиях специального детского сада или специальной речевой школы.

Афазия — полная или частичная потеря речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Причинами афазии являются тяжелые травмы головного мозга, опухоли мозга, различные нарушения мозгового кровообращения, инфекции голов-

ного мозга. Афазии возникают в основном у взрослых людей, в результате черепно-мозговых травм, инсультов и других заболеваний мозга. При афазии нарушаются все стороны речи.

Дифференциальная диагностика афазий

Афазию следует отличать от других нарушений.

1. Отличие от алалии. При алалии речь еще не сформирована, а при афазии происходит утрата уже имеющейся речи.

2. Отличие от дислалии. При дислалии нарушено только произношение звуков, а при афазии нарушается и смысловая сторона речи.

3. Отличие от дизартрии. При дизартрии имеются грубые нарушения артикуляционного аппарата, а при афазии их нет.

4. Отличие от умственной отсталости. При афазии снижение интеллекта происходит как вторичное проявление, а при умственной отсталости — снижение интеллекта первично.

А.Р. Лурия выделил 6 форм афазии: акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазии, которые возникают в результате поражения височных отделов головного мозга; семантическая и афферентно-моторная афазии, возникающие при поражении нижнетеменных отделов головного мозга; эфферентная моторная и динамическая афазии, которые возникают из-за поражений премоторных и заднелобных отделов головного мозга.

I. Акустико-гностическая афазия — нарушение, при котором больные не понимают речь, обращенную к ним, из-за нарушенного фонематического слуха. На ранних этапах чужая речь воспринимается как нечленораздельные звуки.

При сенсорной афазии нарушается понимание корневой части слова, т.е. его лексического значения. При глубоких поражениях обеих височных долей к нарушениям фонематического слуха добавляется неразличение тембра, интонации, может нарушаться дифференциация неречевых звуков.

Из-за нарушений фонематического восприятия страдает экспрессивная сторона речи: больные утрачивают слуховой контроль за своей речью. Речь может быть непонятной для окружающих, т.к. часто состоит из звуков и слов, не связанных между собой. Такая речь держится около 2 месяцев.

При этой форме афазии выбор слова обусловлен контекстом. Больные заменяют слова близкими по значению, но не подходящими по смыслу в конкретных случаях. Дефекты в выборе слов происходят при сохранении ритма, мелодики, интонации высказывания. На более позднем этапе восстановления речи проявляются специфические аграмматизмы, когда нарушается согласование между членами предложения, фразы остаются незаконченными, происходят замены и пропуски слов.

Нарушения чтения и письма имеют свои особенности. Чтение является наиболее сохранной функцией, однако при чтении нарушается понимание прочитанного. Это происходит в результате того, что имеются затруднения в нахождении ударения в словах. Письменная речь нарушается в большей степени, т.к. при ее создании необходимо правильное фонематическое восприятие, а именно оно нарушено при афазии.

Нарушения счета у таких больных наблюдается лишь на начальных этапах болезни, т.к. арифметические действия предполагают проговаривание слов. При отсутствии контроля больные копируют примеры, не совершая при этом каких-либо арифметических действий.

При акустико-гностической форме сенсорной афазии исправлению подлежат фонематический слух, нарушение экспрессивной речи, нарушения письма и чтения. При коррекционной работе опираются на сохранные анализаторы и сохранные функции головного мозга.

Иногда на ранних этапах коррекции используются неречевые приемы: установка эмоционального контакта, объяснение дефекта, задания на концентрацию внимания.

Восстановление фонематического восприятия осуществляется в несколько этапов.

1. Происходит дифференциация слов, резко различающихся по значению, звучанию и по длине (например: нос — телевизор, шар — магазин). Для каждой пары слов подбираются картинки, отдельно записываются их названия. Больные должны правильно соотнести картинки с их названием и написанным словом. Вместе с этим видом работы идет закрепление слов путем их записывания.

2. Происходит дифференциация слов, близких по слоговому составу, но различных по значению (например: небо — рыба, ковер — арбуз). Работа также сопровождается картинками, записями к ним. Больные списывают слова, читают их. При этом происходит обучение контролю за своей речью.

3. Дифференциация слов, близких по слоговому составу, но различных по начальному звуку (например: шар — пар, соль — моль) или по последнему (например, дуб — дух, врач — враг). При этом также используются картинки, сопровождающиеся подписями,

4. Дифференциация близких по звучанию фонем (стол — стул, дом — том). Больному предлагаются разные виды упражнений: вставить букву в слово, слово в предложение и т.д. Картинки больным уже не предлагаются.

Эффективной является работа с привлечением письменной речи. Больному предлагается написать предложения и фразы по сюжетным картинкам. Прежде чем исправлять письменную речь, исправляется чтение, которому свойствен звуковой анализ. Чтение создает предпосылки для восстановления письма. Вместе с этой работой происходит работа по восстановлению фонематического слуха.

II. Акустико-мнестическая афазия возникает, если поражены средние и задние височные отделы головного мозга. При этом поражении снижается слуховая память, т.е. человек не может запомнить одновременно два и более слов, не связанных по смыслу (например: цветок — стол — мак).

Нарушение речевой памяти является основным проявлением при этой форме афазии. При этом фонематический слух и артикуляция звуков не страдают.

Больной теряет ориентацию, если в разговоре с ним участвует более одного человека, если предложения состоят из большого количества слов.

Иногда у больных нарушаются зрительные представления о предмете. При рисовании предметов больные не дорисовывают такие детали, которые отличали бы предмет от похожих на него.

При акустико-мнестической афазии человек затрудняется в подборе слов для высказывания, наблюдаются множественные ошибки: больным трудно назвать слово изолированно или при пересказе с помощью картинок. Существительные могут заменяться местоимениями, вместо единственного использоваться множественное число, и наоборот. При этом речь носит более законченный характер, чем при акустико-гностической форме афазии.

В письменной речи таких больных происходит больше нарушений, чем в устной. При записывании текста под диктовку возникают трудности, связанные с тем, что больным трудно удерживать в памяти предложения из нескольких слов.

Из-за этих же нарушений больным трудно понимать читаемый текст.

Определенные трудности возникают при произведении любых арифметических действий.

При коррекционной работе необходимо исправлять нарушения зрительных представлений о признаках предмета, а также нарушения слухоречевой памяти.

При восстановлении слухоречевой памяти нужно опираться на зрительное восприятие. Перед больными выкладываются серии предметных изображений, некоторые из которых связаны по смыслу. Необходимо выбрать нужные картинки. Постепенно к картинкам добавляется словесное написание.

На следующем этапе больным предлагается из стопки картинок выбрать те, названия которых он прослушал. Постепенно работа усложняется, и картинки не используются. Сначала для запоминания берутся слова, которые обозначают предметы, затем — действия и признаки предметов, числа.

При оптическом виде акустико-мнестической афазии подбор картинок и речевого материала должен производиться по признаку малого отличия друг от друга. Предметы могут отличаться друг от друга 1-2 признаками: по форме или по рисунку. Нужно обращать внимание детей на то, что изменение или отсутствие какой-либо детали существенно меняет функцию предмета или его содержание. Можно давать задание дорисовать предмет до целого, конструировать предметы из его частей, узнать предмет, который наполовину закрыт рукой или листом бумаги.

Слова с многозначными значениями, антонимы, синонимы рассматриваются в различных контекстах для уточнения их смысла.

Сохраненный фонематический слух и понимание состава слов позволяют использовать письменную речь в коррекционной работе уже на начальных ее этапах.

III. Амнестико-семантическая афазия возникает, если произошло поражение теменно-затылочной области в полушарии, доминантном по речи. При этом виде афазии не нарушается фонематический слух, слухоречевая память, слоговая структура произносимых слов. Речь носит плавный характер.

Но при этом существуют специфические нарушения при назывании предметов или при подборе нужного слова. Вместо конкретного слова, обозначающего предмет, больные начинают описывать функции или качества этого предмета (например, вместо слова «чашка» они говорят: «Это, из чего пьют»).

У таких больных может наблюдаться импрессивный аграмматизм, который проявляется в нарушениях понимания трудных смысловых или грамматических отношений между словами. Больные хорошо понимают конкретные инструкции при использовании одного предлога (например: положить ручку на стол, положить ручку справа от книги). Если инструкция включает в себя три предмета, в отношении которых нужно произвести какие-то действия, больные не могут этого сделать («поставьте стул справа от стола и слева от шкафа»). Большие трудности возникают при расположении геомет-

рических фигур, при логико-грамматических заданиях, при сравнительных словосочетаниях.

Наибольшие затруднения возникают у таких детей при решениях логико-грамматических сочетаний слов, которые передают «коммуникацию отношений» (например: «мать сестры — тетя, отец жены — тесть») и т. п. таким больным трудно понимать синтаксические конструкции, которые выражают временные, пространственные и причинно-следственные отношения; причастные и деепричастные обороты (например: «Мы пойдем в парк после того, как мама придет домой»).

При семантической афазии у больных утрачивается понимание пословиц, метафор, поговорок: в них не улавливается переносный смысл, они понимаются конкретно, в прямом смысле (золотые руки; светлая голова; не рой другому яму — сам в нее попадешь).

Больные редко употребляют прилагательные, причастные и деепричастные обороты, наречия, как в устной, так и в письменной речи.

При различных арифметических операциях наблюдаются определенные нарушения. Больные испытывают затруднения в переходе через десяток, с трудом записывают на слух многозначные числа, не понимают текст математических задач, т.к. их условие включает в себя такие логические элементы, как «больше — меньше», «сколько — на сколько», которые нарушены при семантической афазии.

Коррекционная работа при семантической афазии ведется по нескольким направлениям: увеличение лексического и синтаксического состава речи, преодоление возникающих трудностей при необходимости в назывании предмета, преодоление импрессивного аграмматизма.

Эта работа опирается на сохранные анализаторы и сохранные функции головного мозга. Коррекционно-педагогическая помощь начинается с развития конструктивно-пространственной деятельности. Больным предлагаются упражнения, развивающие зрительный анализ различных геометрических фигур, орнаментов; упражнения, помогающие восстановить ориентирование

в частях света, на географических картах. Эти упражнения должны выполняться по плану. Орнамент или рисунок разделяется на отдельные кусочки, и происходит постепенная работа.

Проводится анализ слов, которые объединяются по каким-либо признакам в одну группу:

- ◆ по виду (семья, транспорт, одежда и др.);
- ◆ по общему корню (рыба, рыболов, рыбалка);
- ◆ по общности суффиксов или приставок (шкафчик, ключик; посадка, поездка).

Работа по преодолению импрессивного аграмматизма начинается с того, что уточняются значения предлогов, наречий. При этом используются различные схемы. На листе бумаги рисуют любые предметы и просят больного поставить точку слева или справа, над или под изображением.

Изображаются три любых предмета (например, мяч, кукла, стол). Центральным изображенным предметом обводится кружком, проводятся стрелки к другим предметам. Больной должен составлять фразы типа: «Кукла нарисована справа от мяча и слева от стола», «Мяч нарисован слева от куклы и справа от стола». Позже добавляются предлоги под—над, наречия дальше — ближе, выше — ниже и т.д.

По этим же схемам сравнения и описания осваиваются такие логико-грамматические конструкции, как: кто выше? кто ниже? что дальше и ближе?

При этом можно использовать палочки различной высоты, веревочки разной длины. Больные должны уметь составлять предложения такого вида: «Лиза выше Оли и ниже Лэши», «Саратов от Москвы ближе Ростова и дальше Тамбова».

Для преодоления нарушений счета проводятся уточнения состава чисел, их разрядов, закрепляются значения синонимов: вычитание — минус, сложение — плюс. Сначала больные выполняют арифметические действия в пределах 1-2 десятков, затем — сотен и тысяч.

Коррекционная работа, связанная с нарушением чтения, проводится по двум направлениям. При «оптической» алексии больной устно описывает элементы букв, конструирует буквы из их элементов, затем читает их, с помощью линейки, которая закрывает нижнюю строку текста.

При «зеркальной» алексии больного учат ориентироваться в различных вариантах расположения предметов, учат списывать отдельные буквы, фиксируя левую сторону листа другим цветом. Стрелкой указывается направление, в каком следует начинать писать и в какую сторону должны «смотреть» буквы.

IV. Афферентная кинестетическая моторная афазия возникает в результате поражения вторичных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга.

Существуют два варианта афферентной кинестетической моторной афазии. При первом варианте отсутствует ситуативная речь и нарушаются пространственные движения артикуляционного аппарата. При втором варианте относительно сохранна ситуативная речь, но грубо нарушено называние и повторение.

При повторении звуков происходят хаотичные движения губ и языка, может происходить смещение звуков: вместо [м] дети произносят [п] или [б].

Также возникают определенные трудности при анализе структуры сложных слогов.

Сразу после травмы больные могут ненадолго утрачивать способность к пониманию речи. Но специфические ошибки при понимании речи наблюдаются еще длительное время. Происходит вторичное нарушение фонематического слуха. Больные с трудом дифференцируют звуки, имеющие общие признаки по месту и способу артикуляции (переднеязычные: [д — л — н — т]; губные: [п — м — б] и т.д.). При попытках проговорить слово, его понимание нарушается.

К этим нарушениям добавляются трудности в понимании лексических средств языка, которые передают различные пространственные отношения.

Наблюдается так называемый импрессивный аграмматизм: больные понимают отдельные предлоги, но испытывают трудности при использовании в инструкциях трех и более предлогов (например, нарисовать кубик под книгой и над столом), т.е. происходят нарушения, свойственные семантической афазии.

Особые затруднения возникают у больных в понимании значений глаголов с приставками, личных местоимений, употребленных в косвенных падежах.

При этой форме афазии нарушения чтения и письма зависят от тяжести нарушений артикуляционного аппарата. Когда происходит запись под диктовку, при попытках написания текста проявляется смешение гласных и согласных фонем, близких по месту и способу артикуляции.

При втором варианте афферентной кинестетической афазии больные нарушают порядок букв в словах, представляют их в зеркальном отражении (мыло — ломы, утка — укта), могут пропускать гласные.

V. Афферентная моторная афазия возникает в результате поражения передних ветвей левой средней мозговой артерии. Обычно дополняется кинестетической апраксией.

При моторной афазии сразу после травмы собственная речь может полностью отсутствовать. При этом виде нарушения больной не может повторить не отдельные звуки, а слоги и слова. Полностью отсутствует функция называния. Если больному подсказывают первый слог в слове, то он его автоматически повторяет или называет совсем другое слово.

Иногда возникает экспрессивный аграмматизм, когда больные могут пропускать глаголы, предлоги, редко пользуются флексиями существительных. Речь носит «телеграфный стиль».

Иногда проявляется инертность при выборе слов, в речи имеются паузы, произнесение слов растягивается.

Существует вариант эфферентной моторной афазии, при котором нарушается лишь плавность речи. Речь правильно оформлена грамматически, но страдает ритмико-мелодичный рисунок.

В письменной речи наблюдается аграфия: больные могут записать слово или предложение только при проговаривании его по слогам. В более тяжелых случаях больные не только не могут записать слово, но и сложить его из букв разрезной азбуки.

Позже наблюдается нарушение в согласовании слов в предложениях.

При «телеграфном стиле» чтение может быть сохранным, под диктовку дети могут записывать короткие фразы. Позже больные могут самостоятельно записывать названия предметов, но грамматически оформленное письмо им недоступно.

Понимание речи при эфферентной моторной афазии также нарушено. Больные ошибаются при выполнении простых инструкций. Простейшая инструкция может быть выполнена, если между произносимыми словами выдерживаются значительные паузы. Чуть лучше при повторных заданиях больные показывают предметные картинки. Показ серии предметных картинок затруднен.

При этом нарушении больные не дифференцируют грамматически правильно и неправильно построенные предложения. Они не понимают переносный смысл поговорок, метафор, пословиц, не понимают многозначные слова.

При коррекционной работе происходит преодоление инертности в выборе слов, восстанавливается чувство языка, преодолеваются алексии и аграфии.

При грубых нарушениях чтения и письма больных учат соединять звуки в слоги, складывая их из разрезной азбуки. Постепенно из слогов дети учатся складывать простые слова, опираясь при этом на схему слова или на ритмическое отхлопывание. Параллельно с этим ведется работа по восстановлению повествовательной речи. В результате у больного восстанавливает-

ся чувство языка, ребенок начинает улавливать созвучия рифм. Используются стихи, поговорки, пословицы.

При работе над восстановлением экспрессивной речи особое внимание обращается на преодоление инертности при нахождении нужного слова для высказывания. Логопед показывает больному предметный рисунок и просит рассказать о том, что можно сделать с этим предметом, для чего он предназначен, какими свойствами обладает.

При восстановлении глаголов в речи эффективен такой прием, как пантомима: логопед имитирует действия с предметами. Чуть позже больным даются незавершенные предложения с заданием закончить их различными словами. Сначала логопед самостоятельно проговаривает предложения к картинкам, затем при помощи вопросов вызывает ответ у больного. Например: Я рисую... (собаку, машину, мячик). Другим видом задания является подбор нескольких глаголов к одному существительному или нескольких существительных к одному глаголу.

Иногда, если у больных наблюдается полное отсутствие чтения и письма, для них разрабатываются специальные азбуки, в которых каждой букве соответствует своя картинка или слово, имеющее значение для этих больных.

Чтение восстанавливается параллельно со звукобуквенным анализом слова. Сначала чтение идет по слогам, а затем происходит чтение простейших текстов.

Для восстановления звукобуквенного анализа слов больным предлагают решать простые кроссворды, составлять дневники, писать письма.

Чтобы преодолеть нарушения в понимании речи, предлагаются различные задания на внимание, заведомо неправильные предложения, чтобы больной сумел объяснить ошибку.

V. Динамическая афазия возникает, когда поражены заднелобные отделы левого доминантного полушария. Главным нарушением при этой форме афазии являются трудности или даже невозможность развернутого речевого

высказывания. Больные без затруднений повторяют отдельные слова, короткие предложения, а нормального речевого высказывания не происходит.

При пересказах по сюжетным картинкам больные не выделяют главные моменты, произносят отдельные слова, не связанные между собой. Больным трудно вспомнить знакомые фамилии, названия улиц, городов.

При тяжелых случаях динамической афазии спонтанная речь может отсутствовать совсем.

При более легких случаях часть вопроса может переноситься в ответ, сохраняя при этом правильную грамматическую форму. Например, при вопросе: «Вы вчера гуляли?» больные отвечают: «Мы вчера гуляли».

Больные могут понимать элементарную ситуативную речь, если она будет достаточно замедленной, с паузами и остановками. При убыстрении темпа речи, при показах предметных картинок могут возникать значительные трудности в понимании. Наблюдаются также трудности в понимании сложных фраз.

При этой форме афазии письмо и речь остаются сохранными и служат базой для восстановления нарушенных функций. Элементарный счет тоже не нарушается, но больные не могут решать те арифметические задачи, которые требуют определенного плана действий.

Для преодоления нарушений спонтанной речи, для внутреннего речевого программирования можно использовать различные приемы. В работе используют упражнения на классификацию предметов по различным признакам, прямой и обратный счет, различные схемы, вопросы. Больные строят свои высказывания сначала с опорой на картинки, затем без них. Другой прием, используемый при этой работе, заключается в том, что больному даются слова, из которых он должен составить предложение. Постепенно количество слов уменьшается, и больные сами дополняют его.

При динамической афазии детей учат повышать свою речевую активность. Для этого их просят передать какую-нибудь просьбу кому-либо. Мож-

но инсценировать различные жизненные ситуации, в которых ведущая роль отводится ребенку с динамической афазией.

Вместе с коррекционной работой по восстановлению устной речи ведется работа по включению в тексты пропущенных глаголов, наречий или предлогов. Письменно составляются ответы на вопросы, предложения к картинкам. Помимо этого, пишутся разнообразные письма, заявления.

3. Брадилалия — патологически замедленный темп речи. К причинам, вызывающим брадилалию, можно, по мнению М.Е. Хватцева, отнести преобладание тормозного процесса над процессом возбуждения. Брадилалия может передаваться по наследству или возникать в результате подражания и неправильного воспитания.

Брадилалии присущи следующие признаки: речь замедленная (как внешняя, так и внутренняя), письмо и чтение медленное, голос монотонный, паузы между словами и предложениями удлиненные. Может нарушаться артикуляция отдельных звуков. Слова и тексты дети записывают правильно, но очень медленно.

К речевым нарушениям добавляются неречевые симптомы. Нарушена общая моторика, мелкая моторика пальцев рук, мимических мышц лица. Движения вялые, заторможенные. Нарушаются психические функции: наблюдаются замедленность мышления, внимания, памяти, нарушение в переключении с одного предмета на другой, медленное выполнение инструкций.

При сильно выраженной брадилалии дети осознают и переживают свой дефект и могут отказаться от речевого общения, при слабой выраженности они могут не замечать его.

Брадилалия может быть самостоятельным нарушением или синдромом какого-либо соматического заболевания. Коррекционная работа должна вестись комплексно.

При устранении брадилалии логопедическое воздействие направлено на приобретение более быстрых и четких движений в речи, увеличение темпа внутренней речи, чтения и письма.

Если нужно, сначала производится работа по нормализации общей моторики.

Основные методы, используемые при устранении брадилалии, сводятся к речевым упражнениям. Произносятся слоги, слова, предложения и короткие фразы в убыстренном темпе. Чтение происходит сначала вместе с логопедом, а затем самостоятельно под такт, отбиваемый логопедом.

Эффективными считаются занятия по логопедической ритмике. Маршировка и ходьба под бодрую музыку способствуют нормализации темпа речи. Эти упражнения можно сочетать с упражнениями на счет, которые тоже помогают контролировать нужный темп. Упражнения логоритмикой выполняются четко, быстро, с хлопками в ладоши, ударами в барабан или притопыванием.

Хорошо использовать различные игры, как с сюжетом, так и без него. Несюжетные игры включают в себя: игры-эстафеты, игры-ловушки и др. Сюжетные игры инсценируют разные жизненные ситуации и помогают детям не только в овладении правильным темпом речи, но и в накоплении словаря.

Можно использовать игру детей на различных музыкальных инструментах — ударных или струнных.

На заключительных этапах работы детям предлагается заучивать стихи и скороговорки различной степени трудности.

По окончании курса логопедического воздействия достаточно длительное время нужно продолжать наблюдение за такими детьми.

4. Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи в результате недостаточной иннервации речевого аппарата. Нарушение звукопроизношения носит различный характер и зависит от степени тяжести поражения.

Причинами дизартрии являются органические поражения головного мозга в период внутриутробного или раннего развития ребенка. Очень часто дизартрия бывает у детей с детским церебральным параличом.

В зависимости от степени понятности, речь детей с дизартрией можно разделить на 4 группы: нарушения звукопроизношения заметны только специалисту в процессе обследования ребенка; нарушения звукопроизношения заметны всем, но речь понятна окружающим; речь ребенка понятна только близким и частично — окружающим; самая тяжелая форма — полное отсутствие речи или ее полная непонятность (анартрия), которая также имеет 4 формы тяжести.

Основными симптомами дизартрии являются нарушения звукопроизношения согласных и гласных, речевого дыхания, моторики. Могут наблюдаться парезы мышц лицевой мускулатуры.

Первый важный синдром дизартрии — нарушения артикуляционной моторики в различном сочетании. Это называется синдромом артикуляционных расстройств. Второй синдром проявляется в разнообразных расстройствах речевого дыхания и называется синдромом нарушений речевого дыхания.

Другой особенностью дизартрии являются нарушения голоса и мелодико-интонационные нарушения.

При дизартрии могут наблюдаться и неречевые нарушения: расстройства сосания, жевания, глотания, физиологического дыхания, нарушения общей моторики, тонкой моторики пальцев рук.

Существует несколько форм дизартрии: корковая, псевдобульбарная, бульбарная, экстрапирамидная и мозжечковая.

1. Корковая дизартрия представляет большие трудности для выделения и распознавания. При этой форме нарушается произвольная моторика артикуляционного аппарата, как при моторной афазии. При корковой дизартрии происходит избирательный центральный парез мышц артикуляционного

аппарата, обычно языка. При этом ограничиваются движения кончика языка вверх, нарушается произношение переднеязычных звуков.

При первом варианте корковой дизартрии происходит нарушение переднеязычных звуков [ш], [ж], [р]. Они отсутствуют или заменяются другими переднеязычными согласными. Также может нарушаться способ образования согласных: смычных, щелевых или дрожащих. Чаще других нарушаются щелевые — [л], [л'].

При втором варианте корковой дизартрии страдает произношение аффрикат и шипящих. Детям трудно найти нужную артикуляционную позу. Темп замедляется, нарушается плавность речи.

При третьем варианте затруднено произношение аффрикат, происходят замены щелевых звуков на смычные, пропуски звуков, если есть стечение согласных. При этом речь замедленная и напряженная. Автоматизация звуков затруднена.

2. Псевдобульбарная дизартрия возникает в результате двустороннего поражения двигательных корково-ядерных путей, которые идут от коры головного мозга к ядрам черепных нервов.

Для этого вида дизартрии характерно повышение мышечного тонуса артикуляционной мускулатуры. Произвольные движения отсутствуют или недостаточны, но рефлексорные автоматические движения не нарушены.

При псевдобульбарной дизартрии язык напряжен, оттянут кзади, спинка языка округлена и закрывает вход в глотку. Ребенок с трудом высовывает язык изо рта, удерживает его по средней линии. Язык отклоняется в сторону или опускается на нижнюю губу. При любых движениях языка его кончик остается напряженным и пассивным. Самым трудным видом движения является движение языка вверх с загибанием его кончика к носу.

Характерным нарушением при псевдобульбарной дизартрии являются нарушения сложных артикуляционных движений. Обычно нарушается произношение таких сложных звуков, как [ч], [ц], [ш], [ж], [р], [л]. При этой форме дизартрии искажается также произнесение гласных и, э.

При спастической псевдобульбарной дизартрии, когда повышается мышечный тонус, отмечается озвончение глухих согласных звуков, может появиться носовой оттенок при произношении гласных, особенно заднего ряда — [y], [o], твердых сонорных согласных ([p], [л]), твердых шумных ([ш], [ж], [з]) и аффрикатоз ([ц]).

При паретической псевдобульбарной дизартрии нарушается произношение смычных губных звуков ([п], [б], [м]), ряда гласных звуков, для произнесения которых нужно поднимать спинку языка вверх ([y], [и], [ы]), язычно-альвеолярных звуков; отмечается носовой оттенок голоса. Речь медленная, афоничная; наблюдается слюнотечение, снижение или отсутствие мимики.

Часто эти две формы псевдобульбарной дизартрии сочетаются.

3. Бульбарная дизартрия проявляется при поражениях продолговатого мозга. При этом поражаются расположенные там ядра языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, иногда тройничного и лицевого нервов, которые обеспечивают речедвигательную функцию. При бульбарной дизартрии парезы носят периферический характер, нарушены произвольные и непроизвольные движения, диффузное поражение артикуляционной моторики; гласные и звонкие согласные оглушены, а артикуляция гласных приближается к нейтральному звуку.

4. Экстрапирамидная дизартрия характеризуется наличием насильственных движений, или гиперкинезов, изменениями тонуса мышц речевой мускулатуры, нарушениями эмоционально-двигательной иннервации. Затруднения вызывают у ребенка сохранение и ощущение артикуляционной позы. При грубых нарушениях наблюдаются резкие повышения мышечного тонуса, насильственные движения, язык резко напрягается, ребенок не может произнести ни одного звука.

При менее выраженных нарушениях речь невнятная, смазанная, голос имеет носовой оттенок; нарушается темп речи. Речь не эмоциональная, монотонная, однообразная.

При экстрапирамидной дизартрии нарушения звукопроизношения не однотипны и не стабильны. Автоматизация звуков происходит с большим трудом.

5. Мозжечковая дизартрия возникает при поражении мозжечка и связей его с другими отделами центральной нервной системы. Речь замедленная, скандированная, с неправильной расстановкой ударений. Тонус мышц языка и губ пониженный, язык тонкий, распластаный в полости рта, малоподвижный. Ребенку трудно удерживать артикуляционные позы, жевание ослаблено, мимика вялая. При тонких артикуляционных движениях может отмечаться мелкое дрожание языка. Отмечается носовой оттенок большинства звуков.

При обследовании детей следует отграничивать дизартрию от дислалии и алалии.

В отличие от дислалии, при дизартрии нарушается не только звукопроизношение, но и просодическая сторона речи: наблюдаются различные специфические нарушения в звукопроизношении со значительными трудностями при автоматизации. Необходимо также учитывать наличие органических поражений центральной нервной системы и особенности анамнеза.

Отграничение от алалии проводится на основе отсутствия первичных дефектов операций языка, что проявляется в особенностях лексической и грамматической сторон речи.

Логопедическое воздействие проводится комплексно. Коррекция звукопроизношения сочетается с развитием лексико-грамматической стороны речи, формированием звукового анализа. Дополнительно проводится артикуляционный массаж, гимнастика и логоритмика; иногда можно проводить занятия лечебной физкультурой и медикаментозное лечение.

Коррекционная работа при дизартрии проводится поэтапно.

Первый этап подготовительный: артикуляционный аппарат готовят к формированию правильных артикуляционных укладов, проводится коррекция голоса и дыхания, развитие и уточнение пассивного словаря.

Важным является развитие слухового восприятия и звукового анализа.

На втором этапе происходит формирование первичных произносительных навыков. Проводится коррекция артикуляционных нарушений, расслабление мышц речевого аппарата, развитие контроля над положением рта; развитие голоса и коррекция речевого дыхания.

Проводится расслабляющий массаж мышц лица. Движения производятся от середины лба к вискам. Массаж производится строго дозированно и затрагивает только те мышцы, где имеется повышенный тонус. Если мышцы, наоборот, вялые и ослабленные, то делается тонизирующий и укрепляющий массаж лица. Вторым направлением расслабляющего массажа являются движения от бровей к волосам. Третье направление — движения вниз от линии лба к мышцам шеи и плеч через щеки.

Также проводится расслабляющий массаж губ. Дополнительно ребенка учат пить через соломинку, захватывать губами леденцы, уметь их удерживать.

Далее тренируют мышцы языка: учат ребенка расслаблять их, производить языком движения в стороны. Вначале упражнения проводятся при помощи логопеда, а затем ребенок выполняет их самостоятельно.

При дизартрии, как правило, отсутствует контроль за положением рта. Рот у ребенка обычно открыт, выражено слюнотечение.

На первом этапе для преодоления данной проблемы используются упражнения для губ, которые способствуют их расслаблению и усилению тактильных движений. С помощью зеркала у ребенка фиксируется ощущение закрытого рта, т.е. он должен видеть в зеркале, что рот закрыт.

На втором этапе ребенок закрывает рот при наклоне головы, а открывает его при запрокидывании головы назад. В начале работы используют эти, облегченные приемы.

На третьем этапе ребенок тренируется открывать и закрывать рот по словесной инструкции логопеда: «Открой рот», «Сделай губы трубочкой» и т. п. Постепенно упражнения усложняются.

Артикуляционная гимнастика тоже является частью логопедической работы. На начальных этапах работы привлекаются сохранные анализаторы: зрительный, слуховой, тактильный.

Вначале работа проводится по развитию мимических мышц лица. Ребенка учат хмурить брови, надувать щеки, открывать и закрывать глаза, глотать слюну.

При артикуляционной гимнастике языка сначала ребенка учат дотрагиваться кончиком языка до нижних зубов. Стимуляция мышц корня языка достигается при механическом воздействии на него шпателем. Полезными считаются упражнения по стимуляции движений кончика языка, если рот открыт и челюсть неподвижна. При артикуляционной гимнастике возможно использование игр, которые подбираются с учетом возраста ребенка и в зависимости от характера и степени нарушения.

Для развития и исправления голоса используют упражнения, направленные на координирование деятельности дыхания, артикуляции и фонации.

Должна происходить работа по активизации движений мягкого нёба: зевота, покашливание, глотание воды. Упражнения надо проводить перед зеркалом и под счет.

Дополнительно развиваются открывание и закрывание рта, имитация жевания.

Проводятся упражнения на укрепление мышц нёбной занавески: чередуют ее расслабление и напряжение.

Используют различные движения, способствующие развитию силы, высоты и тембра голоса, можно также использовать игры и инсценировки.

Коррекции подлежит и речевое дыхание. Коррекция направлена на увеличение объема дыхания и нормализацию его темпа. Детей учат дышать при закрытом рте и выдыхать через нос, уметь задерживать вдох, а затем медленно и продолжительно выдыхать.

Эти упражнения нужно проводить ежедневно по 5-10 минут, плавно, под счет или музыку.

Следующий тип упражнений направлен на развитие ощущений артикуляционных движений и праксиса. В этих упражнениях ребенка учат ощущать различные положения губ, языка, нижней и верхней челюсти.

После всех этих подготовительных упражнений проводится непосредственно исправление звукопроизношения. Работа осуществляется индивидуально. Сначала отбираются те фонемы, которые иногда ребенок произносит правильно. Перед этим нужно добиться правильного различения им звуков на слух.

При постановке звуков при дизартрии используется метод фонетической локализации: логопед губам и языку ребенка пассивно придает нужную позицию, используя при этом специальные логопедические зонды или шпатели. Ребенок запоминает свои ощущения и затем выполняет нужные движения самостоятельно, при небольшой помощи логопеда.

В ходе логопедической работы устанавливаются связи между движениями артикуляционных мышц и их ощущением, между восприятием звуков на слух, зрительным образом артикуляции звуков и теми двигательными ощущениями, которые происходят при произнесении звуков.

Автоматизация звуков происходит в различных ситуациях общения. Используется прием одновременного проговаривания звука и изображения его символа, т.е. писание и говорение.

Постепенно задания усложняются. Работа опирается на сохранные компенсаторные возможности ребенка. Это могут быть какие-то звуки или артикуляционные движения, отдельные сочетания звуков и слова, которые произносятся правильно.

Одновременно ведется работа над выразительностью: ребенка учат подражать красивой речи, уметь замедлять или ускорять ее темп.

В зависимости от характера поражения проводится коррекционная работа по развитию фонематического слуха, словарного запаса ребенка, грамматического строя языка. Дополнительно проводятся коррекционные мероприятия, направленные на предупреждение нарушений в письменной речи.

Главной задачей логопедического воздействия при дизартрии является развитие достаточной речевой коммуникации ребенка, а не только формирование правильного звукопроизношения.

5. Дислалия — это нарушение звукопроизношения при сохранном слухе и иннервации речевого аппарата. Дислалия является одним из самых распространенных нарушений звукопроизношения.

В зависимости от локализации нарушений и причин, приводящих к дефектам произношения, выделяют две формы дислалии: функциональную и механическую.

Функциональная дислалия возникает у детей в процессе усвоения ими системы произношения. Органические нарушения в строении артикуляционного аппарата в этом случае отсутствуют.

Причинами возникновения функциональной дислалии может быть общая ослабленность ребенка ввиду или после каких-то заболеваний, особенно в период формирования речи; задержки психического и речевого развития; неблагоприятные условия жизни, мешающие нормальному общению ребенка.

При функциональной дислалии остаются несформированными артикуляционные позиции для правильного произношения звуков. Если фонемы не различаются по своему звучанию, то это приводит к заменам звуков. При других формах нарушения артикуляционные позиции могут быть сформированными, но ребенок не умеет правильно выбирать нужный звук. Тогда говорят о смещении и взаимозамене звуков. Часто возможно такое нарушение, при котором звук произносится как «неродной» звук родного языка по своему акустическому эффекту. В этом случае происходит искажение звуков.

Выделяют 3 формы функциональной дислалии.

1. Акустико-фонематическая дислалия, в основе которой лежит несформированность фонематического слуха, который помогает узнавать и различать входящие в состав слова фонемы. Ребенок может не опознавать какой-либо акустический признак, который помогает отделить одну фонему от

другой. При этом звук неправильно опознается. Обычно отождествляются фонемы, сходные в акустическом плане (шумные фонемы, отличающиеся по звонкости—глухости; некоторые сонорные). При акустико-фонематической дислалии нарушений слуха у ребенка не наблюдается, у него избирательно не сформирована функция различения некоторых фонем.

2. Артикуляторно-фонематическая дислалия, при которой происходят нарушения вследствие несформированности операций отбора фонем по их артикуляторным признакам. Может быть два варианта нарушений. В первом случае артикуляторные позиции не до конца сформированы. Вместо нужного звука, отсутствующего у ребенка, им отбирается звук, который близок по артикуляторным признакам. Происходит замена одного звука другим, более легким по артикуляции. При втором варианте нарушения артикуляция полностью сформирована, но при отборе звука ребенок принимает неверное решение, в результате чего звук произносится иногда правильно, а иногда нет. Из-за недостаточной дифференциации происходит смешение звуков.

При этой форме дислалии смешения и замены происходят по артикуляционной близости звуков, обычно между шипящими и свистящими, парными твердыми и мягкими фонемами, между аффрикатами и сонорами.

Фонематическое восприятие у детей при этой форме дислалии обычно полностью сформировано.

3. Артикуляторно-фонетическая дислалия. При этой форме дислалии артикуляционные позиции выработаны неправильно. Обычно до акустическим признакам неправильный звук очень близок к правильному, поэтому речь понимается достаточно легко. Иногда звук не опознается ребенком, и происходит его пропуск.

Нарушаются не все звуки, а обычно переднеязычные невзрывные согласные. Их произношение формируется позже других и требует от ребенка тонких дифференцированных движений.

Дислалии могут подразделяться на простые и сложные. Если нарушено произношение одного звука или однородных по артикуляции звуков, то это

простая дислалия. Если же неправильно произносятся звуки разных групп (например, свистящие и соноры), то говорят о сложной дислалии.

Механическая дислалия представляет собой нарушение звукопроизношения в результате анатомических дефектов органов артикуляции. Это могут быть аномалии зубов или челюстей, дефекты прикуса, аномальное строение твердого нёба. Среди дефектов произношения обычно встречаются нарушения шипящих, свистящих, губно-зубных, переднеязычных и взрывных звуков.

Иногда нарушается произнесение гласных: они приобретают излишний шум.

Вторую группу нарушений произношения составляет те, которые обусловлены патологическими изменениями языка. Язык может быть слишком маленьким или большим, обладать короткой подъязычной связкой. При этом обычно страдает произношение шипящих и звуков, требующих при своем произнесении вибрации.

При этих видах аномалий нарушения звукопроизношения может и не быть. При механических дислалиях требуется консультация ортодонта и хирурга.

Логопедическое воздействие при дислалии направлено на формирование правильного звукопроизношения. Для этого ребенок должен уметь правильно узнавать звук, не смешивать его с другим звуком, различать правильное и неправильное произнесение звука, контролировать собственную речь, безошибочно использовать нужные звуки в речи.

Логопедические занятия должны быть регулярными и проводиться не менее 3 раз в неделю. Коррекционное воздействие должно осуществляться поэтапно и имеет свои задачи и цели.

I. Подготовительный этап. На этом этапе идет подготовка ребенка к занятиям по преодолению нарушений. Сначала нужно наладить эмоциональный контакт с ребенком и вызвать у него желание и интерес к занятиям. На подготовительном этапе развиваются произвольное внимание, память,

мышление, особенно операции синтеза и анализа. На занятиях логопед учит детей различать фонемы и формировать артикуляторные навыки. Виды этих работ зависят от формы дислалии. Звуковой анализ слов вначале производится с теми звуками, которые сохранены в речи ребенка.

Для формирования правильных артикуляторных движений выработаны специальные упражнения. Вначале логопед перед зеркалом показывает правильную артикуляцию, затем ребенок повторяет это при помощи логопеда или самостоятельно.

Артикуляционная гимнастика проводится перед зеркалом. Сначала движения выполняются медленно, затем темп их увеличивается. Каждое упражнение выполняется 5-20 раз.

Примерный комплекс артикуляционных упражнений

1. Упражнения для губ

- ◆ «Улыбка» — растянуть губы в улыбке, сомкнуть зубы.
- ◆ «Хоботок» — вытянуть губы вперед.
- ◆ Необходимо также чередовать первое и второе упражнения.

2. Упражнения для языка

◆ «Трубочка» — боковые края языка закруглить внутрь — образуется круглая щель.

◆ «Чашечка» — широкий язык поднять кверху (к верхним зубам, к альвеолам, к верхней губе).

◆ «Лошадка» — цоканье или щелканье языком.

◆ «Вкусное варенье» — облизывание широким языком верхней губы сверху—вниз, но не из стороны в сторону.

◆ «Лопаточка» — широкий расслабленный язык удерживать на нижней губе 5-10 секунд.

◆ «Иголочка» — высунуть узкий напряженный язык изо рта и удерживать его в таком положении 5-10 секунд.

◆ Следует использовать также попеременное выполнение двух предыдущих упражнений и другие упражнения.

II. Этап формирования произносительных умений и навыков. На этом этапе у ребенка формируется умение правильно произносить звуки, отличать их от схожих звуков, правильно использовать их в речи. Постановка звука может происходить по подражанию, с механической помощью или сочетать в себе первый и второй способы.

При постановке звуков по подражанию ребенок сознательно пытается найти артикуляцию, нужную для постановки звука. Работа ведется при помощи логопеда перед зеркалом с привлечением зрительного, слухового и тактильного анализаторов.

При втором способе логопед помогает ребенку найти правильное положение органов речи с помощью специальных логопедических зондов или шпателя. Органы артикуляции ребенка при этом пассивны.

Третий способ объединяет первые два и основывается на объяснении и подражании. При постановке звуков опираются на сохранные звуки, в артикуляции которых есть признаки, сближающие их с нарушенными звуками. Ставятся не отдельные звуки, а определенный звук в сочетании с гласным: твердые звуки — с гласным [а], мягкие звуки — с гласным [и]. Постановка звуков проводится в той последовательности, в которой она появилась онтогенетически.

После того как звук поставлен, идет работа по автоматизации его в речь ребенка. При автоматизации специально подбираются такие задания и упражнения, в которых нужный звук находится в разных позициях. Сначала отрабатывается произнесение звука в слогах (в начале, конце и середине). Затем происходит отработка звука в словах по такому же принципу. Ребенок может повторять слова за логопедом, называть картинки. Нужно использовать и игровые приемы, вводить творческие задания и упражнения. Каждое правильно произносимое слово тут же вводится в отдельные предложения и

короткие фразы. Специально подбираются стихи, потешки, чистоговорки с данным звуком и словом.

Если необходимо отграничить поставленный звук от других звуков, то происходит работа по дифференциации звуков. Обычно одновременно используется не более пары звуков.

III. Этап формирования коммуникативных умений и навыков. На этом этапе у ребенка формируются навыки правильного и безошибочного употребления поставленных звуков в повседневной речи. Используются тексты, различные творческие упражнения, игры и инсценировки.

Недостатки произношения отдельных звуков и приемы их постановки

Для каждого вида нарушений существуют специальные термины. Если происходит дефект произношения, то речь идет о сигматизме, ротацизме и т.д.; при заменах звука к названию дефекта добавляется приставка «пара-».

1. *Сигматизм свистящих* — недостатки произношения [с-с'], [з-з'], [ц] (см. рис. 1, 2). Далее пояснения.

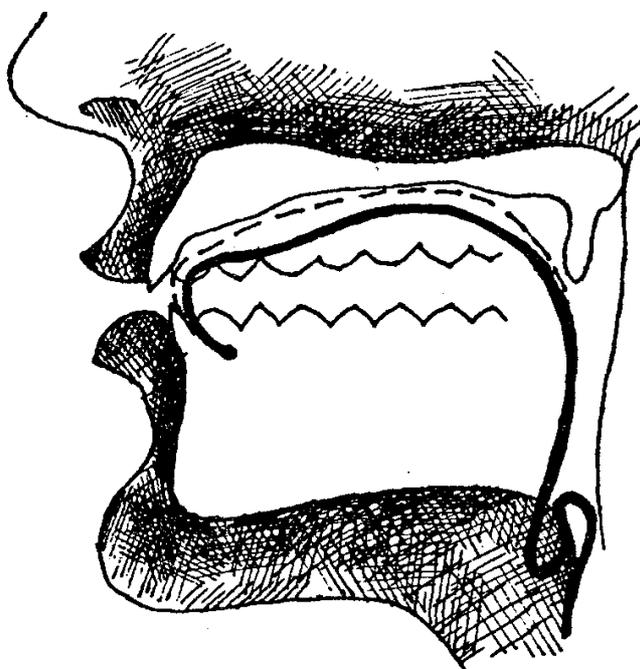


Рис. 1. Артикуляция звуков [с-с']; [з-з'].
————— с, з; - - - - - с', з'

При произнесении звука [с] губы растянуты в улыбку, передние зубы видны. Кончик языка упирается в передние резцы, передняя часть спинки языка выгнута. Боковые края языка прилегают к коренным зубам, между кон-

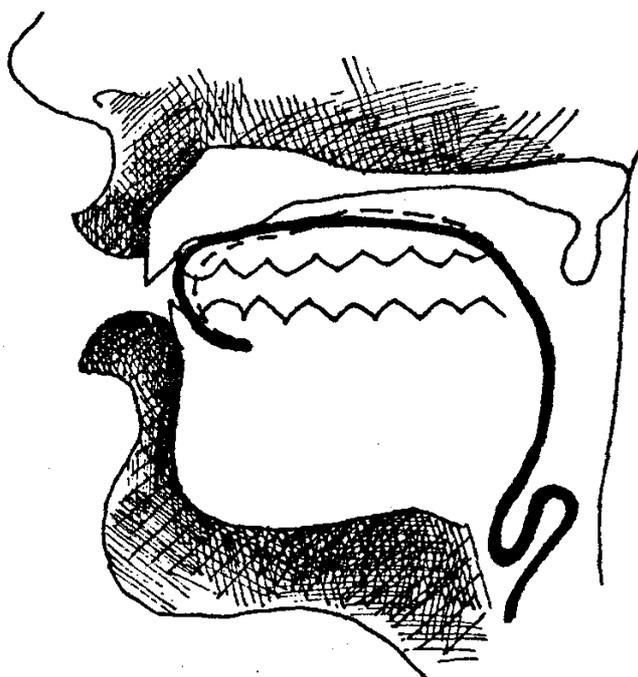


Рис. 2. Артикуляция звука [ц].

----- щель; _____ момент смычки

чиком языка и передними верхними зубами образуется круглая щель. По средней линии языка образуется желобок, по которому проходит сильная струя выдыхаемого воздуха, образуя свистящий шум. Чем уже щель, тем звук выше. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в носовую полость, голосовые складки не производят голос.

При произнесении [с'] губы растягиваются больше и напрягаются. Переднесредняя часть спинки языка поднимается выше, немного перемещается вперед, и шум становится еще выше.

При артикуляции [з] и [з'] добавляется голос, и напор воздуха ослабевает.

При произнесении [ц] губы принимают позицию следующего гласного. Звук начинается со смычного элемента (как при [т]). Кончик языка опущен, касается нижних зубов, а передняя часть спинки языка поднята к альвеолам

или верхним зубам, образуя с ними смычку. Боковые края языка прижаты к коренным зубам. Заканчивается звук щелевым звуком, как при [с], который звучит кратко. Выдыхаемая струя сильная и холодная. Артикуляция звука [ц] показана на рис. 2.

Существует несколько видов сигматизма свистящих.

Межзубный сигматизм — самый распространенный вид сигматизма. Язык просунут между зубами, отсутствует характерный свист, вместо круглой щели наблюдается плоская щель. Этот же дефект распространяется на [з] и [ц].

Губно-зубной сигматизм. Кроме языка в образовании щели участвует нижняя губа; звук становится похожим на [ф].

Боковой сигматизм характеризуется тем, что боковые края языка не прилегают к коренным зубам и выдыхаемая воздушная струя проходит не по середине языка, а по бокам. Кончик языка и передняя часть спинки образуют смычку с альвеолами, и слышится шум вместо [с]. Дефект распространяется на [з], [ц] и парные мягкие

Призубный парасигматизм. Вместо щели язык образует смычку; слышится звук типа [т] или [д]. Звук [ц] теряет один из элементов ([т] или [с]).

Шипящий парасигматизм — язык принимает положение как при произнесении [ш] или укороченного [щ].

Приемы постановки свистящих звуков

Коррекционная работа проводится в зависимости от того, какой вид нарушения присутствует у ребенка.

При губно-зубном сигматизме ребенку показывают правильную артикуляцию перед зеркалом и отводят нижнюю губу от зубов.

При межзубном сигматизме ребенка просят произнести слог «са» со сжатыми зубами.

При боковом сигматизме проводится специальная подготовительная работа по активизации мышц языка.

При постановке свистящих звуков используются такие упражнения артикуляционной гимнастики, как «Улыбка», «Почистим нижние зубки», «Желобок» и др. Отрабатывается умение ребенка сильно выдувать воздух через рот и контролировать выдох с помощью ладони» ваты или полоски бумаги. Струя воздуха должна быть холодной и сильной. Можно использовать логопедические зонды или палочки. Нужно попросить ребенка улыбнуться, языком упереться в нижние зубы. Вдоль языка положить палочку так, чтобы она прижимала только переднюю его часть. Сомкнуть зубы и с силой подуть. Закреплять произнесение звука [с] можно сначала с палочкой, а затем без нее.

Звук [ц] можно поставить по подражанию при условии хорошего произнесения [т] и [с]. При опущенном кончике языка ребенка просят произнести [т] с сильным выдохом. Передняя часть спинки языка прижата к верхним резцам. Обычно [ц] ставится в обратной позиции, и закрепление начинается с обратных слогов.

При постановке звонких парных дополнительно включается голос.

2. *Сигматизм шипящих* — нарушение произношения [ш], [ж], [ч], [щ]. На рис. 3, 4 показана артикуляция этих звуков.

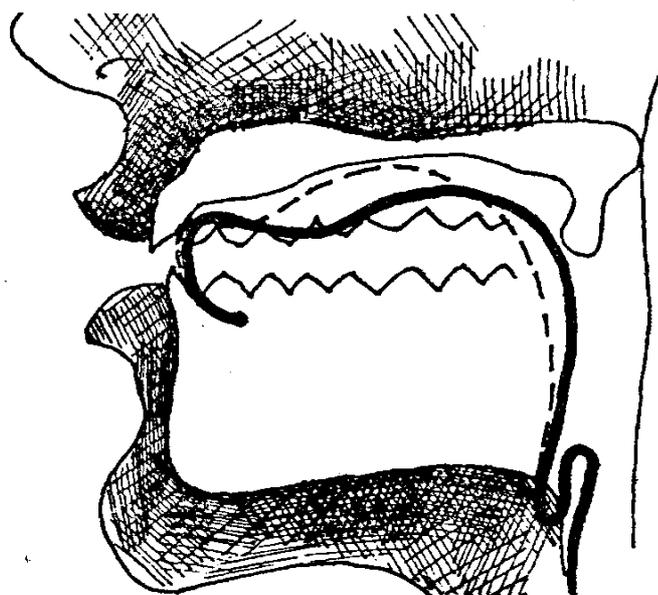


Рис.3. Артикуляция звуков [ш], [ж], [щ].
————— [ш], [ж]; - - - - - [щ]

При произнесении звука [ш] губы вытянуты вперед и округлены, между зубами имеется расстояние 4-5 мм. Кончик языка поднят к альвеолам, бо-

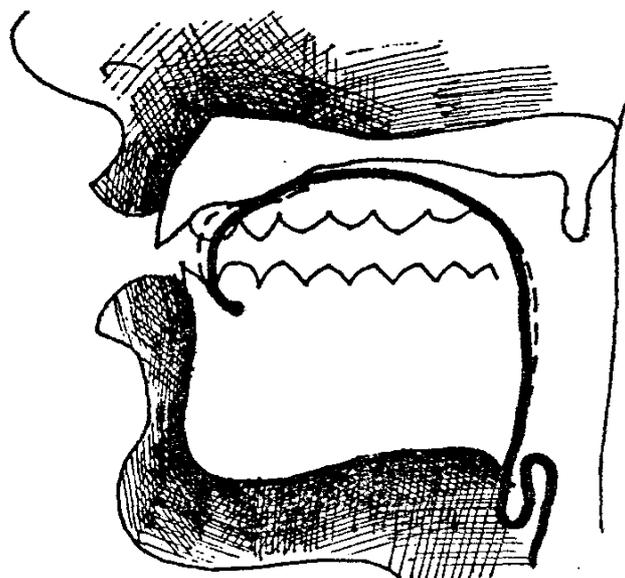


Рис. 4. Артикуляция звука [ч].

--- щель; _____ момент смычки

ковые края прижимаются к коренным зубам, средняя часть спинки языка прогибается, нёбная занавеска поднята и закрывает проход в носовую полость. Воздух теплый, проходящий посередине языка. Звук [ж] имеет такую же артикуляцию, но с добавлением голоса. Существует несколько видов сизматизма шипящих.

«Щечное» произношение [ж], и [ш]. Артикуляция происходит без участия языка, зубы сильно сближены или сжаты, уголки рта прижимаются к зубам. Образуется «тупой» шум. При произнесении [ж] к нему добавляется голос. При этом виде нарушения обычно раздуваются щеки.

«Нижнее» произношение [ж] и [ш]. шипящие приобретают мягкий оттенок, как при [щ].

Заднеязычное произношение [ж] и [ш]. При этом щель образуется сближением твердого нёба с задней частью спинки языка. Происходит шум, напоминающий шум при звуках [х] или [г].

Иногда могут наблюдаться случаи замены шипящих звуков другими, например, свистящими.

Приемы постановки звуков [ш] и [ж]. Вначале ставится [ш], а затем — [ж].

Используются упражнения для губ: «Бублик» — округлить губы, как бы произнося [о]. Упражнения для языка: «Чашечка», «Вкусное варенье», «Фокус» и др.

Звук [ш] можно поставить от звука [с]. Ребенка просят произнести несколько раз слог «са». В это время логопед плавно с помощью зонда, шпателя или ложки поднимает кончик языка по направлению к альвеолам. По мере подъема шум меняется и приобретает характер, соответствующий [ш]. Логопед фиксирует внимание ребенка на этой позе. Позже ребенок пытается самостоятельно принять правильную артикуляторную позицию.

Если у ребенка не нарушено произношение звука [р], то от него можно тоже поставить звук [ш]. Ребенка просят произнести слог «ра». В момент его произнесения логопед шпателем прикасается к нижней части языка и тормозит его вибрацию. Если ребенок говорит шепотом, то слышится «ша», при громком произнесении слышится «жа». Звук [ж] может быть поставлен от звука [ш] с включением голоса или от [з], как [ш] от [с].

Недостатки произношения звука [щ].

Артикуляция этого звука похожа на артикуляцию звука [ш]: губы расположены так же, кончик языка поднят вверх, но чуть ниже, чем при [ш]. Передняя часть спинки языка прогибается, а средняя его часть поднимается к твердому нёбу. Задняя часть опущена и продвинута вперед. Нёбная занавеска поднята. Выдыхаемый воздух проходит посередине языка в образующуюся щель. Струя воздуха длительная и теплая.

Звук щ можно поставить от сохранного звука [ш] по подражанию.

Другой способ постановки — от звука [с']. Ребенка просят произнести несколько раз слог «си» или «ся» с протяжным свистящим. С помощью шпателя язык несколько отодвигается назад до получения нужного звука.

Если звук [ч'] произносится правильно, то от него легко поставить [щ]. Ребенок удлинено произносит звук [ч'], в результате получается [щ]. Этот звук сразу нужно вводить в слоги, а затем в слова.

Недостатки произношения звука [ч].

Артикуляция звука [ч']: губы выдвинуты вперед и округлены, зубы сближены или сомкнуты, кончик языка опущен и касается нижних зубов. Звук начинается со смычного элемента и заканчивается взрывным элементом, который звучит кратко. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос, звук глухой и мягкий.

Недостатки произношения обычно такие же, как и у других шипящих. Иногда вместо звука [ч'] произносится мягкий аффрикат [ц'], [т'] или [ш'].

Звук [ч'] ставится от [т']. Ребенка просят произнести несколько раз слог «ат'», и в это время логопед с помощью зонда или шпателя несколько отодвигает назад кончик языка. Звук [ч'] легче ставить в обратных слогах.

3. Недостатки произношения звуков [л] и [л'] — *ламбдацизм и параламбдацизм*. Артикуляцию этих звуков см. на рис. 5.

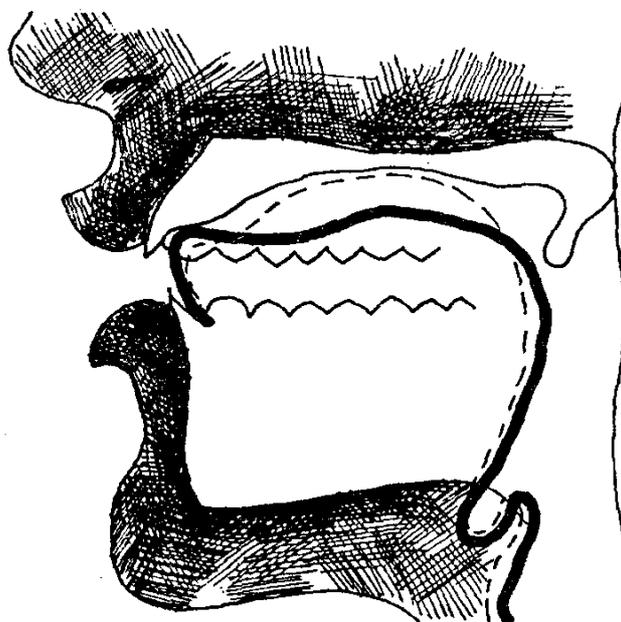


Рис. 5. Артикуляция звуков [л], [л'].
——— [л]; - - - - [л']

При артикуляции звука [л] губы нейтральны и принимают положение следующего гласного. Кончик языка поднят и может соприкоснуться с альвеолами. По бокам языка образуется щель, через которую проходит воздух. Струя воздуха слабая, теплая. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос. Переднесредняя часть спинки языка опущена, а корневая его часть поднята и оттягивается назад, образуя ложкообразную вдавленность.

При артикуляции мягкого [л'] губы несколько оттягиваются в стороны, а переднесредняя часть спинки языка поднимается к твердому нёбу и продвигается вперед, задняя часть спинки языка значительно продвинута вперед и опущена.

Среди нарушений произнесения [л] встречается искажение звука: произносится двугубный сонорный звук, напоминающий краткий [у] или английский [w].

Гораздо чаще встречаются случаи параламбдацизма, когда [л] заменяется кратким [ы] или [л'] и [j].

При постановке звука [л] используют упражнения «Болтушка», «Чашечка».

Ребенку предлагается произнести сочетание «ыа» с кратким произнесением [ы]. Как только ребенок усвоит нужное произнесение, его просят снова произнести эти звуки, но при этом язык должен быть зажат между зубами. Тогда четко слышится сочетание «ла».

Случается, что уже умея произносить звук правильно, ребенок продолжает слышать свой прежний звук. Поэтому необходимо привлекать его слуховое внимание к тому звуку, который получается при постановке.

4. Недостатки произношения р и [р'] — *ротацизм и параротацизм*. Артикуляция показана на рис. 6.

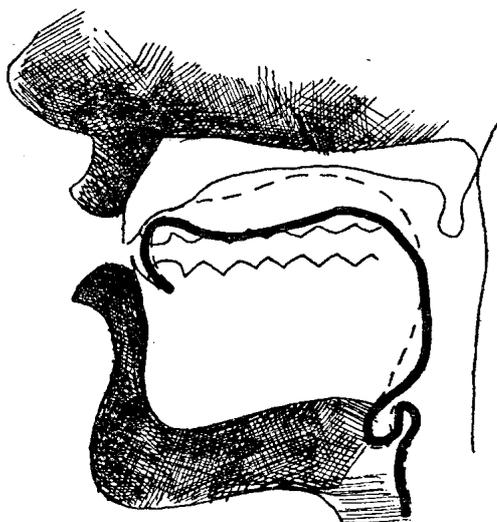


Рис. 6. Артикуляция звуков [р], [р'].
—— [р]; - - - - [р']

При произнесении [р] губы разомкнуты и принимают положение следующего гласного, расстояние между зубами 4-5 мм. Кончик языка поднят и вибрирует у альвеол при твердом [р] или у верхних резцов при мягком [р']. Корневая часть языка опущена, боковые края языка прижаты к верхним коренным зубам, струя воздуха сильная и проходит посередине.

Ротацизм бывает нескольких видов:

- ◆ [р] не произносится совсем;
- ◆ велярный [р] — происходит вибрация не кончика языка, а нёбной занавески, к которой приближен корень языка;
- ◆ увулярный [р] — происходит вибрация маленького язычка;
- ◆ боковой ротацизм — вибрирует один из боковых краев языка, в результате чего слышится сочетание звуков «рль»;
- ◆ кучерский [р] — вибрируют сомкнутые губы, и получается «прр»;

◆ одноударный [р] — вместо вибрации происходит однократный удар кончика языка об альвеолы, и образуется кажущийся звук [р], похожий на звук [д];

◆ щечный [р] — вибрируют одна или обе щеки вследствие того, что щель для выдыхаемой струи образуется между боковым краем языка и верхними коренными зубами.

Существует несколько видов параротацизма:

◆ [р] заменяется звуком [в], произносимым без вибрации, губами;

◆ [р] заменяется звуком [д];

◆ [р] заменяется звуком [ы];

◆ [р] заменяется звуками [л], [г] или [й].

При постановке звука [р] используются упражнения «Грибок», «Лошадки», «Кучер» и др.

Обычно звук [р] ставится механическим способом с помощью логопедического зонда. Ребенка просят поднять язык к альвеолам, боковые края должны быть прижаты к коренным зубам. Многократно произносить «тдд», «ддд» в быстром темпе.

Когда ребенок хорошо усвоит произнесение этих сочетаний, его просят сильно подуть на язык, и в этот момент должна возникнуть вибрация.

Другой способ постановки этого звука — произнесение «тж» с удлиненным вторым элементом. Когда ребенок произносит эти звуки, логопед вводит зонд с шариком на конце под язык, прикасаясь к нижней поверхности, и быстрыми движениями водит зонд вправо-влево.

Эффективным оказывается прием постановки звука [р] от сочетания «ззз-а». Ребенок перемещает язык вверх, продолжая произносить это сочетание звуков. В этот момент логопед с помощью зонда производит колебания языка вправо-влево, достигая вибрации языка. Звук [р'] ставится аналогично от слога «зи».

5. Недостатки произношения звуков к, г, х, [к'], [г'], [х'] — *каппацизм, гаммацизм, хитизм*. Артикуляция этих звуков показана на рис. 7, 8.

При произнесении звука [к] губы принимают положение следующего гласного, расстояние между зубами около 5 мм. Кончик языка опущен и отдален от нижних зубов, задняя часть спинки языка смыкается с нёбом. В момент произнесения звука смычка между нёбом и языком взрывается, и по образовавшемуся проходу идет воздух, образуя характерный шум.

При артикуляции [г] добавляется участие голоса, ослабляется выдох.

При артикуляции звука [х] задняя часть спинки языка смыкается с нёбом не полностью: по средней его части образуется щель, через которую выходит воздух, производя шум.

При произнесении мягких пар этих звуков язык продвигается немного вперед, к средней части твердого нёба.

При каппацизме вместо звука [к] слышится гортанный щелчок, при гаммацизме к нему прибавляется голос. При хитизме слышится слабый гортанный шум.

Паракаппацизм включает в себя такие замены, как замена [к] на [т] или на [х].

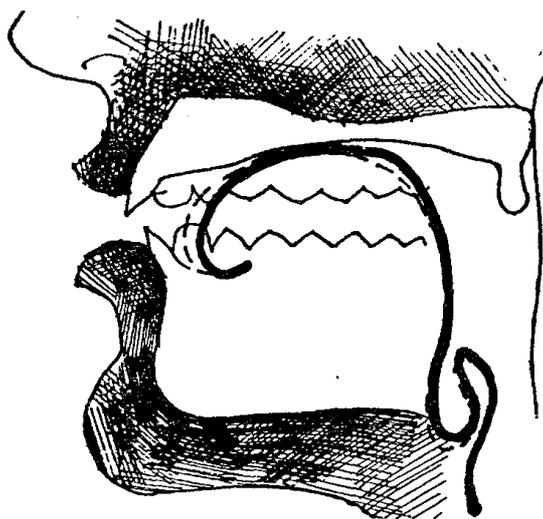


Рис. 7. Артикуляция звуков [к], [к']; [г], [г'].
 — [к], [г]; - - - - [к'], [г']

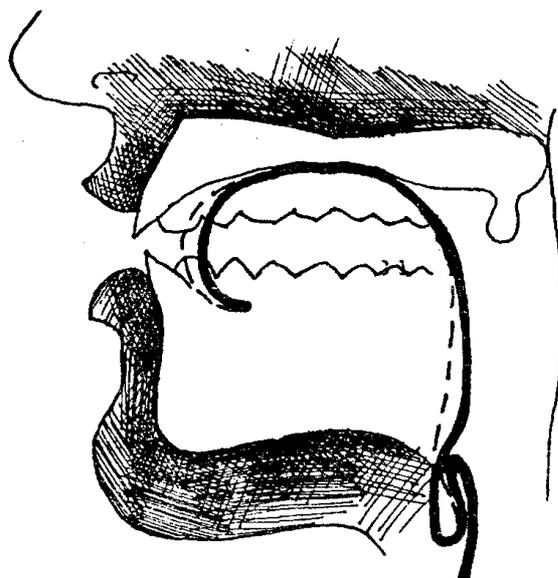


Рис. 8. Артикуляция звуков [х], [х'].
 — [х], - - - - [х']

Постановка звука [к] может производиться путем подражания или механическим способом. При механическом воздействии ребенка просят произносить слог «та» многократно. В это время логопед с помощью шпателя продвигает язык ребенка назад, нажимая на переднюю часть языка. Сначала слог «та» трансформируется в слог «тя», затем в слог «кя», а затем слышится слог «ка».

При исправлении паракаппацизма нужно обращать внимание ребенка на различие звуков, т.е. на их дифференциацию, наряду с постановкой звука [к].

Недостатки произношения звуков [г] и [х] в общем аналогичны описанным разновидностям каппацизма и паракаппацизма.

Приемы исправления и постановки этих звуков такие же, как при постановке звука [к]. Звук [г] ставят от слогов «да — дя — гя — га»; звук [х] от слогов «са — ся — хя — ха».

Затем следуют упражнения на закрепление, автоматизацию и дифференциацию звуков, если наблюдались замены звуков.

6. Недостатки произношения звука [й'] ([й]) Обычно ребенок заменяет этот звук на мягкий [л'].

При произнесении звука [й'] губы растянуты, но меньше, чем при [и]. Кончик языка лежит у нижних зубов, средняя часть спинки языка сильно поднята к твердому нёбу, а задняя часть продвинута вперед. Края языка упираются в верхние боковые зубы. Голосовые складки колеблются и создают голос, выдыхаемая струя воздуха слабая.

Исправить звук можно двумя способами. При первом способе звук можно поставить от гласного [и]. Ребенка просят произнести сочетания гласных «аи», «аиа», «ои», «ио», усиливая выдох в момент произнесения [и]. Постепенно ребенка просят произнести [и] более кратко, достигая нужного звука [й].

Другим способом постановки звука [и] является постановка его от мягкого [з'] с механической помощью. Ребенок несколько раз произносит слог

«зья», а в это время логопед шпателем или зондом отодвигает язык назад до получения нужного звука.

Дисграфия — специфическое нарушение процессов письма. Детям с дисграфией присущи нарушения зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений, фонематического, слогового анализа и синтеза, деления предложений на слова, расстройства психических процессов, эмоционально-волевой сферы.

Принято выделять несколько видов дисграфии.

1. Артикуляторно-акустическая дисграфия. При ней ребенок как произносит слова, так их и пишет. Она проявляется в заменах, пропусках букв, аналогичных пропускам звуков в устной речи. Встречается при дизартрии, ринопалии.

2. Акустическая дисграфия — дисграфия, возникающая в результате нарушений при дифференциации фонем. Ребенок заменяет буквы, близкие по звучанию. Чаще всего заменяются свистящие — шипящие, звонкие — глухие, аффрикаты и их компоненты. Иногда дети неправильно обозначают мягкость на письме, в результате нарушения дифференциации твердых и мягких согласных.

Наиболее ярко проявляется этот вид дисграфии при сенсорной алалии, когда могут смешиваться буквы, далекие по артикуляции и акустически.

3. Дисграфия в результате нарушения языкового анализа и синтеза. Проявляется в искажениях структуры слов и предложений. Из-за нарушений фонематического анализа особенно страдает звукобуквенная структура слова. Могут наблюдаться следующие ошибки: пропуски согласных при их стечении; пропуски гласных; перестановки букв или их добавления; пропуски, перестановки и добавления слогов. Нарушения на уровне предложений проявляются в слитном написании слов, особенно слов с предлогами, раздельном написании слов, например, отделении корня от приставки.

4. Аграмматическая дисграфия связана с недоразвитием грамматического строя речи. Проявляется на уровне слова, словосочетания, предложе-

ния и текста. Ребенок нарушает последовательность предложений, которые не соответствуют последовательности событий. В предложениях нарушается морфологическая структура слова, заменяются приставки, суффиксы, падежные окончания, предлоги и число существительных. Кроме того, ребенок испытывает трудности в конструировании сложных предложений.

5. Оптическая дисграфия. Она проявляется в результате недоразвития зрительного гнозиса, анализа, синтеза и пространственных представлений. При письме буквы искажаются и заменяются. Чаще всего взаимозаменяются сходные по написанию буквы, которые состоят из одинаковых элементов, но по-разному располагаются при письме («в» и «у»); буквы, имеющие одинаковые элементы, но отличающиеся какими-то дополнительными элементами («л» и «м»). Наблюдается зеркальное написание букв; пропуски элементов, особенно при соединении букв, которые могут содержать одинаковые, лишние элементы или неправильно расположенные элементы.

Дисграфия может сопровождаться и неречевой симптоматикой.

7. Дислексия — частичное специфическое нарушение процесса чтения. Дислексия возникает в результате несформированности высших психических функций и проявляется в ошибках стойкого характера. Причины, вызывающие дислексию, могут быть органического и функционального характера. Чаще всего дислексия проявляется при речевых и нервно-психических расстройствах. У детей с дислексией наблюдаются трудности в пространственных ориентировках, в определении правой и левой стороны, верха и низа. При психологическом аспекте изучения дислексии она рассматривается как нарушение операций процесса чтения, а именно, зрительного восприятия и различения букв, выбора фонемы, слияния звуков в слоги, синтеза слогов в слово, а слов в предложения.

Выделяют несколько видов дислексии.

Фонематическая дислексия связана с недоразвитием фонематической системы языка. Выделяют следующие функции фонематической системы: смыслоразличительная функция, когда изменение одной фонемы или одного

признака может привести к изменению смысла; слухопроизносительная дифференциация фонем — одна фонема отличается от другой артикуляционно и акустически; фонематический анализ или разложение слова на фонемы. Фонематическая дислексия подразделяется на две формы. Первая связана с недоразвитием фонематического восприятия, проявляющимся в трудностях усвоения букв и замене букв, которые сходны по артикуляции и акустически («к—г», «ш—с» и др.). Вторая форма нарушений чтения связана с нарушением фонематического анализа. При этом наблюдаются нарушения звукослоговой структуры и побуквенное чтение. Ребенок может пропускать буквы при стечении согласных, вставлять лишние гласные между согласными, переставлять буквы и слоги в словах.

Семантическая дислексия проявляется в том, что ребенок не понимает смысла прочитанного при сохранном прочтении текста. Эти трудности возникают у ребенка в результате нарушения звукослогового синтеза и нечетких представлений о синтаксических связях в предложении. В процессе чтения ребенок разделяет слова на слоги и в результате не понимает смысла прочитанного. Дети не способны соединить в единое целое последовательно произнесенные слоги. Они читают механически, без понимания смысла. Дети с таким нарушением не могут слитно произнести слово, которое произносится отдельно по звукам с короткими паузами между ними (в, о, д, а); воспроизвести слово, разделенное голосом на слоги (ма-ши-на по-е-ха-ла). В процессе чтения слова воспринимаются вне связи с остальными членами предложения.

Аграмматическая дислексия возникает в результате недоразвития грамматического строя речи, синтаксических, морфологических обобщений. При этом виде дислексии наблюдаются изменения падежных окончаний и числа существительных, существительные неправильно согласуются в роде, числе и падеже с прилагательными; неверно употребляются родовые окончания местоимений; изменяются формы глагола.

Мнестическая дислексия проявляется в том, что ребенку трудно усвоить буквы и трудно дифференцировать их. Она обусловлена нарушен-

ным процессом установления связи между звуком и буквой и нарушением речевой памяти. Детям трудно воспроизвести цепочку из 4-5 звуков или слов. Даже если они и воспроизводят их, то имеются пропуски звуков, их замены, нарушение последовательности звуков.

Оптическая дислексия проявляется в трудностях усвоения и смешения букв, которые графически похожи. Этот вид дислексии аналогичен оптической дисграфией по своим проявлениям, но здесь буквы не прописные, а печатные. Дети смешивают [л] и [д], которые отличаются друг от друга дополнительными элементами; смешивают [н] и [п], отличающиеся друг от друга тем, что одинаковые элементы этих букв по-разному расположены в пространстве. Это происходит потому, что у ребенка недоразвито оптико-пространственное восприятие, нарушен зрительный гнозис, анализ и синтез, нет дифференцированности представлений о сходных формах.

Могут наблюдаться и неречевые проявления: при срисовывании сложных предметов ребенок пропускает, искажает некоторые детали рисунка. Детям трудно сконструировать букву из ее элементов, дополнить один или несколько элементов и сделать другую букву, т.к. все эти операции требуют определенного анализа и синтеза. При литеральной оптической дислексии нарушения проявляются при изолированном узнавании букв, а при вербальной оптической дислексии нарушения проявляются при чтении.

Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей. В ее основе лежат трудности в тактильной дифференциации букв азбуки Брайля. При чтении происходит смешение букв, имеющих одинаковое количество точек или точек, которые расположены зеркально; точек, расположенных ниже или выше, или тех, которые отличаются одной точкой.

При обследовании детей учитываются состояние зрения, слуха, нервной системы, познавательной деятельности. Обследование производится комплексно, с привлечением различных специалистов.

Виды нарушений при дисграфии и дислексии во многом сходны, поэтому методики коррекционной работы имеют много общего и рассматриваются вместе.

Во-первых, происходит работа по развитию фонематического восприятия, которое особенно нарушено при фонематической дислексии, артикуляторно-акустической дисграфии и дисграфии на основе нарушений распознавания фонем. Работа проводится в два этапа. На первом этапе происходит уточнение произносительного и слухового образа звуков, которые смешиваются. Работа проводится с опорой на зрительный, слуховой, тактильный анализаторы: звук выделяется в слогах, определяется его место в слове, его место по отношению к другим звукам, происходит выделение его из текста и предложения. На втором этапе проводится сопоставление звуков, которые смешивались на слух и по произношению. Дифференциация происходит также, как на первом этапе, но речевой материал должен содержать не изолированный звук, а смешиваемые звуки. В процессе работы каждый отрабатываемый звук соотносится с определенной буквой и проводятся письменные упражнения, которые способствуют дифференциации звуков. Прежде чем начинать работу по устранению артикуляторно-акустической дисграфии, проводится исправление звукопроизношения.

При исправлении фонематической дислексии и дисграфии из-за нарушения языкового анализа проводится развитие языкового анализа и синтеза. Для этого предлагаются следующие виды упражнений: придумать предложение по сюжетной картинке и посчитать, сколько в нем слов. Называется число, и ребенок должен составить предложение с таким количеством слов. Затем предлагается увеличить или уменьшить количество слов в предложении. Составить схему предложения, указать место в предложении названного слова и т.д.

Работу по развитию анализа и синтеза в слогах нужно начинать с неречевых приемов: попросить ребенка отстучать или отхлопать количество слогов в слове. Постепенно ребенка учат выделять гласные в словах и объясня-

ют ему, что в слове столько слогов, сколько гласных. Предварительно ребенок должен уметь отличать гласные от согласных. Для этого используются различные приемы и методы. Начинается работа с односложных слов, постепенно усложняясь.

Для закрепления проводятся разнообразные упражнения. Например:

- ◆ повторить слово по слогам и сосчитать, сколько в нем слогов;
- ◆ логопед называет слово, ребенок должен поднять цифру, соответствующую числу слогов в слове;
- ◆ назвать первые слоги в названиях предметов, изображенных на предложенных картинках, записать их. Прочитать слово или предложение, которое получилось;
- ◆ узнать слог, который пропущен, с помощью картинки;
- ◆ выделить из текста слова с определенным количеством слогов.

При формировании фонематического анализа и синтеза необходимо сначала использовать только гласные звуки, а затем постепенно вводить к ним согласные. Первоначально эта работа ведется с помощью вспомогательных средств — фишек и графических схем. Ребенок учится выделять звуки и заполнять графические схемы с помощью фишек.

На следующем этапе фонематический анализ производится на речевом материале, ребенок определяет количество звуков в словах, называет первый и последующие звуки в словах.

На третьем этапе ребенок уже не проговаривает слоги, а все действия производит в умственном плане, т.е. работа идет на уровне представлений.

Здесь применяется принцип усложнения: от легкого к сложному. Широко используются письменные работы: вставить букву в слово; выписать слова с определенным количеством слогов; преобразовать слова, добавляя звук, переставляя звук, изменяя звук; составить графические схемы предложений.

На начальных этапах работы происходит проговаривание, которое постепенно редуцируется. Вся последующая работа происходит в умственном плане, по представлению.

При устранении аграмматической дисграфии и дислексии ставится задача сформировать у ребенка морфологические и синтаксические обобщения, представления о структуре предложения.

Начинается работа по уточнению структуры предложений. Вначале берутся простые двусоставные предложения, состоящие из существительного и глагола третьего лица настоящего времени (Мальчик идет). Затем предложения дополняются прямым дополнением (Мама моет раму. Дочка пишет письмо папе). Полезно добавлять в предложения слова, обозначающие признак предмета.

При построении предложения необходимо опираться на графические схемы. Сначала вместо предложения ребенок составляет графическую схему, а затем пишет ее под предложением.

Дополнительно используются такие виды заданий, как ответ на вопрос, составление предложений устно и письменно.

Формируется функция словоизменения, т.е. ребенку объясняется изменение существительных по падежам, числам, родам; согласование существительных с прилагательными и глаголами и т.д. Это предполагает письменную и устную форму работы.

Такая же работа проводится и при устранении семантической дислексии, которая обусловлена недоразвитием грамматического строя речи. Семантическая дислексия проявляется в неточном понимании прочитанных предложений. Если семантическая дислексия проявляется на уровне слова при слоговом чтении, то нужно развивать звукослоговой синтез. Можно использовать такие упражнения:

- ◆ назвать слово, произнесенное отдельно по звукам;
- ◆ назвать слово, произнесенное по слогам слитно;
- ◆ составить слово из слогов, данных в беспорядке.

В это же время нужно проводить упражнения на понимание прочитанного: прочитать слово и найти картинку к нему; выбрать из текста предложение, соответствующее картинке; прочитать предложения и уметь ответить по ним на вопросы.

При устранении оптической дисграфии и дислексии работа проходит в нескольких направлениях. Во-первых, необходимо развитие зрительного восприятия, узнавание формы, величины, цвета. Сначала работа основывается на различных изображениях контура предмета, а затем постепенно осуществляется переход к узнаванию букв (например, найти букву в ряду других, соотнести печатную и письменную букву, добавить или убрать элементы букв и др.).

Уточняются и развиваются представления детей о величине, форме и цвете. Для выполнения этих заданий нужно иметь геометрические фигуры разного цвета и формы. Задания выбираются для уточнения какого-либо из признаков.

При этой форме дислексии и дисграфии необходимо развивать зрительную память. Для этого используют игры «Что изменилось?», «Чего не стало?» и другие, требующие развития памяти.

Необходимой считается и работа по формированию пространственных представлений и обозначению в речи этих отношений. Сначала ребенка учат ориентироваться в собственном теле, а затем и в окружающем пространстве.

Для развития ориентирования в окружающем пространстве ребенок вначале определяет место предметов относительно себя, затем — относительно предметов, находящихся сбоку, затем происходит определение пространственных отношений между 2-3 предметами или их изображениями. Потом логопед предлагает ребенку инструкцию по размещению предмета в пространстве. Ребенок должен выполнить эту инструкцию, а затем сказать, как расположены предметы относительно друг друга и относительно него.

Постепенно осуществляется переход к пространственному расположению букв и цифр. Примерные задания:

- ◆ нарисовать кружок, ниже — точку, а слева — квадрат;
- ◆ написать буквы справа или слева от черты и др.

Одновременно проводится работа по развитию зрительного анализа букв и изображений, разложению букв на отдельные элементы, определению сходств и различий между буквами и их элементами.

При устранении оптической дислексии и дисграфии большое место занимает работа над дифференциацией оптических образов букв, которые смешиваются. Для лучшего запоминания образов эти буквы соотносят с изображением каких-либо предметов или животных (например: О — бублик, Ж — жук, Ф — филин). Используются приемы конструирования букв из их элементов, различные загадки о буквах.

Сначала дети учатся различать буквы изолированно, затем — в слогах, словах, в предложениях и текстах.

Эти виды работ привлекают как можно больше различных анализаторов.

8. Заикание — нарушение темпоритмической организации речи, которое обусловлено судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Выделяют предрасполагающие и производящие причины, приводящие к заиканию. Предрасполагающими причинами могут быть:

- ◆ невропатическая отягощенность родителей;
- ◆ невропатические особенности заикающегося ребенка;
- ◆ конституциональная предрасположенность ребенка;
- ◆ наследственная отягощенность плюс неблагоприятные воздействия окружающей среды, к которым относятся физическая ослабленность детей, ускоренное развитие речи, недостаточность положительных эмоций и развития моторики, чувства ритма;

- ◆ поражение головного мозга во внутриутробном развитии или в постнатальном периоде развития вследствие инфекционных заболеваний.

Группу производящих причин составляют многочисленные анатомо-физиологические причины: травмы, сотрясения мозга, органические наруше-

ния мозга, последствия детских болезней, болезни носа, глотки и гортани и др.; психические и социальные причины: одномоментная или кратковременная травма, чаще всего испуг или страх, неправильное воспитание в семье как длительная психическая травма, острая психическая травма, неправильное формирование речи в детстве, избыточные речевые перегрузки, несоответствие возраста предъявляемым требованиям, полиглоссия (одновременное овладение несколькими языками), подражание заикающимся, переучивание леворуконости.

Выделяют две группы симптомов при заикании. К физиологическим симптомам относятся речевые судороги, нарушения нервной системы, речевой и общей моторики. К психологическим симптомам относятся речевые запинки и различные нарушения экспрессивной речи; ребенок фиксирует внимание на своем дефекте, могут развиваться логофобия, различные речевые уловки.

Основной симптом заикания — речевые судороги. Они бывают тоническими — короткое толчкообразное или длительное сокращение мышц — тонус (п-палец); клоническими — ритмическое повторение одних и тех же судорожных движений мышц — клонус (па-па-палец). В зависимости от того, в каком месте преобладают судороги, они могут быть дыхательными, голосовыми и артикуляционными.

При заикании отмечают три формы нарушения дыхания: судорожный выдох, судорожный вдох, судорожный вдох и выдох, иногда с разрывом слова.

Судороги в речевом аппарате также различны, они могут быть смыкательными, размыкательными, вокальными. В артикуляционном аппарате судороги могут быть губные, язычные, судороги мягкого нёба.

Для заикания характерны нарушения общей и речевой моторики, проявляющиеся в разнообразных тиках, насильственных движениях и речевых уловках.

При заикании детей на основании степени фиксации на своем дефекте можно разделить на 3 группы.

1. Нулевая степень болезненной фиксации: дети не испытывают дискомфорта от сознания своего дефекта или совсем не замечают его. Они не стеснительны, не обидчивы и не пытаются исправить свою речь.

2. Умеренная степень болезненной фиксации. Дети старшего возраста осознают свой дефект, стесняются, скрывают его, избегают общения.

3. Выраженная степень болезненной фиксации. У детей, чаще всего подростков, возникают постоянные переживания по поводу дефекта, возникает чувство неполноценности. У них наблюдается страх общения и уход в болезненное состояние.

Различают три степени заикания: легкая, когда заикание происходит лишь в возбужденном состоянии или при попытке быстро высказаться, преодолевается быстро; средняя, при которой в спокойной и привычной обстановке заикаются мало и говорят легко, а при эмоциональных ситуациях проявляется сильное заикание; тяжелая степень, когда заикаются постоянно, в течение всей речи.

Заикание может быть постоянным; волнообразным, т.е. то усиливаться, то ослабевать, но не исчезать до конца, и рецидивирующим — может исчезнуть, а потом снова проявиться.

Обследование детей осуществляется комплексно, совместно с психологом, невропатологом, при необходимости привлекают специалистов разного медицинского профиля.

Лечение также проходит комплексно и включает в себя медикаментозное лечение, физиотерапию и психотерапевтическое воздействие.

Медикаментозное лечение имеет своей целью нормализовать деятельность нервной системы, устранить судороги и провести оздоровление организма в целом.

Психотерапевтическое воздействие осуществляется прямо и косвенно. Прямое воздействие подразумевает воздействие словом в виде разъяснения,

убеждения и обучения. Косвенное воздействие — это воздействие через коллектив, окружающий мир, природу, режим и др. Все виды психотерапии направлены на то, чтобы искоренить у заикающихся страх речи и ситуации, чувство неполноценности и фиксации на своем дефекте.

Логопедическая работа составляет педагогическую часть комплексного подхода и включает в себя систему разнообразных логопедических занятий, работу с воспитателями и родителями. Эта работа также может проходить с прямым и косвенным воздействием. Прямое воздействие осуществляется во время логопедических занятий, индивидуальных или групповых. Косвенное воздействие предполагает систему логопедизации всех режимных моментов в жизни ребенка и отношения к нему его окружения. Особое значение придается в этой работе речевому режиму ребенка.

Логопедические занятия проводятся последовательно, поэтапно, с учетом степени и вида заикания, личностных и психологических особенностей ребенка, опираются на активность и сознательность ребенка. Используются различные методы обучения, в том числе наглядные и технические средства.

Важным разделом этой работы является использование логопедической ритмики, представляющей собой комплекс музыкально-двигательных упражнений для логопедической коррекции.

При организации всех видов работ важно учитывать возраст ребенка и знать, что у дошкольников основное место занимают игровые и воспитательные занятия, в меньшей степени — медикаментозное лечение; у подростков и взрослых, наоборот, медицинскому воздействию и психотерапии придается большее значение, а педагогическим приемам — меньшее.

На логопедических занятиях используются технические и наглядные средства обучения. К наглядным относятся учебники, настольные игры, диафильмы, пластинки и т.д. К специальным техническим средствам относятся приборы, помогающие в работе с заикающимися детьми: например, корректофон Деражне, аппарат «Эхо», магнитофоны.

Аппарат Деражне работает на эффекте заглушения. Шумы разной силы подаются через специальные трубочки, заканчивающиеся оливами сразу в слуховой проход, и заглушают собственную речь. Это облегчает проведение различных слуховых упражнений, т.к. отключается слуховой контроль. Постепенно сила заглушения уменьшается, и дети учатся говорить без прибора.

Этот вид коррекции показан не всем, т.к. некоторые болезненно реагируют на посторонние шумы.

В логопедической работе широко используются магнитофонные записи. Сначала заикающийся прослушивает образцы правильной речи на магнитофоне, затем происходит запись его собственной речи. После этого ребенок вместе с логопедом прослушивает запись и анализирует ее. Иногда прослушиваются выступления артистов, и ребенок подражает им в своем выступлении. Занятия с магнитофоном обычно проводят в тех случаях, когда у ребенка существует фиксация на своем дефекте и осознание своей неправильной речи.

Все методики логопедической работы с заикающимися подразделяются в зависимости от возраста: работа с дошкольниками, работа со школьниками, подростками и взрослыми.

Методики занятий с дошкольниками

Существует несколько методик логопедических занятий с заикающимися дошкольниками. Первая методика принадлежит Н.А. Власовой и Е.Ф. Рау, которые предлагают строить логопедические занятия с детьми на усложнении речевых упражнений (это зависит от степени речевой самостоятельности детей).

Н.А. Власова различает 7 видов речи, применяющиеся на занятиях с детьми: сопряженная речь; отраженная речь; ответы на вопросы по картинке, которая знакома ребенку; самостоятельное описание этих же картинок; пересказ небольшого по объему рассказа; рассказ по незнакомой картинке, т.е. спонтанная речь; обычная нормальная речь. Работа происходит в три этапа.

На первом этапе проводятся упражнения по сопряженной и отраженной речи, дети учат стихи и фразы.

На втором этапе дети тренируются в ответах на вопросы по картинкам, самостоятельно составляют рассказы по картинкам и пересказывают содержание сказки или рассказа, прочитанных логопедом.

На завершающем этапе дети закрепляют приобретенные навыки в плавной речи, во время игр и общения с окружающими людьми.

Методика коррекционной работы с дошкольниками в процессе ручной деятельности была предложена Н.А. Чевелевой. Речевые упражнения последовательно переходят от наглядных форм речи к контекстным высказываниям. Эта система включает в себя пять этапов.

1. Пропедевтический — дети учатся слышать четкую речь, ее нормальный ритм и временно ограничивают свою речевую деятельность.

2. Сопровождающая речь. Дети совершают какие-либо действия и сопровождают их речью.

3. Завершающая речь. Дети описывают выполненную работу. Постепенно уменьшается опора на зрительный образ и происходит переход к контекстной речи.

4. Предваряющая речь. На этом этапе дети рассказывают о том, что они собираются делать. Дети учатся планировать свою работу, разговаривать без наглядной опоры. При этом более сложной становится фразовая речь, дети учатся логически мыслить, последовательно и грамотно излагать свои мысли.

5. Закрепление навыков своей речи. Дети самостоятельно рассказывают о всем процессе выполнения своих поделок, умеют отвечать на вопросы о своей работе.

Эта методика применяется в специальных детских садах.

Методика В.И. Селиверстова предназначена в основном для медицинских учреждений и предусматривает использование разных приемов логопедической работы. В работе выделяются 3 периода: подготовительный, тренировочный и закрепительный. Речевые упражнения усложняются в зави-

симости от того, насколько самостоятельна речь ребенка и в зависимости от сложности речевых ситуаций.

В методиках И.Г. Выгодской, Е.И. Пеллингер игры и игровая деятельность дошкольников используются для проведения расслабляющих упражнений в зависимости от этапов логопедической работы. Проводятся режимы молчания, воспитывается правильное речевое дыхание, дети учатся общаться короткими фразами, организовываются инсценировки.

Методики логопедических занятий с детьми школьного возраста

Они имеют свои особенности. Во-первых, игровая деятельность заменяется учебной, хотя элементы игры могут использоваться. Главной формой занятий является урок, и работа осуществляется совместно с учителем. Дети школьного возраста более сознательно подходят к занятиям. Широко используется прямое психотерапевтическое воздействие.

Для работы с младшими школьниками используется методика Н.А. Чевелевой, описанная выше, но виды поделок у школьников сложнее, чем у дошкольников. Каждой учебной четверти соответствует свой период логопедических занятий:

- ◆ I четверть — сопровождающая речь;
- ◆ II — предваряющая речь;
- ◆ III — завершающая речь;
- ◆ IV четверть — закрепление навыков самостоятельной речи.

Методика А.В. Ястребовой предполагает выделение 3 периодов в обучении заикающихся учащихся. В первом периоде школьники расширяют и уточняют свои знания через наблюдение за речью и активные упражнения по упорядочению плавности и темпа речи. Дети овладевают грамматическим строем языка, развивают морфологический анализ слов. Во втором периоде активизируются полученные знания и закрепляются навыки плавной и выразительной речи на более сложном речевом материале. В третьем периоде продолжается работа над интонацией речи, лексико-грамматическим и фоне-

тико-фонематическим совершенствованием речи, развитием плавной и выразительной речи в любых жизненных ситуациях.

Логопедическая работа с подростками и со взрослыми заикающимися

При работе с этими категориями обязательной является совокупность медицинских и педагогических приемов. Широко используется такой прием психотерапии, как аутогенная тренировка, включающая речевой материал, а индивидуальные логопедические занятия проходят с использованием психотерапевтических методик. При работе со взрослыми на первый план выходит медикаментозное воздействие. Работа происходит поэтапно, от простого к сложному. Этот принцип учитывается при подборе речевого материала и в системе функциональных тренировок. Существует несколько методик по преодолению заикания у подростков и взрослых.

Методика, которая разработана сотрудниками ГНИИ уха, горла и носа под руководством профессора С.С. Ляпидевского, предусматривает 6 основных этапов логопедической работы.

1. Подготовительный этап, который занимает 2-3 дня.
2. Установочный этап, с которого и начинаются собственно речевые занятия. Проводится конференция, на которой заикающиеся узнают от ранее вылечившихся о положительных результатах лечения и получают стимул к своему излечению.
3. Этап максимального ограничения речевого общения, когда устанавливается режим полного речевого молчания (3—5 дней) и период относительного речевого покоя (7—9 дней). Используются приемы сопряженной и отраженной речи, проводятся упражнения по постановке речевого дыхания, артикуляционная гимнастика.
4. Этап активной перестройки речевых навыков (3-4 недели) предполагает введение речевого режима, происходит работа над диалогом, проводятся беседы на заданные темы и небольшие пересказы на свободные темы.

5. Этап закрепления правильных речевых навыков включает в себя закрепление всех полученных навыков самостоятельной речи в разных жизненных ситуациях.

6. Заключительный этап предусматривает проведение выпускной конференции с участием родителей, врачей, друзей и предполагает ответы на вопросы, декламации стихов, инсценировки и доклады на разные темы, проводимые подростками, проходившими стационарное лечение.

Логопедическая работа может проводиться и в поликлинических условиях. Методика А.Я. Евгенова и М.В. Смирнова предусматривает 3 периода логопедической работы в порядке ее усложнения.

Первый период содержит дыхательные и артикуляторные упражнения, счетную и фразовую зарядки, вопросы и ответы на них, небольшое и несложное сообщение и стихотворение, выученное наизусть. Этот период длится 14 занятий.

Второй период включает в себя чтение, речевую зарядку, изложение прочитанного, рассказы по заданной теме, практику разговорной речи (12 занятий).

Третий период предполагает небольшие доклады заикающихся, работу со стихотворениями, элементы драматизации, групповые и индивидуальные экскурсии, отчеты самих заикающихся о своей работе.

В последнее время значительно возросла необходимость психотерапевтического воздействия при устранении заикания. Этот прием находит свое отражение в методике В.М. Шкловского, воздействие представляет собой комплексную систему лечения, которая продолжается 2-3 месяца и содержит пять этапов.

На подготовительном этапе проводится диагностика и обследование больных невропатологом, дефектологом, психотерапевтом, изучается анамнез, намечается медикаментозное лечение, психотерапевтическая и логопедическая помощь. Этап длится от 10 до 15 дней.

На этапе перестройки патологических речевых навыков проводятся занятия по нормализации дыхания, голоса, вырабатываются речевые эталоны, одновременно с этими видами работы начинается аутогенная тренировка. Затем в бодрствующем состоянии проводится сеанс внушения и начинается активная логопедическая работа. Достигнутые результаты закрепляются во время сеансов самовнушения и гипноза. Речевые занятия должны проводиться не менее 3-4 часов в день.

Сеансы гипнотерапии начинают проводить на 3-4 день после начала занятий по активной тренировке речи. Во время внушения особое внимание обращается на нормализацию эмоционально-волевой сферы и деятельности артикуляционно-голосового аппарата. Дополнительно больные занимаются самовнушением, т.е. представляют себя хорошо говорящими, без заикания. Эти сеансы полезно проводить перед сном.

На этапе закрепления достигнутых результатов проводятся разнообразные тренировки речи больных в разных жизненных обстановках.

Этап диспансеризации и профилактики имеет важное значение и является обязательным при работе с заикающимися людьми.

Санаторно-курортное лечение как заключительный этап работы предусматривает проведение больным различных процедур в условиях санаториев, использование климатобальнеологических воздействий, ЛФК и других физиотерапевтических процедур.

Эффективность преодоления заикания в конце работы включает в себя 2 вида оценки: одна отражает результаты проведенной работы, другая отражает объективную оценку состояния речи заикающихся детей и взрослых.

9. *Ринолалия* — это нарушение тембра голоса и звукопроизношения, возникшее в результате анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата. Тембр голоса при ринолалии приобретает назализованный оттенок.

В зависимости от характера нарушений различают различные формы ринолалии.

Открытая ринолалия — при этой форме ринолалии ротовые звуки приобретают носовой оттенок. Больше всего изменяется произнесение гласных звуков [и], [у], а меньше всего искажается гласный звук [а]. Нарушение тембра отмечается и при произнесении согласных: шипящие и фрикативные сопровождаются хриплыми звуками, которые возникают в ротовой полости, взрывные звуки звучат нечетко, звуки [л] и [р] приобретают ринофонический оттенок.

Чтобы определить эту форму ринолалии, можно использовать обычный фонендоскоп. Логопед вводит одну оливу в нос ребенка, а вторую оставляет в своем ухе и просит ребенка произнести гласные звуки. При их произнесении, особенно [и] и [у], слышится сильный гул.

Открытая ринолалия бывает функциональной и органической.

При функциональной открытой ринолалии подъем мягкого нёба недостаточный при фонации у ребенка со слабой артикуляцией. При этом у ребенка более нарушено произношение гласных звуков, а при произношении согласных смыкание нёба и глотки хорошее. Этот вид ринолалии пропадает в результате комплекса специальных упражнений, а нарушения звукопроизношения исправляются общепринятыми методиками, используемыми при устранении дислалии.

Органическая открытая ринолалия бывает приобретенной и врожденной. Приобретенная форма образуется при параличах мягкого нёба, повреждениях блуждающего или языкоглоточного нерва, ранениях, рубцовых изменениях мягкого нёба.

Обычно причиной врожденной открытой ринолалии является врожденное расщепление мягкого или твердого нёба.

Врожденные расщелины верхней губы бывают полными и неполными (без деформации кожно-хрящевого отдела носа, с его деформацией).

Врожденные расщелины нёба подразделяются на расщелины мягкого нёба (полные, неполные, скрытые); расщелины мягкого и твердого нёба одновременно (полные, неполные, скрытые); полную расщелину альвеолярного

отростка, мягкого и твердого нёба (двустороннюю и одностороннюю); полную расщелину альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба (двустороннюю и одностороннюю).

Детям с такими нарушениями проводятся хирургические операции, им требуются консультации ортодонтотв, стоматологов и других специалистов.

При ринолалии страдает не только звукопроизношение, но и другие стороны речи. Устная речь характеризуется бедностью, как правило, страдает лепетная речь, и речевой аппарат не подготавливается для воспроизведения истинной речи.

Ребенок с ринолалией позднее начинает говорить. Больше других нарушается фонетическая сторона речи. Ребенок компенсирует недостающие движения артикуляционного аппарата другими движениями (высокий подъем языка, напряжение мимических мышц, сдвиг корня языка в сторону). Все ротовые звуки приобретают носовой оттенок. Иногда в процессе речи ребенка слышен характерный щелчок, который образуется при дополнительной артикуляции гортани; свистящие звуки могут произноситься с шипящим фоном и наоборот; звук [р] заменяется на [ы] или совсем не произносится. Носовым звукам сопутствуют храп, свист, шипение и т.д. В целом речь таких детей мало понятна.

Особенности устной речи предполагают нарушения и в письменной речи. У таких детей наблюдаются дисграфические ошибки: дети часто заменяют [б], [п] на [т]; при употреблении гласных могут происходить их пропуски, замены; дети часто смешивают или заменяют свистящие на шипящие, и наоборот; буква [ц] заменяется буквой [с]; смешиваются звонкие и глухие согласные; [р] заменяется на [л], и наоборот.

Дети дошкольного возраста получают логопедическую помощь в детских поликлиниках или в специальных детских садах. Детям школьного возраста целесообразнее посещать специальные речевые школы.

Методики коррекционной работы с детьми с ринолалией

Существует несколько методик. Методика А.Г. Иполлитовой предусматривает начало занятий с детьми в дооперационный период: сочетание артикуляционных и дыхательных упражнений и последовательная отработка звуков. Работа ведется с опорой на сохраненные звуки у ребенка. Методика включает в себя несколько разделов:

- 1) формируется речевое дыхание при дифференцированном выдохе и вдохе;
- 2) формируется длительный выдох через рот, и произносятся без голоса артикулемы гласных звуков и глухих согласных;
- 3) вырабатываются дифференцированные короткие и длительные выдохи через рот и нос при формировании сонорных и аффрикат;
- 4) формируются мягкие звуки.

Методика И.И. Ермаковой предполагает поэтапную коррекцию голоса и звукопроизношения. Специальное внимание уделяется послеоперационному периоду и применению приемов для развития подвижности мягкого нёба.

Большое значение придается психологическому состоянию ребенка.

Система коррекционной работы включает развитие движений мягкого нёба, устранение носового оттенка в речи, постановку звуков и развитие фонематического восприятия.

На первом этапе большое внимание отводится массажу мягкого нёба. Для этого используется логопедический зонд для звука [с]. Логопед осторожно водит его по твердому нёбу вперед-назад. Массаж длится около 2 минут и проводится 2 раза в день на протяжении года.

Дополнительно проводятся занятия по активизации мягкого нёба. Это специальная гимнастика для нёба, в которую входят такие упражнения, как глотание воды небольшими порциями, которое вызывает наибольшее поднятие мягкого нёба; полоскание горла теплой водой небольшими порциями; произвольные покашливания; утрированное произнесение гласных звуков. Эти упражнения полезны как в дооперационный, так и в послеоперационный период.

Работа над дыханием проводится с использованием следующих упражнений: вдох и выдох носом; вдох носом, а выдох через рот; вдох ртом, а выдох через нос; вдох и выдох через рот. Ребенка нужно постоянно контролировать, т.к. ему еще трудно ощущать, как воздух проходит через нос. Можно приближать к носовым ходам вату или полоски бумаги, чтобы ребенок видел, что через нос идет воздух, и из-за этого вата или бумага отклоняются.

Одновременно и дополнительно проводятся упражнения и занятия по развитию речевой моторики. Проводится гимнастика для губ, щек, языка.

В гимнастике для губ и щек можно использовать следующие упражнения: надувание щек попеременно или вместе, втягивание щек, «Улыбка», «Хоботок», поднятие и опускание верхней губы, вибрация губ, удерживание предмета губами и др.

Гимнастика языка предусматривает такие же упражнения, как при дислалии: «Лопаточка», «Иголочка», «Горка», «Грибок», «Качели», «Вкусное варенье», «Чашечка», «Трубочка», «Барабанщик» и другие.

Затем проводятся голосовые упражнения с гласными звуками. Сначала гласные произносятся беззвучно, а затем нужно переходить к их громкому произнесению.

Сначала используются гласные «а», «у», «о», «э». вначале ребенок произносит на одном выдохе по одной гласной, затем постепенно увеличивает их количество. В последующем эти гласные произносятся по два и три: «ау», «ао», «аоэ». При этих упражнениях необходимо постоянно следить за направлением воздушной струи. Иногда логопед может зажимать нос ребенку для более четкого произнесения звука.

Из согласных звуков первым ставится [ф], который произносится вначале изолированно, затем в обратных слогах, затем в прямых слогах. После этого происходит постановка звука [п], затем звука [т]. При постановке звука [т] главное обратить внимание ребенка на осуществление правильного ротового выдоха, во время которого кончик языка прижимается к верхним зубам.

Звук [к] можно поставить по подражанию или механическим путем от звука [т].

Все упражнения повторяют в послеоперационный период. Дополнительно применяют массаж, развивают подвижность мягкого нёба.

Дети с ринолалией обычно посещают специальные детские сады и школы, где с ними проводятся групповые и индивидуальные логопедические занятия.

Логопед должен сотрудничать с семьей ребенка, объяснять, показывать различные упражнения, для того чтобы ребенок постоянно мог упражняться в домашних условиях. Все это способствует лучшей коррекции речи ребенка.

Закрытая ринолалия — этот вид ринолалии образуется, если у ребенка физиологически понижен носовой резонанс. Назальные звуки [м], [н] произносятся как [б], [д]. в речи ребенка отсутствует противопоставление «назальный — неназальный». Речь становится неразборчивой, гласные звуки звучат нарушенно.

Причиной закрытой ринолалии обычно являются органические изменения носового пространства или нарушения нёбно-глоточного смыкания.

М. Зеeman различает два вида закрытой ринолалии: переднюю и заднюю.

При передней закрытой ринолалии происходит непроходимость носовых полостей из-за полипов носовой полости, гипертрофии слизистой носа, искривлений носовой перегородки.

При задней закрытой ринолалии уменьшается носоглоточная полость из-за разрастаний аденоидов, носоглоточных опухолей.

Функциональная закрытая ринолалия не всегда правильно распознается у детей. Она может возникать при хорошей носовой проходимости, носовое дыхание может быть не нарушено. Но при произнесении назальных согласных и гласных тембр может нарушаться. Мягкое нёбо поднимается выше и закрывает доступ воздушной струе к носоглотке.

При органической закрытой ринолалии устраняют причину непроходимости носовой полости, и дефект проходит сам собой. Если же произношение остается нарушенным, то используют те же методы, что и при функциональной ринолалии. Вначале важно научить ребенка отличать назальный тембр от обычного. Затем проводятся дыхательные упражнения, на дифференциацию носового и ротового вдоха и выдоха. После этого дети учатся произносить утрированно звуки [н], [м]. Во время этого ощущается вибрация на крыльях носа. Затем идут упражнения с гласными звуками перед назальными согласными, после чего закрепляется произнесение этих звуков в словах, которые произносятся сильно и протяжно. На заключительном этапе работы происходит отработка звучности гласных звуков и противопоставление согласных звуков по признаку назальности — неназальности.

Некоторые авторы выделяют смешанную ринолалию. При этом нарушении имеется сниженный носовой резонанс при произнесении назальных звуков, и голос носит назализированный оттенок. Причиной этого служит непроходимость носовой полости и недостаточное нёбно-глоточное смыкание органического или функционального характера. После тщательного обследования может быть показана операция. Если операция была произведена, используются коррекционные приемы — такие же, как при открытой ринолалии.

10. *Тахилалия* — патологически ускоренный темп речи. Вместо 10—12 звуков в секунду произносятся 20—30 звуков, но речь не искажается фонетически и синтаксически. При этом наблюдаются расстройства речевого внимания, запинки, повторения, перестановки слогов, слов и тому подобное. Если привлекается внимание к речи говорящего, то больные восстанавливают речь, хотя темп ее все равно остается быстрым.

Нарушения внешней речи дополняются нарушениями чтения, письма и внутренней речи. При письме и чтении имеются замены, перестановки звуков, слогов, слов. Иногда целые слова могут заменяться другими, похожими по написанию или звучанию.

Неречевая симптоматика проявляется в нарушениях общей моторики, психических процессов, эмоционально-волевой сферы или в отклонениях поведения.

У больных с тахилалией движения быстрые, стремительные, эти проявления могут наблюдаться даже во сне; внимание у них неустойчивое, объем зрительной, слуховой и моторной памяти снижен. У ребенка течение мысли опережает ее артикуляцию, дети вспыльчивы и раздражительны.

Часто тахилалия сочетается с другими нарушениями речи, например, такими, как баттаризм и полтерн.

Баттаризм — нарушение речи, выражающееся в неправильном оформлении фразы из-за нарушения речевого внимания или тяжелых расстройств речи. Причинами возникновения можно считать соматические и психогенные факторы.

К ним можно присоединить преобладание процесса возбуждения над процессом торможения, в результате нарушений центральной нервной системы. Рассматривая баттаризм с лингвистической точки зрения, его можно расценивать как расстройство синтаксическое.

Полтерн (спотыкание) — патологически ускоренный темп речи с преобладанием нарушений темпа несудорожного характера. К ним относятся запинки, паузы, спотыкания. Также нарушается общая и речевая моторика. Иногда спотыкания смешивают с заиканием, но у этих нарушений имеются свои различия: при спотыканиях не происходит осознание своего дефекта, а при заикании дети осознают его; при привлечении внимания к речи у детей с тахилалией речь заметно улучшается, а при заикании речь, наоборот, ухудшается; в непринужденном разговоре речь детей с тахилалией ухудшается, а при заикании она улучшается; письмо при тахилалии торопливое, почерк неясный, а при заикании, наоборот, письмо имеет сжатые формы, оно заторможенное.

При спотыканиях речь нечеткая по смысловым высказываниям, носит абстрактный характер. Проявляются аграмматизмы, нарушения синтаксиса; речь невыразительная, захлебывающаяся.

Выделяют несколько групп спотыкания: первая группа сочетается с моторными расстройствами. Преобладает ускоренная речь с отклонениями в артикуляции звуков. Вторая группа сочетается с сенсорными расстройствами. Детям трудно подобрать нужные слова, имеются трудности слухового внимания. Третья группа имеет трудности формулирования речи, хотя у детей имеется необходимый словарный запас. Четвертая группа — дети непосредственно со спотыканием, при которой растягиваются некоторые гласные или в речь вставляются постоянные восклицания, возникающие из-за имеющихся трудностей в выборе слов или общих формулировок речи.

При баттаризме и полтерне нарушения наблюдаются во внешней, внутренней и письменной формах речи. Устную речь отличают излишняя торопливость, пропуски звуков, слогов, слов. Иногда из речи могут выпадать целые предложения. Предложения этих детей отличаются бедностью деталей, они короткие, не связанные между собой. Дополнительно имеются расстройства дыхания, дикции, голоса. Дети как говорят, так и читают: длинные фразы они делят на более короткие, из-за чего теряют смысл прочитанного и не могут запомнить прочитанный текст. При письме наблюдаются внезапные остановки, пропуски, перестановки букв, неверное их написание.

При этих нарушениях страдают обе стороны речи — экспрессивная и импрессивная, нарушены темп, ритм речи, логические ударения; голос слабый, монотонный, иногда с носовым оттенком; нарушено речевое дыхание и речевая моторика; страдает лексико-грамматическая сторона речи; детям трудно подбирать нужные слова для выражения своих мыслей.

Неречевые симптомы при баттаризме и полтерне проявляются в нарушениях общей моторики, внимания, мышления. Речь может сопровождаться сопутствующими движениями лица, рук, тела. Внимание таких детей неу-

стойчиво, им трудно слушать других людей. Мышление отличается нелогичностью. Своего дефекта дети не ощущают.

Обследование таких детей осуществляется комплексно, медиками, педагогами и психологами. Выясняется наличие соматических, инфекционных заболеваний, различных травм, опухолей головного мозга. Дополнительно изучается состояние общей и ручной моторики, мимики, состояние речевой моторики, выполнение разнообразных изолированных движений, их темп; изучается экспрессивная речь, а именно, звукопроизношение, умение переказывать и рассказывать, задавать вопросы и отвечать на них; исследуется темп, ритм речи, ее интонация, голос, его сила и тембр. Письменная речь также подвергается анализу: насколько ребенок умеет списывать текст, писать самостоятельно. Проводятся диктанты на написание слов, слогов, фраз, букв. Отмечается скорость и качество написания.

Особое внимание нужно обращать на состояние лексики, семантики и грамматического строя речи.

На основании проведенного комплексного обследования проводится дифференциация тахилалии от других нарушений и на основании этого — лечебно-педагогическое воздействие.

Это воздействие осуществляется с опорой на связи между различными анализаторами, на связь внешней и внутренней речи.

Могут использоваться элементы психотерапии, например, рациональная психотерапия и аутогенная тренировка. Рациональная психотерапия предусматривает коллективные и индивидуальные беседы, а аутогенные тренировки проводят при появлении первых положительных результатов во время рациональной психотерапии. Сначала пациентов знакомят с понятием аутогенной тренировки, затем они усваивают основные приемы саморегуляции, релаксации, самовнушения.

При тахилалии проводится гимнастика, направленная на воспитание торможения, внимания, умения переключаться с одного движения на другое.

Все упражнения проводятся под счет, мелодичную музыку, спокойно и в плавном темпе.

Преодолению тахилалии способствуют выработка медленного, спокойного и плавного дыхания; медленное и ритмическое чтение; спокойная, плавная речь; внимание к речи окружающих и возможность нормального общения в коллективе в процессе общения, в том числе и речевого.

Методика преодоления тахилалии предусматривает прохождение нескольких этапов.

Первый этап — режим молчания. На этом этапе логопед знакомится с особенностями речи детей на коллективных занятиях и рекомендует им максимально ограничить свое речевое общение дома и вне занятий. Благодаря этому приему дети успокаиваются и настраиваются на занятия с логопедом, которые начинаются с простого речевого материала и включают в себя приемы сопряженной, отраженной речи и ответы на простые вопросы.

Второй этап предусматривает усвоение медленного темпа речи посредством громкого чтения. Вначале логопед показывает образец речи, затем дети читают сопряженно, отраженно или по очереди. Проводится самостоятельная подгрупповая или индивидуальная работа детей. Дети под руководством одного из занимающихся добиваются слитной речи, которая произносится и отрабатывается в замедленном темпе. В конце этого этапа подводятся итоги в группе и дома.

Третий этап работы предполагает редактирование высказываний. Используются точные пересказы прочитанного с планом или без плана, дети упражняются в произнесении одной и той же фразы в разных редакциях.

Четвертый этап: на этом этапе происходит работа над коллективным рассказом. Дети слушают рассказ своего товарища, в любой момент логопед может прервать говорящего и попросить другого ребенка продолжить рассказ. Вводится медленное чтение про себя, которое дисциплинирует детей. Можно использовать приемы сопряженного чтения, чтения под такт, запись и последующее прослушивание речи, записанной на магнитофон. В это

время дополнительно проводят тренировки вне занятий, на улице, в магазине, где дети учатся общаться с людьми в правильном и замедленном темпе. Дети готовят речевой материал заранее, репетируют на занятиях и дома.

Пятый этап является заключительным и готовит детей к публичному выступлению. Речевой материал подбирается строго индивидуально. Выступление отрабатывается на индивидуальных, коллективных занятиях; выступление записывается на магнитофон, затем прослушивается, анализируется по всем проявлениям.

Курс лечения продолжается 2-3 месяца. После его окончания логопед дает установку на самостоятельное закрепление полученных навыков речи.

При работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста рекомендуются методики, которые используются при устранении заикания, с учетом особенностей проявления тахилалии.

Дополнительно используется логопедическая ритмика, при этом ритмические нагрузки возрастают постепенно. Занятия включают дыхательные, голосовые упражнения, упражнения, улучшающие моторную память, координацию движений, активизирующие внимание. Используются пение, слушание музыки, игровые упражнения.

Курс логопедической работы с детьми младшего возраста и дошкольниками продолжается несколько дольше и составляет от 6 месяцев до 1 года.

Логопедическая работа по преодолению баттаризма и полтерна предполагает прежде всего формирование конкретных понятий и их правильное словесное выражение. Для этого рекомендуется работа не над отдельными элементами речи, а над целостными речевыми продуктами, а именно, пересказами, диалогами, подготовленными рассказами, докладами. Обязательно нужно фиксировать внимание ребенка на речи. Необходимо воспитывать логическое мышление в различных заданиях: разложить сюжетные картинки в нужном порядке, убрать лишнюю, объединить по какому-либо признаку.

Для преодоления нарушений внутренней речи сначала происходит высказывание с помощью сюжетных картинок, дополнительных вопросов, за-

тем самостоятельно. Составляется план пересказа, текст записывается, затем читается, и ребенок пересказывает его по памяти.

Для развития слухового внимания используются магнитофонные записи, когда ребенок одновременно может слушать текст и читать его.

Для того чтобы воспитать правильный темп речи, речь можно произносить вначале по слогам или при ритмичном отстукивании. После коррекционной работы обязательно проводятся закрепляющие упражнения дома. Работа по преодолению баттаризма и полтерна часто является профилактикой заикания.

Глава 6

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР)

Причины возникновения задержки психического развития

К.С. Лебединской в 1980 г. был предложен свой вариант классификации ЗПР. В основу данной классификации легла этиопатогенетическая систематика. Выделяют 4 основных типа ЗПР:

- ◆ конституционального характера;
- ◆ соматогенного характера;
- ◆ психогенного характера;
- ◆ церебрально-органического характера.

Все 4 типа имеют свои особенности. Отличительная черта данных типов состоит в их эмоциональной незрелости и нарушении познавательной деятельности. Кроме того, нередко могут возникать осложнения в соматической и неврологической сферах, но основное отличие — в особенности и характере соотношений двух важных составляющих этой аномалии развития: структуры инфантилизма и особенностей развития всех психических функций.

ЗПР конституционального происхождения

При этом виде задержки психического развития эмоционально-волевая сфера ребенка находится на более раннем этапе физического и психического становления. Наблюдается преобладание игровой мотивации поведения, поверхностность представлений, легкая внушаемость. У таких детей даже при обучении в общеобразовательной школе сохраняется приоритет игровых интересов. При этой форме ЗПР гармонический инфантилизм можно считать главной формой психического инфантилизма, при которой наиболее ярко выражено недоразвитие в эмоционально-волевой сфере. Ученые отмечают, что гармонический инфантилизм нередко можно встретить у близнецов, это может указывать на связь данной патологии с развитием многоплодности. Обу-

чение детей с данным типом ЗПР должно происходить в специальной коррекционной школе.

ЗПР соматогенного происхождения

Причинами данного типа задержки психического развития являются различные хронические заболевания, инфекции, детские неврозы, врожденные и приобретенные пороки развития соматической системы. При этой форме ЗПР у детей может присутствовать стойкое астеническое проявление, которое снижает не только физический статус, но и психологическое равновесие ребенка. Детям присуща боязливость, стеснительность, неуверенность в себе. Дети этой категории ЗПР мало общаются со сверстниками из-за опеки родителей, которые стараются оградить своих детей от лишнего, на их взгляд, общения, поэтому у них занижен порог межличностных связей. При этом виде ЗПР дети нуждаются в лечении в специальных санаториях. Дальнейшее становление и обучение этих детей зависит от их состояния здоровья.

ЗПР психогенного характера

Центральным ядром данной формы задержки психического развития является семейное неблагополучие (неблагополучная или неполная семья, различного рода психические травмы). Если с раннего возраста на психику ребенка оказывалось травмирующее влияние неблагоприятных социальных условий, то это может привести к серьезному нарушению в нервно-психической деятельности ребенка и, как следствие, к сдвигам вегетативных функций, а следом и психических. В этом случае можно говорить об аномалии в развитии личности. Данную форму ЗПР нужно правильно дифференцировать от педагогической запущенности, которая патологическим состоянием не характеризуется, а возникает на фоне недостатка знаний, умений и интеллектуального недоразвития.

ЗПР церебрально-органического происхождения

Этот тип задержки психического развития встречается чаще других. Часто обладает яркостью и стойкостью нарушений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности ребенка. У этой категории детей преоб-

ладает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы. На этот вид ЗПР могут оказать свое патологическое влияние токсикозы беременных, инфекционные заболевания, травмы, резус-конфликт и т.п. Дети с этим видом ЗПР характеризуются эмоционально-волевой незрелостью.

Психофизическая характеристика детей с ЗПР

В данное время внимание многих специалистов из областей педагогики, психологии и медицины привлекают дети с не сильно выраженными основами интеллектуальной недостаточности, которая наиболее заметно начинает бросаться в глаза, когда дети поступают в общеобразовательные школы.

При обследовании таких детей выяснилось, что основной причиной их неуспеваемости и отклонений в поведении являются небольшие органические поражения в головном мозге. В связи с этим, такие психические функции, как речь, мышление, восприятие, эмоции, память и т.п. формируются не только позже, но и несколько иначе.

Если сравнить детей нормально развивающихся с этой категорией детей, то у вторых отмечается низкий уровень восприятия (данные Б.И. Белого, П.Б. Шошина). Представление об окружающем мире они способны получить только на основе понимания и ощущения свойств предметов. Дети с ЗПР значительно менее способны принять и переработать поступающую к ним через органы чувств информацию. К особенностям восприятия относится и неспособность ребенка найти необходимую вещь, если он заведомо не знает, где она находится. Такие дети страдают недостатком пространственного восприятия и недостатками в мыслительной деятельности. Для детей с ЗПР представляет трудность целостное восприятие. Детям этой категории с большим трудом удастся или вообще не удастся вычленить отдельную часть из общего объекта, дорисовать, достроить объект.

Исследования Шошина П.Б. показали, что на быстроту восприятия этой категории детей влияет любое отклонение от их привычных условий жизни. Например, им трудно быстро определить предмет и его свойства, если

этот предмет стоит не так, как они привыкли, такое же действие может оказать плохая освещенность либо одновременная подача нескольких сигналов. Некоторые исследователи отмечают трудности детей с задержкой психического развития в ориентации влево и вправо, а также то, что у этой категории детей целенаправленность и поэтапность в обследовании предмета отсутствуют, их действия при этом импульсивны и непоследовательны (Л. В. Кузнецова).

У детей с задержкой психического развития страдает процесс сложно-логического мышления. Наглядно-действенное мышление у них протекает почти наравне с нормально развивающимися детьми. Наглядно-образное мышление доступно не всем детям, в этой категории есть дети, которые лучше справляются с заданием, а есть те, которые не могут в полном объеме его выполнить.

К первому классу дети с ЗПР испытывают трудности в сформированности словесно-логического уровня. Дети не понимают, что в задании главное, что второстепенное. В этом контексте понимания главное для них — речевое наглядно-образное мышление, а не конкретно-понятийное. Эта категория детей отличается еще и инертностью мышления.

По данным некоторых исследователей, у детей с задержкой психического развития особенно выражена низкая речевая активность, несформированность речи и, как следствие, ее отставание. Словарный запас этой категории детей ограничен. У детей недостаточно сформирована сторона фонематического слуха: им трудно различить фонемы. Для этой категории детей характерны также затруднения в логико-грамматическом составе речи. По данным некоторых исследователей, при письме отмечается параграфия (пропуски букв, их перестановки и замены), имеются трудности в ориентации на листе, иногда встречается зеркальность в написании.

Дети этого вида дефицитарного развития характеризуются эмоциональной нестойкостью, эффективностью (возбудимостью) поведения, неустойчивостью волевых установок, вялостью, апатичностью либо, наоборот, двига-

тельной неограниченностью. Отсутствие самостоятельности, наивности, внушаемости у таких детей сочетается с эмоционально-волевой незрелостью.

У таких детей иногда эмоциональные вспышки носят характер ярко выраженных двигательных и вегетативных реакций. Такого ребенка трудно привести в норму. Это состояние довольно стойкое, причем, у некоторых детей после конфликта сохраняется желание мстить (исследования К.С. Лебединской и др.).

У некоторых детей встречается, напротив, эйфорический фон настроения. Они дурашливы, смешливы, двигательны активны (исследования К.С. Лебединской и др.).

При психопатоподобных состояниях встречаются негативистические проявления, выраженные в повышенной сексуальности, склонности к воровству, бродяжничеству и т.п.

По данным ряда зарубежных исследователей, к главным особенностям личности детей этой группы дефицитарного развития относятся нестойкие эмоциональные процессы, трудности освоения в новом коллективе, частые смены настроения. Детям с недоразвитием эмоционально-волевой сферы неинтересны предлагаемые задания или какая-либо работа, у них отмечается слабость механизмов побуждения к деятельности, нечеткость выполняемой работы, нет четкого плана действий. В связи с этим наблюдается низкий уровень интеллектуальной деятельности.

Особенности диагностики детей с ЗПР

Одной из основных психолого-педагогических проблем является диагностика детей с трудностями в обучении.

Дети с задержкой психического развития, пришедшие в школу, начинают испытывать трудности в обучении. У них недостает сформированности некоторых психических функций, умений, навыков, они не успевают за другими учениками, т.к. им не хватает знаний для усвоения даваемого в общеоб-

разовательной школе материала. Такие дети без специальной помощи не смогут овладеть общешкольным материалом.

От обычных детей ребенка с ЗПР можно отличить по некоторым особенностям.

1. Дети с такими отклонениями в психическом развитии очень быстро утомляются, не могут усваивать данный объем работы, у них занижен уровень работоспособности.

2. Детям с ЗПР трудно принимать и обрабатывать (анализировать) информацию, которая идет от учителя. Для более полного восприятия ему необходимо опираться на наглядные пособия. Трудности возникают и при мыслительной деятельности, т.к. словесно-логическое мышление неразвито.

3. Дети этой категории испытывают трудности с общепринятыми в школе формами поведения. Они часто задираются, дерутся со сверстниками, не воспринимают школьные правила. Детям с ЗПР сюжетно-ролевые игры недоступны, но ради того, чтобы уйти от трудных заданий, они могут с удовольствием поиграть в более простые игры.

4. Детям с ЗПР трудно организовывать свою деятельность.

5. Обучение по программе общеобразовательной школы для них неприемлемо, т.к. их психическое развитие находится на более раннем уровне. Поэтому учителю необходимо понаблюдать за такими детьми, для правильной дифференциации, быть очень терпеливым, чтобы не отправить в специальный класс детей с нормальным развитием.

У детей с ЗПР психическое недоразвитие ярко выражено в снижении обучаемости. Но если таким детям оказать вовремя специальную коррекционно-педагогическую помощь, они в состоянии будут догнать своих нормально развивающихся сверстников.

Ученые сходятся во мнении, что диагностику нужно проводить в психолого-педагогическом аспекте. Не у всех детей этой категории выражен неврологический статус, но в то же время имеются некоторые признаки, напоминающие легкую дебильность. Однако неврологическая симптоматика оста-

точного характера быть главной в диагностике ЗПР не может, т.к. она может быть похожа на симптоматику у нормально развивающихся детей при некоторых перенесенных заболеваниях. В этом случае лучше проводить диагностику в психолого-педагогическом плане. При диагностике задержки психического развития нужно обратить внимание на то, как ребенок выполняет задание самостоятельно и как ему это удастся сделать при помощи взрослого. Дети такой категории справляются с заданием при содействии учителя намного быстрее и эффективнее, это отличает их от умственно отсталых детей, и при диагностике на этот факт следует обратить внимание.

Если главным признаком является недостаток памяти, внимания, перехода и скорости психических процессов, то ставится диагноз ЗПР (Т.В. Егорова).

Но некоторым детям окончательно диагноз можно поставить только после психолого-педагогического наблюдения во время обучения в младших классах общеобразовательной школы.

Также к одной из ступеней диагностики можно отнести значительно низкий уровень игровой деятельности (в отличие от сверстников). Им не под силу сюжетно-ролевые игры, они не способны выбрать тему без вмешательства взрослых, в сюжетно-ролевой игре они не могут распределить роли. Возникают трудности и с соответствием плану игры (сценарию).

Но если детей с ЗПР сравнить с умственно отсталыми детьми, то увидим, что дети с ЗПР всегда адекватны в своих действиях и с какой-либо игрушкой играют в соответствии с ее назначением.

Прогноз и эффективность педагогического воздействия на детей с ЗПР

Прогностические данные при задержке психического развития зависят от клинической картины ЗПР. Т.А. Власова отмечает, что наличие стабильности ЗПР «различно в зависимости от того, лежат ли в их основе эмоциональная незрелость (психический инфантилизм), низкий психический тонус (дли-

тельная астения) либо нарушение познавательной деятельности, связанные со слабостью памяти, внимания, подвижности психических процессов, дефицитностью отдельных корковых функций» (Астанов В.М. Хрестоматия: Дети с нарушениями развития. М., 1995). Как известно, задержка психического развития проявляется в недостатке функций в рамках интеллектуальной деятельности. В ее основе лежат нарушения в сфере психического развития вследствие тех или иных причин (инфекционные заболевания, травмы и т.д.). Поэтому, чтобы помощь ребенку оказывалась в правильном направлении, очень важно верно дифференцировать данный диагноз от других форм интеллектуальной недостаточности. Данные выводов наших исследователей показывают, что детям с задержкой психического развития во всех ее клинических проявлениях можно помочь при определенной коррекционно-педагогической работе с ними (Астанов В.М. Хрестоматия: Дети с нарушениями развития. М., 1995).

Для этой категории детей создаются специальные коррекционные школы VII вида. Поступление детей в данные школы возможно только при наличии заключения психолого-медико-педагогической комиссии и с согласия родителей либо опекунов ребенка. Прием детей по возрасту происходит таким образом: если ребенок до поступления в коррекционную школу обучался в массовой школе с 6-летнего возраста, то он принимается в 1-й класс данной школы, а если с 7 лет пошел в общеобразовательную школу, то зачисляется во 2-й класс коррекционного учреждения. Если же ребенок показывает неспособность к освоению программы массовой школы и не обучался в ней, то он зачисляется в 1-й класс коррекционной школы данного вида с 7-летнего возраста со сроком обучения 4 года, а с 6 лет дети идут в класс подготовки со сроком обучения 5 лет. Для более успешной работы преподавателя в классе должно быть не более 12 человек.

В ходе коррекционно-педагогической работы детям с задержкой психического развития должна оказываться помощь в познании окружающего мира. Преподавателю необходимо индивидуально подходить к каждому

ученику, чтобы понять, где его слабое место, и затем еще раз объяснить, показать и донести до ученика непонятый им материал. Также учителю необходимо учитывать время работоспособности детей, зачастую утомление наступает очень быстро и, как следствие, материал ими усвоен в полном объеме не будет.

В данных школах дети обучаются по базовым учебным предметам — таким, как развитие речи, русский язык, математика, ритмика, труд — и предметам, предусматривающим знакомство с окружающим миром.

Кроме учебной коррекционной работы проводится и лечебно-профилактическая работа с данными детьми. Она включает различные лечебно-физкультурные занятия.

Вся учебно-воспитательная работа в данной школе должна основываться на принципах коррекционной педагогики и понимании первопричины отклонений в психическом развитии у этих детей, должна обеспечиваться подготовка в личностно-развивающей сфере ребенка. При правильно организованном подходе к каждому ребенку такие дети способны на значительный прогресс в знаниях, умениях и навыках. (А.Д. Гонеев, Н.И. Лифинцева, Н.В. Ялпаева. Основы коррекционной подготовки. М., 1999).

Положительная динамика дает возможность детям нормально адаптироваться в обществе.

Глава 7

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ (РДА)

Одним из первых, кто описал ранний детский аутизм, был Л. Каннер (1943 г.). Он обобщил основные проявления и выделил их в самостоятельное заболевание, поэтому РДА называется синдромом Каннера, а более легкие его формы носят название синдрома Аспергера, по имени автора, впервые их описавшего.

РДА — это совокупность нескольких видов проявлений, в число которых входят аутизм, различные аффективные проявления, агрессия.

Дифференциальная диагностика РДА

Обычно диагностика РДА представляет определенные трудности, т.к. этот вид нарушения имеет много общего с другими заболеваниями. РДА следует отграничивать от невропатии, умственной отсталости, нарушений психического развития при поражениях мозга, глухоты, детского церебрального паралича.

У детей с невропатией понижен физический, моторный и психический тонус. У них наблюдается повышенная чувствительность к оценке их поведения; они боязливы, иногда плохо переносят смену обстановки. Эти симптомы схожи с поведением аутичных детей. При невропатии может наблюдаться смена настроения: ребенок то капризен и раздражителен, то вял и апатичен. Эти симптомы появляются в результате нарушений сна, пищеварения, пребывания в душном помещении или на жаре. У детей с невропатией часто нарушены механизмы сосания, глотания, что обусловлено повышенной рефлекторной возбудимостью.

Детям с невропатией присущи такие двигательные стереотипы, как тики, которые качественно отличаются от странных движений при РДА. На контакт дети с невропатией идут охотно, если от взрослых или их сверстников не исходит опасность или агрессия. Их страхи хотя и несколько преувеличены, но всегда адекватны и актуальны для определенного момента.

Нередко дети отрицательно реагируют на какую-либо перемену обстановки, но эта реакция. Если ситуация меняется на более комфортную, дети с невропатией воспринимают ее положительно. В игре дети с невропатией, в отличие от детей с РДА, охотно подражают другим. Их речь внятная, отсутствуют аграмматизмы, эхолалия. Дети с невропатией охотно отзываются на ласку.

Детей с РДА следует отличать от умственно отсталых детей. За умственную отсталость при РДА может приниматься отсутствие реакции на мать, на людей вообще, позже — отсутствие речи, навыков самообслуживания, игры. Но следует учесть, что у умственно отсталого ребенка имеется зрительный контакт, потребность в еде, тепле. Что касается моторики, то у этих детей наблюдается адиагностика или двигательная расторможенность.

У детей с умственной отсталостью меньше нарушены контакты, они испытывают адекватный страх перед темнотой, собакой и т.д.

При умственной отсталости двигательная сфера развивается раньше, чем интеллектуальная, а при РДА интеллектуальные возможности ребенка часто опережают созревание моторной сферы.

Иногда даже по одним только внешним признакам можно отличить умственно отсталого ребенка от детей с РДА. Дети с умственной отсталостью, как правило, имеют органические дисплазии туловища и головы, а дети с РДА — тонкие черты лица и общий астенический облик.

РДА следует дифференцировать с психическими нарушениями на почве органических поражений головного мозга. В последнем случае наблюдается психомоторная возбудимость, неустойчивость внимания, настроения, иногда агрессивность. Эти явления могут присутствовать и у детей с РДА. Но у детей с поражением центральной нервной системы нет самого аутизма. Им, наоборот, присуща назойливость, навязчивость. Явления возбудимости нередко сменяются гиподинамией. У таких детей слабая память, психическая истощаемость. В речи у детей с органическим поражением центральной

нервной системы нет неологизмов, манерности интонации, явлений эхолалии.

Если ребенок с РДА не произносит слова, не выполняет словесных инструкций, как будто не понимает речь, то возникает вопрос отграничения РДА от речевых патологий — алалии или дизартрии. Главным признаком истинных речевых нарушений является то, что дети привлекают к себе внимание с помощью жестов, мимики, напряженно смотрят в лицо собеседника, издают различные возгласы. У детей с РДА такого не наблюдается. У них, в отличие от детей с речевыми нарушениями, присутствуют явления эхолалии и своеобразная интонация.

Иногда необходимо дифференцировать РДА и глухоту. В первые годы жизни ребенок с РДА может производить впечатление глухого, т.к. он не отзывается, когда его зовут, и не оборачивается на источник звука. В этих случаях необходимо провести аудиометрию и полагаться на ее результаты. Но существуют признаки, которые свойственны детям с РДА: в значимой ситуации такие дети могут услышать даже самый тихий шепот, плакать и возбуждаться при громких пугающих звуках. Глухие дети ищут глазами губы собеседника, чтобы понять его речь, а детям с РДА это несвойственно.

На ранних этапах развития нужно отличать детей с РДА от детей с детским церебральным параличом (ДЦП). В клинической картине РДА присутствуют двигательные расстройства, а при ДЦП имеют место различные аутистические проявления. Двигательные расстройства в обоих этих случаях проявляются в нарушениях тонуса, недоразвитии синхронности движений рук и ног при ходьбе, нарушениях мимических движений, которые близки к речи. При ДЦП для речи ребенка характерны дизартрические нарушения, т.к. нарушен сам артикуляционный аппарат, а при РДА дети могут имитировать невнятность речи в результате отсутствия у них коммуникации. При аффективно значимых ситуациях дети с РДА говорят четко и внятно. Детям с ДЦП свойственны нарушения звукопроизношения, сочетание их с нарушениями глотания и дыхания. Дети с РДА склонны к неологизмам, различиям в речи.

У детей с РДА и ДЦП имеются нарушения в пространственной ориентировке. Дети с РДА страдают недостаточной произвольностью внимания, страхом перед окружающим. У детей с ДЦП имеются нарушения пространственного гнозиса и двигательные расстройства: детям трудно повернуть голову, у них ограничено поле зрения.

У детей с ДЦП из-за ограниченных двигательных функций при игре обычно страдает ее техническая сторона. Им присущи монотонность и инертность, отсутствие выдумки и самостоятельности, т.к. у таких детей наблюдается органическая задержка психического развития. У детей с РДА уровень игры полностью зависит от ее значимости.

Детям обеих групп свойственны невротоподобные и невротические состояния. Обычно дети с ДЦП боятся своей физической неполноценности, а детей с РДА страшит все новое, любая перемена обстановки. Детям с этими заболеваниями присущ комплекс неполноценности. Но для детей с ДЦП он выражается в физической слабости, а для детей с РДА — обычно в психической.

Проявления непосредственно аутизма наблюдаются при ДЦП как вторичный признак и как компенсация ухода от объективных трудностей в свой мир.

Характерное раннее формирование речи у детей с РДА несвойственно детям с ДЦП. Формирование моторной сферы запаздывает и у тех и у других.

Особенно трудно дифференцировать эти два заболевания, если ДЦП имеет легкую форму.

Проявления РДА на ранних этапах развития ребенка

Отдельные проявления РДА видны уже в раннем возрасте. У грудных детей не наблюдается «комплекс оживления» при контакте с матерью, который свойственен здоровым детям. Они не улыбаются, если видят родителей, могут не реагировать на какие-то внешние раздражители, что может приниматься за нарушение работы органов чувств.

Такие дети мало спят; их сон прерывистый, беспокойный, неглубокий. У детей с РДА может отсутствовать чувство голода, быть сниженным аппетит. Они бывают избирательны в еде, порой беспричинно плачут и беспокоятся.

Дети с РДА часто бывают равнодушными к своим близким, не реагируют эмоционально на их появление или уход, иногда словно не замечают их присутствия. Нередко у детей как бы отсутствует умение различать одушевленные и неодушевленные предметы.

Но если привычная окружающая обстановка изменяется (появление новой игрушки, изменение времени кормления или прогулки), ребенок может очень бурно реагировать на это. Плач может не прекращаться до тех пор, пока режимные моменты не будут восстановлены или пока не уберут новую игрушку или иную вещь. У детей с РДА страх новизны выражен особенно сильно.

Поведение детей с этим синдромом, как правило, однообразно. Они часами совершают одни и те же действия, которые отдаленно могут напоминать игру: наливают и выливают воду из посуды, переключают с одного места на другое различные предметы, которые обычно не имеют игровой направленности (веревки, бумажки, катушки).

Дети с РДА осознанно стремятся к одиночеству. Они чувствуют себя лучше, когда остаются одни. Контакты с матерью могут быть различными. Дети могут относиться к ней индифферентно, т.е. не реагировать на ее присутствие или отсутствие, а могут гнать ее от себя. Также существует симбиотическая форма контактов, когда ребенок не может долго находиться без матери, тревожится, если ее нет, но вместе с тем никогда не проявляет к ней никакой ласки.

Для детей с РДА характерны нарушения двигательной сферы. У них неуверенная ходьба, слабая дифференцированность мелкой моторики, неуклюжая походка. Часто отсутствуют содружественные движения, а уже на

втором году жизни ребенка появляются комплексы стереотипных движений, подпрыгивания, потряхивание кистями рук, вращения вокруг себя.

Уже на ранних этапах развития дети с РДА проявляют страхи перед чем-то новым и непривычным. Нередко трудности возникают при попытках введения прикорма. Ребенок активно сопротивляется новым видам питания, а позже он становится избирателен в еде. Он может отказываться от определенных продуктов, реагируя на изменения пищи или режима плачем или криком.

Речь для детей с РДА часто не представляет интереса. Аутичный ребенок не фиксирует взгляда на говорящем, не отзывается на обращение. Речь не носит для него регулирующей функции. Поэтому важно на ранних этапах развития ребенка уметь отличить это состояние от глухоты. Лепет может появиться вовремя, к 3—4 месяцам, как и у здоровых детей. У некоторых детей с РДА лепет может отсутствовать совсем или быть слабо выраженным. Дети сразу от гуления переходят к произнесению слов. Первые слова могут появиться даже раньше положенного срока, однако у этих слов не будет смысловой соотнесенности. Дети произносят эти слова как бы в никуда, не обращаясь ни к кому конкретно. Словарный запас обычно не накапливается. Новые слова появляются вместо ранее запомненных. В речи детей часто присутствуют явления эхолалии, неологизмы.

У здоровых детей 3-6-месячного возраста ведущим видом деятельности становится игра: дети тянутся к игрушкам, хватают их, тянут в рот. У детей с РДА в этом возрасте игры не бывает вообще, или они совершают длительные манипуляции лишь с одной, хорошо знакомой игрушкой. Позже аутичные дети отдают предпочтение неигровым предметам: пуговицам, крышкам от кастрюль, гвоздям, газетам, песку и воде. Дети обращаются к тем предметам, которые дают им более ощутимый сенсорный эффект.

Дети с РДА имеют свои особенности формирования витальных функций и аффективной сферы. Такие дети могут быть гиповозбудимыми. Они вяло сосут грудь, не реагируют на физические неудобства: холод, голод, мо-

крые пеленки, — слабо реагируют на попытки взять их на руки. Отмечается малая двигательная активность. Такие дети могут часами сидеть в одной и той же позе, не меняя ее. Ходить они начинают поздно. Дети, у которых отмечается гиперактивность, обычно плохо засыпают и спят. Они беспокойны, тревожны, подвержены частым переменам настроения. Иногда смена настроения детей связана с погодными явлениями. Часто дети проявляют агрессию по отношению к самим себе. Второй вид гиперактивности при РДА носит психопато-подобную направленность. Такие дети уже с рождения двигательны беспокойны, крикливы, имеют проблемы со сном. Часто наблюдается агрессия по отношению к близким. Таким детям нередко свойственны истерики.

Навыки самообслуживания у большинства аутичных детей формируются вовремя.

Главным расстройством при синдроме Капера является аутизм. Дети первых месяцев жизни не фиксируют свой взгляд на глазах человека. Взгляд таких детей характеризуется как «застывший и неподвижный». Улыбка никогда не обращена. Дети не отвечают на попытки взять их на руки, ощущается напряжение при попытках прикоснуться к ним или взять их на руки. Иногда же дети охотно идут на руки ко всем.

Уже на 1-м году жизни появляется отгороженность детей с РДА от людей и окружающего мира в целом: дети индифферентно относятся ко всему окружающему.

Особенности психического развития детей с РДА

Развитие речи происходит по-разному. У одних детей речь появляется раньше, чем у здоровых, а у других речевое развитие задерживается. Но независимо от сроков появления речи выявляются нарушения формирования экспрессивной речи и существует недостаточность коммуникативной функции речи. До 5-6 лет дети могут не обращаться ко взрослым с вопросами, часто сами не отвечают на вопросы, которые им задают, или дают на них одно-

сложные ответы. Одновременно с этим можно отметить достаточно развитую «автономную речь», разговор с самим собой. Для детей с РДА характерны явления эхолалии. Они могут быть непосредственными и оставленными во времени. К этим проявлениям добавляются присутствие в речи неологизмов, скандированное произношение фраз, протяжная интонация. Иногда дети рифмуют слова, часто применяют по отношению к себе местоимения и глаголы во втором и третьем лице. Речь может быть примитивной и одновременно содержать сложные обороты и выражения.

Дети довольно рано проявляют интерес к слушанию чтения, особенно стихов. Аутичные дети очень легко запоминают стихи. Если при воспроизведении стихов взрослый нечаянно или специально пропускает какую-либо строчку, дети протестуют и даже плачут. Пристрастие таких детей к стихам объясняется наличием в них ритмичности.

У некоторых детей могут наблюдаться нарушения звукопроизношения; речь их часто невнятна, скомканна, произносятся лишь отдельные звуки из слова. К школьному возрасту явления эхолалии обычно исчезают. У части детей коммуникативная функция речи улучшается. Дети начинают отвечать на вопросы, а затем говорить спонтанно, хотя еще долгое время сохраняется «автономная речь», вычурность речи, употребление недетских выражений, заимствованных из речи взрослых. Позже дети задают необычные вопросы, иногда имеющие сверхценный характер.

Интеллект при РДА имеет свои особенности. Некоторыми исследователями установлено, что у большинства этих детей наблюдается отставание в интеллектуальном плане, у некоторых интеллект сохраняется. Считается, что нарушение познавательной деятельности является вторичным результатом поведения этих детей, которое в значительной мере препятствует формированию интеллектуальных функций. У детей с РДА часто возникает интерес к форме, цвету различных предметов, при отсутствии интереса к его обычному, функциональному значению. Часто у детей отмечается хорошая механическая слуховая и зрительная память. Они могут запоминать длинные куски

текста, стихов, газетных статей. У отрешенных детей необычно хорошо развита пространственная ориентация. Запас знаний этих детей несколько снижен. Аутичные дети мыслят шаблонно, стереотипно. Предметная деятельность у этих детей грубо нарушена. У ребенка рано развивается абстрактно-логическая сторона интеллекта и запаздывает конкретно-практическая сторона.

Эти дети склонны к патологическому фантазированию. В их фантазиях переплетаются когда-то услышанные сказки, увиденные фильмы, смешиваются реальные и вымышленные события. Фантазии обычно ярко окрашены и образны. Нередко эти фантазии отличаются повышенной агрессивностью. Дети долго могут рассказывать о мертвецах, скелетах, убийствах. Часто дети приписывают себе отрицательные черты придуманных героев. В школьном возрасте дети нередко пишут стихи, рассказы о событиях, которые якобы произошли с ними. Они привязываются к тем людям, которые слушают их рассказы и не мешают их фантазированию. Обычно это случайные, малознакомые люди. Аутистические фантазии также оторваны от реальности. Ребенок может считать себя каким-либо животным — зайчиком, собачкой. В этих случаях он требует кормить его по-особому, может ложиться спать на полу и т.д. Посредством этих фантазий ребенок может пытаться изжить свои страхи и чувство собственной неполноценности.

Учеба для таких детей не становится ведущим видом деятельности. При сохраняющейся или несколько ослабленной способности к усвоению знаний у них наблюдаются признаки нарушения мышления. Ассоциативный процесс хаотичен. Интеллектуальная деятельность имеет аутистическую направленность. Игры и фантазии обычно далеки от реальности. Как правило, они монотонны. По мнению В. В. Лебединского, интеллект страдает больше при выполнении заданий, требующих социальной компетенции. Имея значительные знания в отвлеченных областях, дети с РДА затрудняются в простых житейских ситуациях, требующих интуиции и опыта. Часто дети отдают предпочтение заданиям, которые требуют стереотипных реше-

ний, — составлению схем движения транспорта, чертежам различных таблиц.

У детей с РДА часто наблюдаются различные страхи. Настроение обычно носит тревожный фон. Дети боятся отдельных лиц, предметов, шума бытовых предметов, яркого света и цвета, различных явлений природы. У аутичных детей наиболее частые страхи — это страхи, связанные с изменением привычной обстановки и с неожиданными раздражителями. У них, как правило, отсутствует страх темноты, что говорит о связи этого феномена с типичными для РДА поисками комфортной обстановки без сенсорных раздражителей. Обычно страхи привязаны к какой-то психотравмирующей ситуации из реального прошлого ребенка. Иногда такие страхи остаются на долгие годы. Со временем страхи теряют свою связь с травмирующей ситуацией и порой приобретают причудливый и непонятный характер.

Для моторики таких детей характерна вычурность мимики, всех движений, позы. Очень часто дети ходят на цыпочках. Движения часто лишены пластичности, они неуклюжи и угловаты, плохо координированы. Может наблюдаться гипертонус или гипотонус мышц. Двигательной сфере присущи стереотипы. Обычно задерживается формирование элементарных навыков самообслуживания (еда, одевание, раздевание, умывание). Мимика детей бедная, маловыразительная.

Существуют определенные особенности зрительного и слухового восприятия. Дети уже на ранних этапах развития не фиксируют свой взгляд на предметах, а смотрят «сквозь» них. Часто такие дети подолгу могут рассматривать свои пальцы, перебирать ими около лица. Иногда у ребенка наблюдаются явления гипертензии: ребенок боится яркого света, ярко одетых людей.

Слуховое восприятие тоже имеет свои особенности. Аутичные дети, в отличие от здоровых, могут не реагировать на слуховые раздражители. Обычно они лучше реагируют на тихие звуки и не воспринимают громкие. Многие педагоги отмечают у детей с РДА любовь к музыке. Иногда только музыка помогает родителям корректировать поведение ребенка.

Одной из специфических особенностей детей с РДА является отсутствие уже с раннего возраста зрительного контакта с окружающими. Дети смотрят «сквозь» окружающие объекты или людей. Они могут сосредоточить свое внимание на ярком пятне, узорах на стене, листьях деревьев и т.д. Многих аутичных детей привлекают движущиеся предметы. Как аффективно-положительные сенсорные раздражители у детей выступают цвет, форма, размер или движение предмета. Сам предмет в целом и его соотношенность с окружающим они не воспринимают. Иногда гиперсензитивность может приводить к иллюзорным расстройствам. Часто дети не реагируют на произносимые звуки.

Основными расстройствами при РДА являются аутизм и аффективные расстройства. Дети с этим синдромом активно стремятся к одиночеству. Они постоянно пытаются воспроизводить одни и те же стереотипные действия, которые вызывают у них приятные ощущения. Аффективные механизмы произвольного сосредоточения недоразвиты и препятствуют развитию высших психических функций. Дети сосредотачиваются на примитивных аффективных ощущениях, но иногда могут иметь сложные интеллектуальные интересы. Все дети с РДА испытывают большие трудности во взаимодействии с миром. Аутичный ребенок ведет себя так, как будто находится один. Он играет один, разговаривает сам с собой, а чаще всего молчит. Дети обычно скрывают свой внутренний мир от окружающих, ни о чем не спрашивают и сами не отвечают на вопросы.

Дети избегают контактов с окружающими, часто не дифференцируют одушевленные и неодушевленные предметы, нередко предпочитая вторые.

Аутичные дети могут эмоционально не реагировать на окружающую ситуацию, бывают безразличны к близким, при этом они часто ранимы, пугливы, чувствительны к повышенному и резкому тону.

Существует несколько классификаций РДА. Одной из них является классификация, составленная О.С. Никольской (1985-1987). Она выделяет четыре группы РДА. Основным критерием выделения этих групп является

характер и степень нарушения взаимодействия с окружающей средой, т.е. тип самого аутизма.

Дети I группы РДА полностью отрешены от внешнего мира. У детей наблюдается полевое поведение, т.е. происходят движения в поле без активного контакта с окружающими. Ребенок постоянно переходит от одного предмета к другому, но мгновенно теряет к ним интерес. Ребенок оказывается как бы отгороженным от внешнего мира. Обычно такие дети недостаточно реагируют на голод, холод и не проявляют чувства удовольствия. Лицо такого ребенка амимично и выражает полный покой. При сильном внешнем воздействии ребенок может вскрикнуть, но тут же уйти в комфортную для себя зону и моментально успокоиться. Дети ищут наиболее удобную для себя зону. Они никогда не приблизятся к объектам, вызывающим сильные впечатления. Такие дети обычно легко и грациозно двигаются.

Зрительные и тактильные впечатления имеют для них аффективное значение. Они могут подолгу сидеть и смотреть в окно, а затем неожиданно начать перепрыгивать с одного стула на другой или балансировать на них. Иногда они позволяют взрослым кружить себя, подбрасывать, но при этом никогда не вступают с ними в эмоциональный контакт.

Дети обычно не испытывают потребности в контактах и не осуществляют даже самого элементарного общения. Они не обучаются навыкам поведения в обществе. Такие дети почти не владеют навыками самообслуживания.

У детей этой группы мгновенно включается защитный механизм пресыщения впечатлениями, и они уходят в свой мир, при этом полностью утрачивая возможность взаимодействия с окружающими людьми и средой.

Дети I группы имеют наихудший прогноз развития и нуждаются в постоянном уходе.

Дети II группы характеризуются аутистическим отвержением окружающей среды. Такие дети более активны, они могут устанавливать избирательные контакты с окружающими. Эти контакты нужны детям для удовле-

творения физических потребностей. У детей уже появляются переживания удовольствия, страха, слезы и крик. В их поведении наблюдаются различные штампы, речевые и двигательные, которые адекватно применяются при стереотипных условиях. Дети этой группы не могут адаптироваться к изменившейся обстановке. Они испытывают страх, у них нет любопытства к новому. Из-за страха ко всему новому они агрессивно реагируют на любое нарушение привычного в их обиходе. Ребенок требует сохранения постоянства в окружающем и создает вокруг себя барьер. Любые неприятные для себя воздействия извне ребенок заглушает приятными сенсорными ощущениями. Обычно он получает их стереотипными способами, как правило, самораздражением. Раздражение глаз возможно прямым надавливанием на глазное яблоко, или мельканием в поле зрения различных объектов, их движением, или выкладыванием простых орнаментов. Ухо может раздражаться прямым надавливанием, шуршанием и разрыванием бумаги, прослушиванием одной и той же музыки. Вестибулярный аппарат ребенок раздражает с помощью разнообразных прыжков, раскачиваний, застывания в необычных позах.

При помощи этих аутостимулирующих приемов дети аффективно адаптируются. У них вырабатываются простейшие стереотипные реакции на окружающее и бытовые навыки. Поведение носит манерный характер, движения многочисленны, у детей наблюдаются причудливые гримасы и позы. Обычно они мало контактируют с окружающими, молчат или отвечают односложно. Часто у детей этой группы наблюдается тесная симбиотическая связь с матерью, которая постоянно должна присутствовать рядом. Но более сложные эмоциональные переживания детям недоступны.

Для детей этой группы прогноз более благоприятный, чем для детей первой группы. При соответствующей длительной коррекции детей подготавливают к обучению в школе — в массовой чаще, чем во вспомогательной.

Дети III группы — это дети, которые замещают внешнюю среду. Для этих детей характерны уже более сложные формы аффективной защиты, которые могут проявляться в формировании патологических влечений, фанта-

зиях, иногда агрессивных. Эти фантазии разыгрываются спонтанно и снимают страхи и переживания ребенка. Речь таких детей обычно развернутая. Пугливых и брезгливых детей влечет ко всему страшному, неприятному. Эти влечения стереотипны, они могут наблюдаться у ребенка годами, что формирует определенное аутичное поведение.

Контакт с окружающим миром ограничен лишь их влечениями, все свое поведение они соотносят только с ним. Их нельзя произвольно сосредоточить. Они могут владеть формами аффективной речи и свободно выражать собственные побуждения в монологе, но не в диалоге.

От матери они менее зависимы аффективно и не нуждаются в постоянном контроле и опеке.

При длительной и активной психолого-педагогической коррекции дети этой группы могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети IV группы характеризуются сверхтормозимостью. Этим детям присущи прежде всего неврозоподобные расстройства. Они ранимы, пугливы, робки. У них обострено чувство собственной несостоятельности, что усиливает их социальную дезадаптацию. Контакты с окружающими ограничены и приводят к формированию патологической зависимости от близких, дети постоянно нуждаются в их одобрении и защите. Контакты с внешним миром обычно осуществляются через мать, с которой дети находятся в сильной эмоциональной связи.

Дети трудно усваивают новые образцы поведения и используют стереотипные, уже знакомые формы. Они педантичны и имеют определенные ритуалы в поведении. Иногда у этих детей наблюдается задержка речевого, моторного и интеллектуального развития. Они долго сохраняют неловкие движения, их речь замедленна и аграмматична. Несмотря на достаточно хорошие предпосылки, интеллектуальное развитие также задержано. Они не понимают скрытого смысла слов и принимают все буквально, особенно в отношениях людей. Однако часто выясняется, что им доступно более глубокое понимание. Поведение таких детей может неправильно оцениваться близ-

кими, т.е. ниже их уровня развития. Стереотипное поведение не дает возможности реализации у таких детей самостоятельной адаптации.

Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а иногда они могут обучаться и без предварительной подготовки.

Выделенные 4 группы различаются по типу поведения, степени аффективной дезадаптации.

Принадлежность ребенка к определенной группе не является постоянной. Ребенок может быть отнесен к другой группе, если в его поведении начинают преобладать черты рядом стоящего уровня. Здесь может наблюдаться как отрицательная, так и положительная динамика. При отрицательной динамике происходит регресс развития, т.е. переход на более низкую ступень аффективной адаптации. При положительной динамике ребенок начинает осваивать и в дальнейшем активно использовать аффективные механизмы более высокого уровня. Это наблюдается при подборе эффективных методик коррекционного воздействия и адекватном воспитании ребенка.

Можно выделить существенный фактор положительного движения. Стимуляцию аутичного ребенка нужно направлять на более высокий, еще не сформированный уровень. Если закрепляется потребность в новом виде впечатлений, повышаются контакты с окружающей средой и на их основе формируются механизмы следующего уровня регуляции, то прогноз благоприятный. Если этого не происходит, то эмоциональное развитие ребенка будет значительно ограничено.

Методы избавления от РДА

При психокоррекции при РДА необходимо учитывать проблемы эмоционального развития ребенка. В представленной методике рассматривается коррекция нарушений аффективного развития, различных страхов, агрессии и самоагрессии. Эта методика разработана коллективом авторов, среди них В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др. Каждый из разделов, посвященный коррекции, учитывает степень нарушения.

Психологическая коррекция всегда начинается с установления с ребенком психологического контакта. У аутичных детей происходит нарушение общения. У них не возникает потребность в коммуникации, способы контакта с людьми недоразвиты, и в связи с этим формируется аутистический барьер, который защищает их от общения с людьми. Исходя из этого в работе с такими детьми нужно придерживаться некоторых правил. При установлении контактов следует исключить любое давление или нажим и даже прямое обращение к ребенку во избежание неприятных для него ситуаций. Первые контакты с ребенком необходимо устанавливать, когда он испытывает какие-либо приятные ощущения. Постепенно нужно увеличивать число этих положительных моментов и показывать ребенку собственными положительными эмоциями, что с человеком — лучше. Работу по восстановлению у ребенка потребности в общении нельзя форсировать, она может быть очень длительной. Усложнять формы контактов можно только в том случае, если у ребенка появятся положительные эмоции при общении со взрослыми и потребность в контактах с ними. Это усложнение происходит постепенно, с опорой на уже сформировавшиеся стереотипы взаимодействий с людьми. Эмоциональные контакты с ребенком должны быть строго дозированы. При их чрезмерном количестве ребенок может вновь отказаться от общения. Важно помнить, что, при достижении эмоционального контакта с ребенком, он становится более ранимым, поэтому в этот момент его особенно следует оберегать от различных конфликтных ситуаций.

Установление эмоционального контакта с детьми I группы

У детей этой группы аутизм выражен в наибольшей степени, потребность в общении у них не формируется. Ребенок избегает контактов, ему безразличны эмоции других людей. Дети этого уровня воспринимают людей как неодушевленные предметы, например, как лесенку, по которой они забираются, чтобы достать нужную им вещь. К человеку дети обращаются лишь в крайних случаях. Редкие механические контакты детей с взрослыми происхо-

дят в тех случаях, когда первые сами не могут удовлетворить свои потребности.

Первой задачей является снятие отрицательной оценки ребенком взрослого человека. На первых этапах работы педагог, который работает с ребенком, должен избегать прямых контактов с ним, т.е. не смотреть прямо на него и обращаться к ребенку словом или жестом. Вначале ребенок должен просто привыкнуть к присутствию рядом с ним взрослого человека. Если ребенок будет испытывать неудобства, он может повернуться спиной к взрослому или уйти из комнаты. Нельзя удерживать ребенка насильно, это приведет только к отрицательному результату. Постепенно его поведение должно нормализоваться. Когда это произошло, психолог начинает иногда обращать свой взгляд на ребенка. Взгляд и улыбка должны быть короткими. Если взгляды случайно встретились, взрослый должен отвернуться от ребенка быстрее него. Когда ребенок перестанет отрицательно относиться к взрослому, он начнет приближаться к нему и в последующем касаться его.

После этого можно переходить к решению второй задачи — пытаться установить к себе положительное отношение ребенка. Дети этой группы часто прыгают со стула на стул и карабкаются по мебели. Иногда им необходима физическая поддержка, и присутствие взрослого оказывается весьма кстати. Постепенно ребенок сам начинает тянуть руку для опоры и поддержки, тогда психолог может увеличить тактильное воздействие. Взрослый начинает поддерживать ребенка более активно, а затем и переносить его через препятствия. Если ребенок начинает напрягаться, то нужно его отпустить. При совместном движении взрослый может начать говорить, но не обращаясь прямо к ребенку и не называя его по имени. Психолог шепотом или тихим голосом комментирует происходящее вокруг и называет предметы, находящиеся рядом с ребенком.

Постепенно психолог удерживает ребенка несколько дольше, чем раньше, качает или кружит его. Происходит вестибулярная стимуляция ребенка, которая окрашена для него положительно. При этом ребенок впервые

начинает проявлять признаки удовольствия, может начать улыбаться. Возможны секунды прямого взгляда друг на друга.

Такой вид работы требует от психолога значительной физической выносливости, т.к. ребенок почти постоянно находится на руках у взрослого. Ребенок находится лицом к лицу с психологом. Необходимо фиксировать аффективную реакцию ребенка на улыбку взрослого ответной улыбкой. В эти моменты психолог осторожно произносит ласковые слова, называет ребенка по имени.

Если ребенок пытается уйти, задерживать его не нужно. Но лучше дать ребенку возможность отдохнуть, не прерывая с ним тактильного контакта. Для этого, продолжая держать ребенка на руках, необходимо положить его голову на плечо, отвернув от своего лица, и походить по комнате. В эти моменты отдыха можно подходить к различным вещам, которые привлекают ребенка.

Работу можно считать успешной, если ребенок начинает расслабляться на руках, обхватывать взрослого за шею, если при тактильном контакте ребенок получает удовольствие, самостоятельно приближается к лицу взрослого и ощупывает его, смотрит психологу в глаза. Со временем ребенок может самостоятельно подойти к взрослому (обычно он подходит сзади) и даже обнимать его.

Когда аффективный контакт между психологом и ребенком налажен, можно переходить ко второму этапу работы — развивать формы аффективного контакта с окружающим. Эта работа длится дольше, чем предыдущая, и может занять несколько лет. Это происходит из-за огромной пресыщаемости такого ребенка. Психолог постоянно находится около ребенка и комментирует ему происходящее вокруг: объясняет значение предметов и событий. Постепенно он усложняет информацию, которую дает ребенку. Здесь используется следующий прием: какие-то предметы, события или действия обозначаются для ребенка в письменной форме. Ребенок может показывать на таблички со словами и выражать свои желания или отвечать на вопросы взрослых.

Но, несмотря на это, такие дети остаются мутичными, бытовые контакты даже с близкими людьми затруднены. Вначале бытовые контакты ребенка происходят посредством рук взрослого, который держит руки ребенка в своих. Однако впоследствии ребенок не может произвольно использовать эти навыки без помощи взрослого.

Другим способом коррекции является создание ритмической организации аффективных контактов и постепенное введение в эти контакты различной сенсорной стимуляции. Это могут быть игры с водой, музыкальными игрушками. Выбирается песня, и на ее ритмический рисунок накладывается эмоциональный контакт. Одним и тем же словам должны соответствовать одни и те же действия. Пространство комнаты тоже разделяется ритмически: выбираются несколько мест и соответствующий им тип контакта. Переход от одного места к другому происходит в определенной последовательности, по мере пресыщения ребенка предыдущим видом контакта; взрослый должен перейти в другую зону прежде, чем пресытится ребенок. Постепенно в этих контактах начинают просматриваться элементы игры. Взрослый сознательно создает ситуации, в которых ребенку необходимо проявлять аффективные действия. Эти моменты должны многократно закрепляться. Однако важно не пресытить ребенка ими, иначе можно потерять наработанные формы контакта. Работа должна вестись дозированно и индивидуально. Развитием этой аффективной игры может быть введение в нее простейших элементов сюжета. Они заключаются в комментировании взрослым действий ребенка и постепенном введении в игру музыкальных игрушек и инструментов, предметов быта. Действия с этими предметами производит то ребенок, то взрослый. Уместной здесь будет игра ребенка и двух взрослых, один из которых помогает ребенку и играет его руками. Постепенно эта помощь должна уменьшаться и подталкивать ребенка к самостоятельным действиям.

Установление эмоционального контакта с детьми II группы

Дети этой группы значительно отличаются от группы предыдущей. Они очень ранимы в контактах, на прикосновения или взгляд на них могут

вскрикнуть, закрыть уши и глаза руками, отшатнуться от человека. Часто в ответ они громко поют, стучат, развивают излишнюю моторную активность, чем пытаются отгородиться от внешнего контакта с людьми. Несмотря на это, такие дети все же испытывают некоторую потребность в примитивных контактах с близкими. Они нуждаются в постоянном присутствии матери, в тактильном контакте с ней. Формы контакта примитивны. Они используют мать не как эмоционально значимого для них человека, а как непереносимое, жизненно необходимое для них условие. В речи для выражения своих переживаний они пользуются речевыми штампами. Обычно это какие-то цитаты из песен и стихов или повторение чьих-то слов. Настроение матери такие дети могут чувствовать, но тонкое понимание ее эмоционального состояния им недоступно.

В своих контактах дети этой группы более активны, однако в их поведении существует ограниченный набор простых стереотипных реакций. От взрослых дети требуют таких же стереотипных ответов на эти реакции. Дети этой группы очень обидчивы и долго не могут забыть и простить обиды.

Коррекционная работа происходит также в два этапа. На первом этапе у ребенка развивается потребность в общении, а на втором происходит развитие форм контакта.

Поскольку у детей этой группы уже существует потребность в симбиотической связи с матерью, то задачей коррекции является расширение круга лиц, которые будут близки ребенку, и развитие эмоциональных связей с ними. Главная трудность заключается в том, что проявления каких-либо контактов со стороны незнакомых людей воспринимаются детьми как катастрофа и вызывают у них панические реакции. Поэтому главной задачей на этом этапе, как и в коррекционной работе с детьми первой группы, является создание у ребенка ощущения спокойствия и безопасности при контактах. Тактика работы постороннего для ребенка человека такая же, как и с детьми предыдущей группы. Психолог должен снять отрицательную эмоциональную оценку себя ребенком. Долгое время, находясь рядом с ребенком, он не проявляет

никакой активности, избегает резких движений, шума и не обращается к ребенку ни словом, ни взглядом. Это происходит до тех пор, пока ребенок не привыкнет к постоянному присутствию постороннего человека и у него не снизится уровень тревожности до обычного. На этом этапе психолог должен избегать контактов и разговоров с матерью ребенка, чтобы не вызвать у него негативной реакции.

После того как двигательное беспокойство и проявление самоагрессии ребенка прекратятся или уменьшатся, можно говорить о том, что психолог перестал вызывать у ребенка отрицательное отношение. В это время ребенок может иногда приближаться ко взрослому. При этом психолог должен дать понять ребенку, что он хочет контактировать с ним. Этого нужно добиться при помощи улыбки и взгляда. Взгляд должен быть строго дозированным, чтобы не испугать ребенка и тем самым не нарушить налаживаемый контакт. С детьми второй группы сначала налаживается контакт глазами, а затем только — тактильный контакт, причем происходит это спустя несколько недель и даже месяцев (в этом состоит существенное отличие от работы с детьми I группы).

Когда контакт установлен достаточно прочно, можно начинать подключение взрослого к аффективному поведению ребенка. Они совместно манипулируют с водой, игрушками, песком и другими значимыми для ребенка вещами и предметами. В ходе этих действий психолог наглядно показывает ребенку, что с ним, т.е. со взрослым, ребенку лучше, чем одному. Параллельно с этими действиями психолог подключается к ритму эмоциональных действий ребенка. Он подпевает ему, выстукивает ритм движений ребенка, может прыгать и раскачиваться в такт. Все эти приемы должны вызвать у ребенка потребность в повторении этих приятных для него ощущений и поставить его в некоторую зависимость от психолога. Ребенок должен понять, что совместные игры доставляют ему большее удовольствие, чем аутостимуляции. Однако психологу не следует добиваться гиперпривязанности ребенка, т.к. он постоянно не сможет находиться с ним, из-за чего ребенок может по-

лучить психическую травму. Контакты на этом этапе работы носят кратковременный характер и не должны пресыщать ребенка. Далее можно перейти ко второй задаче — усложнению самих форм контактов. Происходит постепенное расширение круга лиц, значимых для ребенка. Это способствует снижению напряжения в отношениях ребенка и матери и немного уменьшает зависимость их друг от друга.

Вначале используются простейшие игры для вызывания у ребенка эмоциональных переживаний. Это могут быть игры в «прятки», в которые обычно играют здоровые дети: взрослый то появляется, то исчезает из поля зрения ребенка. Эти игры вызывают у аутичного ребенка радость и наслаждение.

Далее при контакте с ребенком начинает использоваться речь. Вначале она служит комментарием действий ребенка — это возгласы или междометия. Эти слова используются для усиления положительного восприятия окружающего ребенком. Любые действия ребенка и психолога эмоционально комментируются последним. Бег и ходьба могут восприниматься как маршировка на параде, раскачивание ребенка на качелях, полет и т.д. Для достижения эмоционального смысла, ребенок самостоятельно начинает дополнительно вносить в эти игры свои атрибуты.

Более охотно ребенок принимает те приемы и действия, которые обычно носят запрещенный характер. Например, расплескивание воды, изображающее шторм, разбрасывание кубиков, мозаики и бумаги. Эти приемы достаточно эффективно можно использовать на начальных этапах работы. Когда происходит переход к другим действиям, ребенку иногда сложно настроиться на них, т.к. они не запрещаемы, поэтому эмоционально не так значимы для него. Достаточно долгое время психологу приходится разъяснять ребенку назначение и действия простых предметов и действия с ними. Эти предметы не несут никакой эмоциональной нагрузки для ребенка и могут раздражать его. Ребенка учат составлять пирамиды из кубиков, делать дорожки для кукол. Постепенно в его поведении просматриваются элементы уже сюжетной игры, когда ребенок начинает получать удовольствие от самого прохождения игро-

вой ситуации, все больше сопереживает взрослому в этих играх. В качестве сюжетов выбираются наиболее эмоционально значимые для детей моменты. Это может быть приготовление пищи, кормление, поход к друзьям, поездка на автобусе и др. Построение и выбор сюжетной линии происходит совместно с психологом и позволяет наладить большой контакт между ним и ребенком.

Контакты таких детей строго ограничены стереотипами поведения. Они не могут пользоваться ими в непривычной ситуации и обстановке, поэтому параллельно должны осуществляться попытки ввести усвоенные стереотипы в спонтанные действия ребенка. Следует опираться на уже сложившиеся у ребенка стереотипы. Работа должна вестись в привычной обстановке. Постепенно стереотипы усложняются новыми деталями эмоционального характера, с опорой на аффективные представления детей. Эмоциональный смысл игр постепенно усложняется. Однако нельзя перегружать сюжет игры различными деталями — это может привести к пресыщению ребенка ими.

Если ребенку нужно освоить новые стереотипы поведения, можно привлечь к этой работе уже знакомого ребенку человека.

В результате этой работы у ребенка могут так и не возникнуть спонтанные реакции при контактах. В других случаях дети становятся все более активными, могут сами предлагать развитие сюжета и способы взаимодействия при контактах.

Установление эмоционального контакта с детьми III группы

Дети этой группы имеют большую самостоятельность в бытовых контактах и не нуждаются в тесной связи со своими близкими. Обычно они безразличны к близким, их, наоборот, влечет к чужим людям. Таким детям свойственна потребность в эмоциональных контактах, но она достаточно примитивна. Их могут привлечь как положительные, так и отрицательные эмоциональные проявления. Они могут специально вызывать отрицательные эмоции

у близких и тем самым удовлетворять свою потребность в аффективном заражении.

Дети этой группы меньше, чем дети II группы, чувствительны при контактах. Они не так остро реагируют на взгляд человека или его прикосновения. Однако они провоцируют людей на проявление аффективных реакций. Эти провокации не носят стереотипный характер, дети в них бывают очень изобретательны. Дети этой группы уже начинают активно фантазировать, но обращаются не к конкретному человеку, а в пространство. Ребенок может постоянно говорить, как правило, на одни и те же темы, чем обычно вызывает раздражение окружающих. Сам ребенок не реагирует на поведение близких, ему интересны лишь собственные аффективные переживания.

Взрослые активно пытаются вовлечь ребенка во взаимодействие, однако почти всегда ребенок проявляет признаки негативизма. Он может подчиниться взрослому только под угрозой и всегда быстро пресыщается контактами. Взрослые должны понимать, что в ответ на их попытки настоять на своих требованиях ребенок может только усилить негативное к ним отношение и проявлять агрессию к близким людям.

Устанавливать контакт с ребенком нужно с выработки потребности ребенка в эмоциональном общении. Работа носит такой же характер, как и при установлении таких контактов с детьми других групп. Вначале нужно снять отрицательное отношение ребенка к взрослому, идущему с ним на контакт. Дети этой группы наиболее отрицательно реагируют на попытки взрослых вмешаться в их фантазии и менее реагируют на взгляды и прикосновения. Для установления первоначального контакта психолог должен быть пассивен в своих действиях. Здесь не подходят методы, используемые с детьми первых 2 групп, т.к. дети третьей группы не могут привязаться к человеку из одних только простых сопереживаний, связанных с тактильными и аффективно-механическими впечатлениями.

Эффективным приемом в установлении контакта можно считать вникание во все фантазии ребенка. Вначале психолог терпеливо слушает ребенка,

рассматривает его рисунки, не выказывая нетерпения и раздражения и не внося никаких предложений и оценок. Внешняя заинтересованность психолога привязывает ребенка к нему и становится для ребенка очень значимой. Так устанавливается эмоциональная связь между ним и психологом. После происходит постепенное усложнение форм эмоционального контакта. Эта работа может длиться несколько лет. Задачей данного этапа коррекционной работы является формирование у ребенка эмоциональной оценки близких людей и умение сопереживать им, т.е. способность радоваться, огорчаться, стремление к хорошим поступкам.

В начале работы психолог комментирует действия и фантазии ребенка без каких-либо оценок. Постепенно психолог вмешивается в фантазии ребенка, представляя его героем, который борется со злодеями и защищает слабых. Через эти фантазии ребенок начинает оценивать свои действия и поступки. Постепенно линия сюжета усложняется, насыщается новыми эмоциональными впечатлениями. Через посредство фантазий психолог приводит ребенка к ощущению уюта и защищенности дома и с близкими. В дальнейшей работе психолог начинает вводить в контакты прямые оценки, типа «хорошо — плохо, правильно — неправильно». Здесь также следует соблюдать меру, чтобы ребенок не почувствовал перегрузки и не ушел от эмоционального контакта. Приемы использования героических сюжетов способствуют лучшему пониманию окружающего в эмоциональном плане, чем угрозы и давление.

В дальнейшем ребенка начинают обучать диалогу во взаимодействии с людьми. Ребенок привык к тому, что психолог его всегда внимательно слушает; постепенно психолог переходит к тому, что начинает задавать вопросы ребенку, смотрит и подрисовывает его рисунки. Ребенок, принимая эту помощь, учится слышать партнера и налаживать с ним диалог. Если ребенок не отталкивает взрослого, получает от такого взаимодействия удовольствие, то психолог может вносить в развитие сюжета новые детали и информацию, которые не укладываются в стереотипы ребенка. Если ребенок учитывает это

новое и начинает фантазировать с новыми образами, то постепенно втягивается в диалог со взрослым. Ждать таких результатов приходится долго. Впоследствии при диалоге ребенок сам начинает задавать вопросы, предлагать идеи и решать их вместе с психологом. Далее можно усложнить задачу. Для этого психолог и ребенок вместе что-то рисуют или сочиняют. Причем делать это надо попеременно: то взрослый, то ребенок останавливаются на какой-то детали, и партнер должен продолжить сказку или рисунок. Ребенок при этом должен строить свой рассказ с учетом того, что привнес взрослый. Потребность в диалоге у детей возрастает в ходе самого диалога. Все эти приемы помогают ребенку адекватно реагировать на взаимодействие с окружающими.

Установление эмоционального контакта с детьми IV группы

Дети этой группы в эмоциональном плане сильно зависят от своих близких и очень тяжело вступают в контакт с чужими людьми. От близких они постоянно ждут похвалы и одобрения, т.е. им необходима положительная оценка. Если они не получают ее, то становятся очень тревожными, снижают активность и не могут взаимодействовать с окружающими. Такие дети очень ласковы. Они чувствительны к тактильному и зрительному контактам, но, вместе с тем, из-за этой гиперчувствительности очень ранимы, у них могут возникнуть проявления вторичного аутистического барьера.

При коммуникации они пользуются словами, адресованными человеку. Дети высказывают свои переживания, прямо формулируя их. Но эти обращения носят примитивный характер и часто стереотипны. Мимика детей маскообразна, а интонации копируют интонации близких людей. Они понимают все буквально и крайне доверчивы. Если взрослые объясняют им подтекст, они начнут правильно понимать смысл происходящего и проявлять эмоциональную отзывчивость.

Такие дети могут физически уставать в ходе контактов, хотя эмоционально желать их. При развернутом контакте у ребенка могут проявляться трудности сосредоточения и распределения внимания; он перестает воспри-

нимать инструкции, у него возникает моторная неловкость, в речи появляются аграмматизмы.

В своем поведении ребенок строго придерживается стереотипных правил поведения, когда-то им усвоенных.

Установление контакта с детьми этой группы происходит обычным способом. При этом отсутствует необходимость вызвать у них потребность в общении. Психолог сразу переходит непосредственно к взаимодействию с ребенком. Ребенок вступит в какие-то взаимоотношения только в том случае, если от взрослого будут исходить положительные эмоции и если взрослый будет положительно оценивать его. При этом ласковый взгляд или прикосновение приятны ребенку.

Если ребенок начинает суетиться, уменьшает тактильные прикосновения, значит, его что-то тревожит, и психологу необходимо уменьшить свою активность и дать возможность ребенку отдохнуть. При правильном построении занятий ребенок активно и сразу начинает общаться с партнером, смотреть на него, тянуть куда-либо, звать играть. В дальнейшем ребенок начинает говорить более громко, лучше двигаться, мимика становится более выразительной. Все эти признаки свидетельствуют о том, что выбрано правильное направление работы.

Постепенно психолог переходит к усложнению форм контакта с ребенком. Эта работа весьма длительная, зато очень перспективная. Она позволяет ребенку в последующем улучшить эмоциональную ориентировку в окружающем. Ребенку становится легче понимать эмоции и настроение окружающих, у него уменьшается зависимость от матери, укрепляются собственные способы адаптации и т.д.

Психолог постоянно развивает у детей понимание эмоционального смысла происходящего вокруг. Для этого он комментирует все внешние действия. Комментарии должны быть эмоционально значимыми и быть привязанны к ситуации, привлекать внимание ребенка к окружающему. С помощью кубиков, пластилина, бумаги психолог в контексте с ребенком вначале

моделирует ситуации, которые могут происходить с ребенком в реальности. Комментарии должны складываться в целостную картину во временном отношении. Благодаря комментариям ребенок учится понимать мотивы поведения окружающих его людей или скрытый смысл происходящего. Можно совместно с ребенком наблюдать за играми других детей и по ходу игры комментировать происходящее и объяснять ребенку скрытый смысл, если таковой присутствует. Позже психолог начинает задавать ребенку различные вопросы, касающиеся взаимоотношений между людьми, спрашивать его, почему они поступают так, или иначе, в определенных жизненных ситуациях.

Важным приемом при коррекционной работе с детьми этой группы является составление планов на день. Психолог и ребенок делают это вместе. Постепенно этот план уточняется и дифференцируется.

С детьми IV группы можно отрабатывать различные моторные и речевые навыки, тренировать их внимание. Дополнительно, у ребенка уменьшается зависимость от близких, постепенно формируется положительная самооценка, при том, что даже малейшая неудача может привести его к дезадаптации и дезорганизации. Положительная оценка его поведения, наоборот, придает ему уверенности в себе.

Дети этой группы остаются ранимыми, быстро устают, менее находчивы в трудных ситуациях, чем обычные дети. В ходе развития у них детей может быть выявлена одаренность в чем-либо, соответственно чему формируются их творческие интересы.

Коррекция страхов у детей

При нормальном развитии ребенка страхи являются важным моментом в регуляции его поведения и способствуют адаптации. К этому виду работы следует приступать только в том случае, если с ребенком полностью налажен эмоциональный контакт. У детей с РДА страхи не выполняют функцию адаптации, наоборот, они тормозят освоение ребенком окружающего мира.

Коррекционная работа по преодолению страхов у детей I группы. РДА. Дети этой группы являются самыми проблемными, они плохо поддаются

ся коррекции. Ребенок обычно неопределенно двигается по комнате и, если наталкивается на предметы, доставляющие ему дискомфорт, просто отстраняется от них и продолжает свое движение. Чтобы уменьшить страх ребенка перед определенными предметами, психолог должен попытаться усилить приятные характеристики. Для этого он может ритмично подпевать в такт движению мяча, который пугает ребенка. Постепенно ребенок начинает совершать такие же стереотипные действия для преодоления своих страхов.

Коррекционная работа по преодолению страхов у детей II группы РДА. При нарушении какого-то из бытовых стереотипов дети этой группы испытывают панический страх (его называют генерализированным). Источником такого страха служит не конкретный человек, а само изменение окружающей среды и привычного поведения близких людей. Дети II группы могут самостоятельно что-то делать только в случае, если окружающая их обстановка привычна и неизменна. Т.к. этого достичь практически невозможно, то дети постоянно находятся в состоянии тревоги и страха. Для своей защиты ребенок использует приемы аутостимуляции, которые могут достигать максимального уровня при попадании в незнакомую обстановку. При этом ребенок может кричать, прыгать, размахивать руками и раскачиваться.

Чтобы снизить такие проявления, психолог начинает подпевать ребенку в такт его раскачиваний и тем самым привносит положительную эмоциональную окраску. Чуть позже, в игровых ситуациях, психолог выясняет причину страха ребенка. Для этого выбирается какое-то безопасное место, где психолог вместе с ребенком «прячутся». Ребенок чувствует себя в безопасности. Постепенно ребенок начинает проявлять агрессивные действия в отношении предметов, которые его пугают. Он может толкнуть пугающий его предмет или бросить на пол игрушку, которая доставляет ему неприятные ощущения. Как результат, начинают формироваться механизмы преодоления страхов ребенка. Психологу необходимо использовать приемы, показывающие незначительность неприятного объекта. Интонация психолога должна

быть при этом уверенной и спокойной. Нельзя объяснять ребенку, что бояться не нужно, это только усилит страх.

Коррекция страхов у детей III группы РДА. У детей этой группы страх возникает не при непосредственном появлении объекта страха, а уже как переживание, предшествующее появлению пугающей ситуации. Дети могут постоянно использовать в жизни элементы психодрамы. На этих переживаниях построены все их фантазии и поступки. При отсутствии правильных социальных установок, дети могут быть склонны к бродяжничеству, поведение носит асоциальный характер. Главная задача взрослого на этом этапе работы — придать поступкам ребенка положительный социальный смысл. Можно предложить ребенку такой вид поведения, при котором он будет чувствовать себя героем и смелым человеком в своих фантазиях и играх. При этом ребенку хорошо бы начать заниматься спортом или каким-то видом творческой деятельности. Необходимо постоянно поощрять его похвалами и положительными эмоциональными оценками.

Как эмоциональная аутостимуляция выступают постоянные поиски страшных, пугающих ситуаций. Детей этой группы привлекают огонь, насекомые, грязь, некоторые сказочные персонажи, имеющие отрицательные черты. В фантазиях таких детей доминируют пожары, войны и др. Ребенок может надолго заикливаться на них. Он стремится к тому, что его особенно пугает, вызывает эмоциональные переживания.

Для искоренения страхов у детей этой группы вначале следует восстановить психодраму в ее нормальном виде. Это вызовет у ребенка агрессивные действия, направленные на пугающий его объект. Такой прием можно использовать и для выявления причины страха ребенка.

Для изживания страха нужно ввести в игру ребенка пугающий его предмет и затем попытаться расправиться с ним таким образом, чтобы этот вид игры носил социальный характер. Например, ребенок будет добрым волшебником, который наказывает злых, недобрых людей. Эффективным приемом служит совместное рисование психолога и ребенка. Если ребенок

рисует свои страхи, то взрослый на глазах у ребенка стирает это изображение, комментируя свои действия ободряющими словами, которые помогают ребенку избавиться от страхов.

Другим видом проигрывания психодрамы является не прямое, а косвенное воздействие на страх. При проигрывании сюжетов, в которых присутствует пугающий элемент, его можно игнорировать. Нужно увлечь ребенка другим развитием сюжета. Так же можно поступать с пугающим предметом — не «уничтожать» его, а производить с ним другие действия, иногда прямо противоположные. Психолог просит ребенка просто пожалеть то, что его пугает, и с ребенком проиграть ту ситуацию, в которой можно пожалеть, полечить или поучить то, что раньше пугало ребенка.

Коррекция страхов у детей IV группы РДА. Дети этой группы очень привязаны к матери и при этом очень боятся остаться с чужими людьми. У них появляются генерализированные страхи, т.е. страхи, связанные с изменением привычной для ребенка обстановки. Психолог может объяснить ребенку суть пугающего события и внести в его состояние положительные моменты. При попадании ребенка в новые ситуации и обстановку он становится скованным и заторможенным. Поэтому дети стараются избегать новых ситуаций, которые пугают их.

Самым значимым страхом для ребенка является страх изменения отношения к нему матери и близких людей с положительного на отрицательное. Влечения на этом уровне не подключаются к преодолению страхов. Для того чтобы научить ребенка справляться со страхами, необходимо восстановить у него механизмы психодрамы. Этого можно добиться проигрыванием таких сюжетов, в которых ребенок выступает героем — преодолевает трудности и выручает других. Вначале ребенка эмоционально тренируют. Для этого приносят в игры детей простейшие эмоциональные моменты (брызганье водой, кидание бумагой и мелкими предметами). Это необходимо для того, чтобы наполнить будущие действия ребенка дополнительными эмоциями. Психолог специально провоцирует ребенка на агрессивные действия, которые могут

пригодиться ему в разыгрываемых сюжетах. Постепенно у ребенка вырабатываются влечения, без которых невозможно через психодраму изжить страх. При этой работе нужна строгая дозировка воздействия. Постепенно ребенок начинает самостоятельно использовать психодраму для преодоления своих страхов: он проигрывает пугающую его ситуацию или рисует ее.

Детям с РДА свойственны проявления *агрессии* и *самоагрессии*. В зависимости от групп РДА, выделяют их разные формы и способы коррекции.

Коррекция агрессии у детей I группы. Детям этой группы свойственна такая форма агрессии, как самоагрессия. Они могут кусать себя тогда, когда взрослый человек слишком настойчиво пытается войти с ним во взаимодействие. Это должно служить взрослому сигналом, что следует уменьшить или даже прекратить контакт. При проявлении самоагрессии нельзя открыто удерживать руку ребенка, это лишь усугубляет ситуацию. Наиболее приемлемый способ воздействия при этом — объяснить ребенку, что ситуация не опасна, что взрослый относится к ребенку хорошо и хочет с ним контактировать. Необходимо также учить ребенка выражать свою агрессию более сложными формами протеста.

Коррекция агрессии у детей II группы. У детей этой группы еще недостаточно приспособительных реакций и способов защиты от дискомфортных воздействий окружающей среды. Как форма агрессии, у этих детей присутствует самоагрессия. Она проявляется при резком изменении привычной для ребенка ситуации. Ребенок причиняет себе боль; при этом способы воздействия на него путем уговоров, которые были эффективны для детей первой группы, имеют противоположное воздействие: ребенок только усиливает самоагрессию. Для ее прекращения необходимо восстановить привычную для ребенка обстановку. Если этого сделать не удастся, то психолог начинает переживать неприятную ситуацию вместе с ребенком, крича с ним одновременно. Ребенок обычно замолкает, т.к. происходит пресыщение ребенка отрицательными эмоциями.

Детям второй группы присущи проявления агрессии по отношению к людям и предметам, которые окружают их. Дети с агрессией относятся к определенным игрушкам и предметам, рвут их, бросают и т.д. Чтобы исключить эти проявления, необходимо убрать из поля зрения ребенка именно то, что которые вызывает у него негативную реакцию, и попытаться привлечь его внимание приятными и аффективно значимыми предметами.

При агрессивных действиях, направленных на людей, ребенок может стараться ущипнуть человека, прижаться к его ногам и т.д. При появлении этих реакций необходимо быстро переключить внимание ребенка, чтобы он не успел зафиксироваться на них. При взаимодействии с ребенком нельзя лишней раз провоцировать его на агрессию и привлекать внимание теми деталями внешнего облика или предметами одежды, которые вызывают у него приступы агрессии. При отвлечении ребенка необходимо дать ему понять, что взрослый относится к нему положительно. Эффективным является тактильный контакт, который может происходить очень длительное время. Нужно носить ребенка на руках, качать его, обнимать, это способствует снижению агрессивных действий в отношении к людям.

Коррекция агрессии у детей III группы РДА. Дети этой группы наиболее подвержены агрессивным проявлениям. Агрессия может проявляться физически и вербально. При этом фантазии детей носят агрессивный характер, дети часто представляют себя отрицательными героями, могут угрожать взрослым и вести разговоры на неприятные темы. Дети надолго застревают на неприятных для них событиях и не могут освободиться от этого самостоятельно.

Детям этой группы присущи физические проявления самоагрессии: они кусают себя или расцарапывают. Однако наиболее часто самоагрессия проявляется на вербальном уровне, когда фантазии детей приобретают страшный и неприятный характер. Обычно дети представляют себя в эпицентре неприятных событий, в которых они получают наибольшее наказание или боль. Взрослые не должны дополнительно фиксировать внимание на этих фанта-

зиях, наоборот, нужно дать возможность ребенку самому найти положительный выход из ситуации. Но эти фантазии взрослые должны обязательно держать под контролем и при необходимости помогать ребенку.

Агрессивные действия детей III группы выражены по-разному и имеют различные формы. Такие дети уже могут планировать свои действия и достигать определенных целей. Деятельность, для выполнения которой необходимо решение какой-то задачи, у этих детей вызывает затруднения. Это происходит из-за того, что ребенок активно сопротивляется контактам и у него очень быстро происходит пресыщение. Выражается оно в том, что по окончании выполнения задания ребенок уничтожает результат своей деятельности: рвет рисунки, ломает фигурки из пластилина и т.д. Так может происходить, если взрослый слишком эмоционально оценивает деятельность ребенка. Все это нужно учитывать при организации его деятельности. Нельзя доводить события до того, чтобы ребенок начал уничтожать продукты своей деятельности. Взрослый должен найти оптимальный прием, чтобы этого не случилось, т.к. ребенок очень расстраивается из-за этого.

Агрессия может быть направлена на близких для ребенка людей. Она проявляется в виде агрессивных высказываний, иногда угроз. Эта форма агрессии может сочетаться с физическими проявлениями, когда ребенок начинает виснуть на близких, пытаться ущипнуть или укубить их. Если ребенка начинают одергивать или наказывать, он становится еще более агрессивным. Чаще всего такие проявления происходят в незнакомой обстановке. Для снижения агрессивных проявлений ребенку на вербальном уровне объясняют эмоциональное содержание сложных для него ситуаций.

Дети часто надолго «застревают» на своих вербальных фантазиях агрессивного характера. Они бесконечно могут рассказывать про сказочных героев, имеющих отрицательные черты, про пугающие предметы быта. Главной задачей коррекционной работы на этом этапе следует считать доведение неприятной ситуации до положительного развития и разрешения. Взрослый должен вводить в игры ребенка положительных героев и персонажей. Прием

классической психодрамы здесь неэффективен. С детьми этой группы лучше применять прием «отвлекающей» психодрамы. При этом в играх ребенка неприятная ситуация не удаляется, а временно игнорируется. Психолог соглашается с присутствием в играх или на рисунках ребенка страшных моментов или персонажей. Постепенно психолог вводит в игру положительные эмоциональные детали, которые специально подбирает для ребенка, чтобы сгладить неприятные моменты. Эти детали помогают отвлечь ребенка от агрессивных проявлений и постепенно преодолеть их.

Одним из проявлений агрессии у таких детей является агрессивный контакт. Он может происходить, если на занятиях вдруг появляется новый человек, между занятиями был большой временной перерыв и т.д. Ребенок часто при этом начинает кричать, бросать предметы. Психологу необходимо сразу же попытаться переключить внимание ребенка на такую тему, которая его обязательно заинтересует, или на тот вид контакта, который хорошо знаком ребенку. Если зафиксировать на негативном поведении ребенка свое внимание и отрицательное к нему отношение, то ребенок может потом повторять его назло взрослым.

Если агрессия ребенка повторяется, психологу необходимо прервать занятия.

Коррекция агрессии у детей IV группы РДА. Проявления агрессии у этих детей обычно минимальны. Однако в любой провокационной ситуации агрессия может стать явной. Вербальные формы агрессии преобладают над физическими, аутоагрессия — над агрессией в отношении к другим людям.

Агрессия по отношению к самому себе возникает у ребенка в том случае, если в результате какой-либо деятельности он терпит неудачу. Обычно дети обвиняют самих себя. Для избавления от этих проявлений или для их ослабления психологу необходимо поднять тонус ребенка и придать ему большую уверенность в себе. Ребенка следует постоянно хвалить, приободрять.

В ситуациях, когда ребенок чувствует себя неуютно, могут возникать физические агрессии: ребенок разбрасывает игрушки, топчет их ногами. Для детей этой группы уже характерно осознание своего поведения как неправильного, поэтому в сюжеты игр нужно сразу вводить элементы, помогающие пережить агрессию.

При проведении коррекционных мероприятий необходимо воздействовать на поведение ребенка в целом. Такая организация помогает правильно воздействовать на отдельные проявления РДА — такие, как страхи, агрессия и др.

Другой методикой, применяемой при коррекции РДА, является прием холдинг-терапии. Этот прием обычно применяется при установлении контакта между матерью и аутичным ребенком I группы. Этот метод был предложен доктором М. Велш. Заключается он в том, что мать берет ребенка на руки, крепко прижимает его и держит лицом к лицу. Вначале ребенок активно сопротивляется, может кусаться и вырываться. Мать пытается удерживать ребенка и установить с ним контакт глазами. Если ребенку удастся вырваться и убежать, то он, как правило, не выходит из комнаты. Мать должна держать ребенка до тех пор, пока он не расслабится и не прижмется к ней. Это происходит примерно через час холдинг-терапии. Ребенок может начать контактировать с матерью и другими взрослыми людьми. Если при использовании холдинг-терапии ребенок уснет на руках у матери, это считается хорошим признаком. Автор этого приема считает, что такую терапию нужно проводить каждый день, и дополнительно при неблагоприятных для ребенка ситуациях.

При использовании этого метода, нужно, кроме матери, привлекать и других членов семьи. Мать держит на руках аутичного ребенка, а другие родственники поддерживают мать. Холдинг-терапия, по мнению М. Велш, оказывает воздействие одновременно на мать и на ребенка и почти всегда дает положительные результаты, если терапия применялась правильно и не прерывалась.

Практика доктора Велш показала, что применение холдинг-терапии дает сильный толчок развитию ребенка и способствует его адаптации.

Прием холдинг-терапии многие педагоги сравнивают с шоковой терапией и относят к острым приемам воздействия. Но этот прием не является противоестественным. В неблагоприятные моменты ребенок всегда ищет поддержки у матери, и мать отвечает на его призыв. Матери аутичного ребенка не хватает контактов с ним, как физических, так и эмоциональных, и в процессе холдинг-терапии она их получает, так же как и ребенок.

Автор данной методики подчеркивает, что психолог не должен заменять мать. Он может присутствовать при терапии и помогать членам семьи осуществлять этот прием. Психолог должен принудить мать держать ребенка, наблюдать за ней и ребенком и разъяснять матери те или иные проявления поведения ребенка, которые ей самой не понятны. Дополнительно он организывает поведение других членов семьи и объясняет им их роль при проведении холдинг-терапии.

М. Велш обращает внимание на то, что при проведении холдинг-терапии присутствие только матери не дает такой положительной динамики и прогресса, когда в ней участвуют еще и (и прежде всего) отец и другие члены семьи (бабушка, дедушка, братья и сестры). Также автор отмечает, что нельзя прерывать ни сам сеанс холдинг-терапии, ни ее проведение в целом.

Авторы предыдущей методики также использовали прием холдинг-терапии и составили свою картину ее последствий. Сеанс холдинг-терапии длится от 30 минут до 1,5 часа. Ребенок не сразу оказывает сопротивление матери: обычно это происходит к третьему сеансу. Ребенок сопротивляется меньше, если мать применяет нетрадиционные приемы для его успокоения. Например, объясняет ребенку, почему она его так крепко держит, а не пытается переключить его внимание на что-то другое. Исследователи отмечают, что во время приступов сопротивления все дети активно пользуются речью на доступном им уровне. Также ими было замечено, что почти все дети на протяжении сеанса холдинг-терапии, который длится около 1 часа, де-

монстрируют целенаправленное поведение при оказании сопротивления своей матери, проявляют физическое и психическое воздействие, дополняя их вербальными средствами, выражая свой протест словами, т.е. объясняя, почему они не хотят оставаться на руках у матери. Такое поведение проходит быстрее, если в холдинг-терапии участвуют хотя бы двое взрослых, включая мать.

После того как ребенок прекращает сопротивляться, он начинает смотреть матери в глаза, на ее рот, повторяя при этом за ней отдельные слова. Постепенно ребенок расслабляется и обнимает мать.

После проведения холдинг-терапии, через 10-15 минут дети активно ищут контактов со взрослыми и потом в течение некоторого времени способны на подражание. Они почти не используют стереотипы. Авторы, проводившие холдинг-терапию, отмечают, что ее применение никогда не наносило вреда ребенку и не оказывало какого-либо психотравмирующего действия. Дети становились более спокойными и ласковыми.

Другими изменениями поведения детей можно назвать такие изменения, как: ребенок охотнее идет на контакт с матерью и другими близкими людьми, стремится на руки к матери, сам спрашивает мать и отвечает на ее вопросы. Улучшается эмоциональное состояние детей, у них повышается настроение; они становятся менее тревожными, уменьшаются страхи.

Агрессивные проявления у детей сглаживаются. Дети принимают активное участие в играх, используют сюжетные линии, прибегают к помощи взрослых и могут использовать игрушки. Почти все активнее используют в своих контактах речь. Дети повторяют слоги и слова за матерью. При обращении они не кричат и не жестикулируют, а говорят. Речь уже относится к реальной ситуации, а не произносится в никуда. У всех детей появляется интерес к ровесникам, и при играх они стремятся подойти к ним.

Также отмечено, что после проведения холдинг-терапии некоторые дети способны к обучению: родители занимаются с ними счетом или учат буквы.

Кроме положительных случаев применения этого метода, данные авторы описывают и некоторые отрицательные. У детей иногда наблюдается расстройство сна и усиление аутостимуляции, т.е. каких-либо двигательных или вокализированных стереотипий. Это может быть связано с тем, что в одних случаях прием холдинг-терапии был прерван, а в других эмоциональная нагрузка на детей оказалась слишком сильной для них, и они не могли с ней справиться.

Учитывая все промахи, коллектив авторов обозначил ряд правил, которые необходимо выполнять при проведении холдинг-терапии. Они во многом совпадают с правилами, рекомендованными автором холдинг-терапии М. Велш.

√ Во-первых, терапия должна проводиться каждый день, хотя бы в течение первых 2 месяцев;

√ Во-вторых, на сеансах холдинг-терапии должны присутствовать хотя бы двое взрослых, для того чтобы не прерывать эти сеансы;

√ В-третьих, присутствие психолога также обязательно, хотя бы в первые 3-4 месяца;

√ В-четвертых, обязательно нужно добиться полного расслабления ребенка на первых 3-4 сеансах.

Холдинг-терапия может превратиться в стереотип, если не использовать в дальнейшем другие формы взаимодействия: совместные игры с ребенком, рисование, пение, чтение ребенку сказок и стихов.

Холдинг-терапия обычно используется в работе с детьми I и II групп, описанных ранее.

Диагностическая карта (авторы К.С. Лебединская и О.С. Никольская)

Эта карта используется при обследовании детей раннего возраста, если у них предполагают РДА. Возраст обследуемого ребенка колеблется от 1 до 2

лет. Эта карта фиксирует все сферы развития ребенка и способствует оптимальной коррекционной работе с ним.

«Вегетативно-инстинктивная сфера. Неустойчивость ритма «сон — бодрствование». Длительность сна. Длительность периода засыпания и сна. Засыпание лишь в определенных условиях (на улице, балконе, при укачивании). Ночные страхи. Крик и плач при пробуждении.

Трудности взятия груди, задержка формирования автоматизации сосания. Вялость, недостаточность времени сосания.

Срыгивания, рвоты, желудочно-кишечные дискинезии. Склонность к запорам.

Отсутствие пищевого рефлекса. Анорексия. Возможность кормления лишь в особых условиях. Избирательность в еде. Гиперсенситивность к твердой пище, употребление только протертой.

Малоподвижность, пассивность. Слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение.

Двигательное беспокойство, крик и сопротивление при пеленании, прикосновении, взятии на руки, купании, массаже.

Аффективная сфера. Особенности общего эмоционального облика: отрешенность, обеспокоенность, тревожность, напряженность. Периодические «уходы в себя». Запаздывание формирования, слабость или чрезмерная выраженности эмоций удивления, обиды, гнева. Слабая эмоциональная откликаемость. Трудности вызывания эмоциональной реакции, заражения эмоцией взрослого.

Преобладание повышенного либо пониженного фона настроения. Немотивированные колебания настроения. Дисфорические расстройства с напряженностью, негативизмом, агрессивной готовностью. Склонность к эйфории с монотонным двигательным возбуждением, дурашливостью, булимией. Субдепрессивные состояния с малоподвижностью, гипомимией, длительным плачем, потерей аппетита, нарушением сна, большей выраженностью аффективных расстройств по утрам.

Невротические реакции на неудачу, отношение близких: самоагрессия, тики, вегетативные расстройства.

Психопатоподобные реакции: негативизм, агрессия к близким детям.

Первый возрастной криз. Время появления и длительность психомоторной возбудимости, страхи, тревога, нарушения сна и питания, пресыщаемость в игре.

Страхи. Время появления. Страхи животных. Страхи бытовых шумов, тихих звуков. Боязнь изменения интенсивности света, предметов определенного цвета и формы, прикосновения, влаги. Страх остаться одному, потерять мать, чужих, высоты, лестницы, огня. Отсутствие страха темноты. Страхи, обусловленные ситуационно.

Трудности при введении прикорма. Приверженность узкому кругу еды, отвергание новых видов пищи. Ритуальность к атрибутике еды. Жесткое следование усвоенному режиму. Болезненная реакция на его изменение. Приверженность привычным деталям окружающего. Негативизм к новой одежде.

Уровень патологической реакции на перемену обстановки: нарушение вегетативных функций, невротическое, психопатоподобные расстройства, регресс приобретенных навыков.

Нарушение чувства самосохранения. Отсутствие «чувства края». Отсутствие страха высоты, закрепление опыта контакта с горячим, острым.

Сфера влечений. Агрессия. Ее проявления. Жесткость к близким, детям, животным, стремление ломать игрушки.

Легкое возникновение агрессии в аффекте. Агрессия как стремление привлечь внимание, вступить в игру. Агрессия при страхе. Влечение к ситуациям, вызывающим страх. Агрессия при радости.

Самоагрессия: спонтанная, при неудачах. Брезгливость. Понижение и повышение. Их сочетание.

Сфера общения. Визуальный контакт. Отсутствие фиксации взгляда на лице человека. Отсутствие фиксации взгляда на глазах человека. Активное

избегание взгляда человека. Характер взгляда: неподвижный, застывший, испуганный.

Комплекс оживления. Слабость реакции на свет, звук, лицо, погремушку. Отсутствие какого-либо компонента: двигательного, голосового, улыбки.

Первая улыбка. Слабость, редкость. Особенности внешней характеристики. Отнесенность не к человеку, а неодушевленному предмету, возникновение на звук, ощущение. Отсутствие заражаемости улыбки, интонации, смеха взрослого.

Узнавание близких. Задержка в узнавании матери, отца, других близких. Слабость эмоциональной насыщенности узнавания. Реакция на приход и уход близких.

Формирование наибольшей привязанности к кому-либо из близких. Малая потребность в матери, слабая реакция на ее уход, отсутствие позы готовности при взятии на руки. Сопротивление при взятии на руки. Симбиотическая связь с матерью.

Появление слов «мама», «папа» после других. Их неотнесенность к родителю. Другие необычные вербальные обозначения родителей. Эпизоды страха кого-либо из родителей.

Реакция на нового человека. Непереносимость: тревога, страхи, сопротивление при взятии на руки, агрессия, игнорирование, «сверхообщительность».

Контакт с детьми. Игнорирование: пассивное, активное. Стремление лишь к физическому общению. Обследование как неодушевленного предмета. Игра «рядом». «Механическое» заражение поведением детей. Сопротивление при попытке организации контакта извне. Избирательность контактов с детьми.

Отношение к физическому контакту. Стремление, неприязнь. Гиперсенситивность, переносимость лишь «малых доз» прикосновения, поглаживания, кружения.

Реакция на словесные обращения. Отсутствие отклика на имя. Слабость, замедленность, отсутствие реакции на другие обращения. «Псевдоглухота». Избирательность ответных реакций на речь.

Поведение в одиночестве. Отсутствие реакции. Непереносимость, страх. Предпочтение. Стремление к территориальному уединению.

Отношение к окружающему. Необычность первоначального объекта фиксации внимания. Индифферентность к окружающему, отсутствие активности исследования предметов.

Отсутствие дифференциации одушевленного и неодушевленного. «Механическое» использование руки, туловища взрослого.

Восприятие. Зрительное восприятие. Взгляд «сквозь» объект. Отсутствие слежения взглядом за предметом. «Псевдослепота». Сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте: световом пятне, узоры на ковре и т.д. Задержка на этапе рассматривания своих рук, перебирания пальцев на руках. Стойкое стремление к созерцанию ярких предметов, их движения, верчения. Длительное вызывание стереотипной смены зрительных ощущений (при включении и выключении света, открывании и закрывании дверей и т.д.).

Раннее различение цветов. Рисование стереотипных орнаментов.

Зрительная гиперсенситивность: испуг, крик при включении света; стремление к темноте.

Слуховое восприятие. Отсутствие реакции на звук. Страх отдельных звуков. Отсутствие привыкания к пугающим звукам.

Стремление к звуковой аутостимуляции. Предпочтение тихих звуков. Ранняя любовь к музыке. Характер предпочитаемой музыки. Хороший музыкальный слух. Гиперпатическая отрицательная реакция на музыку.

Тактильная чувствительность. Измененная реакция на мокрые пеленки, купание, причесывание, стрижку. Плохая переносимость одежды, обуви, стремление раздеться. Обследование окружающего преимущественно с помощью ощупывания.

Вкусовая чувствительность, непереносимость многих блюд. Стремление есть несъедобное. Сосание несъедобных предметов, тканей. Обследование окружающего с помощью облизывания.

Обонятельная чувствительность. Гиперсенситивность к запахам. Обследование окружающего с помощью обнюхивания.

Проприоцептивная чувствительность. Склонность к аутостимуляции напряжением тела, конечностей, ударами себя по ушам, зажиманием их при зевании, ударами головой о бортик коляски, спинку кровати. Влечение к игре со взрослым типа верчения, кружения, подбрасывания.

Моторика. Нарушение мышечного тонуса на первом году жизни. Гипертонус. Гипотонус. Время выявления, проявления. Длительность и эффективность применения массажа.

Моторный облик: двигательные заторможенность, вялость или расторможенность, возбудимость. Медлительность, угловатость, порывистость, марионеточные движения. Неуклюжесть, мешковатость. Необычная грациозность, плавность движений, ловкость при лазанье, балансировании.

Задержка в формировании навыка жевания.

Слабость реакции на помощь взрослого при формировании навыков сидения, ползания, вставания.

Задержка в развитии ходьбы. «Внезапность» перехода к ходьбе. Активность в ходьбе. Страх ходьбы. Начало бега одновременно с началом ходьбы.

Особенности бега: импульсивность, особый ритм, стереотипное переключение с застываниями. Бег с широко расставленными руками, на цыпочках. Особенности походки: «деревянность», некоординированность, порывистость. Разница моторной ловкости в привычной обстановке и вне ее.

Двигательные стереотипии: раскачивание в колыбели, однообразные повороты головы. Ритмические сгибания и разгибания пальцев рук. Кружение вокруг своей оси, Машущие движения пальцами либо всей кистью. Вычурный рисунок двигательных стереотипии.

Отсутствие указательных жестов, движений головой, означающих утверждение либо отрицание, жестов приветствия или прощания.

Затруднения в имитации движений взрослого. Сопротивление в принятии помощи при обучении двигательным навыкам.

Мимика (в том числе по фотографиям в данном возрасте). Гипомимичность: бедность мимических комплексов (испуга, плача, улыбки). Напряженность, неадекватные гримасы.

Интеллектуальное развитие. Впечатление необычной выразительности, осмысленности взгляда в первые месяцы жизни.

Впечатления «тупости», непонимания простых инструкций.

Плохое сосредоточение внимания, его быстрая пресыщаемость. «Полевое» поведение с хаотической миграцией, неспособностью сосредоточения, отсутствием отклика на обращение. Сверхизбирательность внимания. Сверхсосредоточенность на определенном объекте.

Беспомощность в быту. Задержка формирования навыков самообслуживания, трудности обучения навыкам, отсутствие склонности к имитации чужих действий.

Отсутствие интереса к функциональному значению предмета.

Большой для возраста запас знаний в отдельных областях. Любовь к слушанию чтения, влечение к стиху. Преобладание интереса к форме, цвету, размеру над образом в целом. Интерес к знаку: тексту книги, букве, цифре. Условные обозначения в игре. Преобладание интереса к изображенному предмету над реальным.

Необычная слуховая память. Необычная зрительная память.

Особенности временных соглашений: одинаковая актуальность впечатлений прошлого и настоящего.

Разница «сообразительности», интеллектуальной активности в спонтанной и заданной деятельности.

Речь. Слабость или отсутствие реакции на речь взрослого. Отсутствие фиксации взгляда на говорящем. Диссоциация между отсутствием реакции

на слово и гиперсенситивностью к невербальным звукам, между «непониманием» простых бытовых инструкций и пониманием разговора, не обращенного к ребенку.

Лучшая реакция на тихую, шепотную речь.

Запаздывание или отсутствие фазы гуления и лепета. Его необращенность к взрослому.

Запаздывание или опережение появления первых слов. Их необращенность к человеку, необычность, малоупотребимость. Эхолалии. Динамика накопления словаря: регресс речи на уровне отдельных слов.

Запаздывание или опережение появления первых фраз. Их необращенность к человеку. Комментирующие, аффективные фразы. Фразы-эхолалии. Эхолалии-цитаты.

Склонность к вербализации: игра фонематически сложными, аффективно насыщенными словами. Неологизмы. Монологи и аутодиалоги. Слова-отрицания.

Склонность к декламации, рифмованию, акцентуации ритма.

Отсутствие речи о себе в первом лице. Неправильное употребление других личных местоимений. Регресс фразовой речи; факторы, его провоцирующие.

Вычурность интонаций. Повышение высоты голоса к концу фразы. Невнятность, скомканность, свернутость речи, произношение лишь отдельных слогов. Мутизм тотальный. Мутизм избирательный.

Игра. Игнорирование игрушки. Рассмотрение игрушки без стремления к манипуляции. Задержка на стадии манипулятивной игры. Манипулирование лишь с одной игрушкой.

Манипулирование с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект. Стереотипность манипуляций. Сохранение манипуляций, свойственных более раннему возрасту. Символизация, одушевление неигровых предметов в сюжетной игре. Группировка игровых и неигровых предметов по цвету, форме, размеру. Склонность к выкладыванию рядов, орнаментов.

Некоммуникативность игры. Игра в одиночку, в обособленном месте. Аутодиалоги в игре. Игры-фантазии с перевоплощением в других людей, животных, предметы.

Навыки социального поведения. Трудности усвоения режима. «Собственный» режим. Запаздывание формирования навыков: пользования ложкой, удержания чашки, одевания. Затруднения в имитации действий взрослого. Отказ от помощи либо, наоборот, ее охотное использование. Регресс навыков еды и одевания.

Время появления навыков опрятности. Страх горшка. Склонность к регрессу навыков. Связь с невротическими и психопатоподобными явлениями. Патологические привычки.

Психосоматические корреляции. Предрасположенность к аллергическим заболеваниям, аллергическим компонентам при общих инфекциях, аллергической реакции на лекарственные препараты.

Связь ухудшения психического состояния с соматическим неблагополучием: тревоги, страхи, другие аффективные расстройства, стереотипии; временной регресс приобретенных навыков.» (К.С. Лебединская, О.С. Никольская. Диагностика раннего детского аутизма. М., 1991. С. 88-96.)

Глава 8

ДЕТИ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Психофизиологические особенности

К детям с нарушением опорно-двигательного аппарата обычно относят детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

Детский церебральный паралич составляет группу расстройств двигательной сферы, которые возникают в результате поражения двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга. При ДЦП происходит недостаток или отсутствие контроля со стороны нервной системы за функциями мышц.

Причиной возникновения ДЦП считается раннее поражение мозга, обычно внутриутробное. Оно может происходить в результате перенесения матерью во время беременности различных инфекционных заболеваний, а также в результате интоксикаций, хронических заболеваний матери, «резус-конфликта» и др.

Иногда к ДЦП приводят такие причины, как нарушения родовой деятельности, асфиксия плода в результате обвития пуповины вокруг шейки плода.

Редко к развитию ДЦП приводят инфекционные заболевания, осложняющиеся энцефалитом, травмы головного мозга, перенесенные ребенком уже после рождения, на 1-м году жизни. Детский церебральный паралич, как правило, по наследству не передается.

Различают несколько форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, двойная гемиплегия (тетрапарез), атонически-астатический синдром (парезы), гиперкинетическая форма.

Спастическая диплегия — считается наиболее легкой формой ДЦП. Эту форму называют также синдромом Литля. Спастическая диплегия характеризуется наличием тонических патологических рефлексов. Обычно пора-

жаются нижние конечности, руки поражаются в меньшей степени. При спастических параличах поражается артикуляционная мускулатура, мышцы работают хаотично, любое движение сопровождается заместительными ненужными движениями. При ходьбе опора происходит не на подошву ноги, а на пальцы ног, поэтому на ходьбу затрачивается очень много энергии. Т.к. верхние конечности поражаются меньше, ребенок использует их для поддержки во время ходьбы. Приобретение навыков самообслуживания достаточно доступно таким детям, хотя из-за спастичности мышц верхних конечностей им бывает трудно доносить пищу до рта и совершать какие-то целенаправленные координированные движения верхними конечностями. В ситуациях, при которых нужны хорошие двигательные навыки, дети со спастической формой ДЦП испытывают значительные трудности.

Двойная гемиплегия (тетрапарез) — характеризуется тем, что при этой форме ДЦП поражаются как нижние, так и верхние конечности. Развитие двигательных функций при этом очень затруднено. В большинстве случаев все эти симптомы приводят к инвалидности, но иногда при раннем, систематическом физическом воспитании и правильном коррекционно-педагогическом воздействии и консервативном лечении можно добиться некоторого улучшения в состоянии детей с двойной гемиплегией.

Атонически-астатический синдром — при этой форме ДЦП мышечный тонус снижен, наблюдается недостаточная способность мышц к сокращению. Двигательные нарушения в первую очередь определяются недостаточной координацией движений, у ребенка не сформированы реакции равновесия. Все эти нарушения приводят к нарушению равновесия во время движения. У ребенка наблюдается атаксия, или неустойчивость, которая может быть статическая или динамическая. При статической атаксии ребенок не может стоять, а при динамической ходьба неустойчива, ребенок широко расставляет ноги, руки широко расставлены в стороны и помогают ребенку удерживать равновесие, балансируя ими. Если ребенок пытается взять какой-либо пред-

мет, его движения неточные, плохо координированные. Речь такого ребенка медленная и растянутая, язык занимает всю ротовую полость.

Гиперкинетическая форма ДЦП — характеризуется нарушением мышечного тонуса и спазмами мышц. Произвольные движения ребенка затруднены из-за насильственных, непроизвольных движений, которые носят название гиперкинезов. Ребенок может выбрасывать конечности вперед или в стороны при ходьбе, у него может наблюдаться перекрут туловища. Нарушения тонуса мышц у детей с гиперкинетической формой ДЦП непостоянны; они могут переходить к тоническим спазмам в каких-то одних группах мышц, что в целом затрудняет выполнение произвольных движений. Присутствие таких насильственных движений в верхних конечностях приводит к тому, что у ребенка нарушается развитие манипулятивной деятельности и навыков самообслуживания. Эти двигательные нарушения характеризуются тем, что у них отсутствует благоприятная динамика. Речь детей с этой формой детского церебрального паралича обычно затруднена.

У большинства детей наблюдаются смешанные формы детского церебрального паралича, т.е. сочетание различных двигательных расстройств.

Основная особенность при ДЦП — существование двигательных нарушений с самого рождения и их тесная связь с сенсорными нарушениями. Все двигательные расстройства составляют нарушения в моторике, что всегда влечет за собой сопутствующие нарушения. Без специальной лечебной и коррекционно-педагогической работы они неблагоприятно воздействуют на все формирование нервно-психических функций ребенка.

У детей с детским церебральным параличом уже с младенчества отмечаются сосудистые и вегето-сосудистые нарушения. У них могут наблюдаться снижение аппетита, нарушения в работе кишечника, постоянная жажда; может повышаться температура без видимых соматических заболеваний, повышенная потливость, бледность конечностей и др.

У большинства детей наблюдаются нарушения сна. Он бывает поверхностным, прерывистым, ребенку трудно заснуть, во сне они могут испытывать страхи.

С первых дней жизни у детей с ДЦП отмечаются определенные трудности при сосании, глотании; срыгивания и рвоты у них отмечаются гораздо чаще, чем у здоровых детей. Все это приводит к тому, что ребенок истощается физически больше, чем его здоровые сверстники и значительно отстает от них в физическом развитии.

Часто детям присущи различные страхи. Они могут возникать при различных прикосновениях, изменении положения тела или привычной окружающей обстановки на незнакомую. Дополнительно эти дети могут бояться высоты, темноты, закрытых пространств и новых необычных предметов. При страхах меняется общее соматическое состояние ребенка: у него учащается пульс, повышается тонус мышц, увеличивается потливость, нарушается дыхание, может подниматься температура тела, усиливаются гиперкинезы.

С первых дней и месяцев жизни у ребенка с детским церебральным параличом нарушается коммуникативно-познавательное поведение, которое имеет важное значение для гармоничного развития ребенка. Из-за врожденных нарушений в двигательной сфере больной ребенок не может повернуть голову произвольно, перевести свой взгляд с одного предмета на другой, приблизиться и схватить интересующий его предмет и т.д. В силу имеющихся нарушений у ребенка так же нарушены голосовые реакции, они невыразительны интонационно. Все это приводит к определенным трудностям при формировании начальных коммуникативных реакций и целенаправленного поведения ребенка.

Как известно, при ДЦП поражению подвергаются проводящие двигательные пути головного мозга и двигательные пути. В связи с этим у ребенка нарушено или задержано формирование всех видов двигательных функций. Таким детям очень трудно научиться держать голову; они позже, чем здоровые дети, учатся сидеть, стоять, ходить и манипулировать с предметами. В

зависимости от того, как нарушен интеллект ребенка, какая форма ДЦП наблюдается, происходит развитие двигательных функций: у кого-то раньше, у кого-то позже.

Чтобы происходило развитие произвольных движений, умений и навыков, необходима согласованная работа определенных групп мышц которую регулирует и контролирует центральная нервная система.

Если у ребенка, больного детским церебральным параличом, закрепляется неправильная схема движений, у него формируются неправильные позы и положения тела, рук и ног. Они могут быть следующими:

- ◆ голова ребенка поднята и отброшена назад, спина находится в разогнутом состоянии, руки и ноги также разогнуты и напряжены. В этой позе ребенку трудно развивать стояние прямо, ходьбу, осуществлять манипуляции с предметами;

- ◆ голова ребенка повернута вправо, правая рука и правая нога разогнуты, а левая рука и левая нога согнуты; второй вариант этой же позы: голова ребенка повернута влево, левые рука и нога разогнуты, а правые конечности при этом согнуты; при данной патологической позе выявляется такое нарушение, когда ребенок не может согнуть именно ту руку, к которой в данный момент обращено его лицо, т.е. он не имеет возможности рассмотреть предметы, находящиеся у него в руках. При этом у него не развивается одна из важнейших координаций — зрительно-моторная координация, или совместная деятельность руки и глаза, необходимая в будущем при обучении ребенка;

- ◆ голова ребенка опущена на грудь, а ноги и руки при этом согнуты. Эта поза мешает развитию у ребенка манипулятивных действий, ходьбы и прямохождения.

Все описанные выше позы в той или иной степени затрудняют развитие у таких детей навыков самообслуживания и двигательных функций.

Иногда двигательные нарушения выражены не сильно, и влияние их на произвольные движения появляется позже, при формировании у детей более

сложных функций. Но многими авторами отмечается, что всегда при детском церебральном параличе видна зависимость нарушений движений в верхних и нижних конечностях от того, какое положение занимает голова ребенка.

Некоторые дети имеют достаточный объем движений, у них немного нарушен мышечный тонус, но при этом отмечаются апраксии — нарушения, при которых отсутствует умение выполнять целенаправленные движения и действия. Таким детям трудно дается овладение навыками самообслуживания; им трудно одеваться, застегивать пуговицы, убирать свою кровать; в играх им доставляет трудности складывать кубики, рисовать и так далее. Все эти практические действия вырабатываются в процессе развития и опыта; если ребенок не получает помощи, могут развиваться вторичные нарушения.

Детям с церебральным параличом свойственны не только невозможность тех или иных движений, но и слабость в ощущении этих движений, из-за этого у ребенка формируются неправильные представления о нужных движениях и с большим трудом может формироваться ориентация во времени и пространстве. Из-за этих слабых ощущений ребенок не может на ощупь узнать предмет. Все это усиливает и еще больше затрудняет развитие целенаправленных действий и в свою очередь имеет неблагоприятное воздействие на общее психическое развитие ребенка.

Согласованность в движениях глаза и руки имеет важное значение для развития познавательной деятельности, развития практических навыков и навыков самообслуживания. У здорового ребенка эти движения вырабатываются постепенно и в достаточном объеме для выполнения любого целенаправленного движения.

Так как у детей с детским церебральным параличом поражена двигательная сфера, мышцы глаза, то совместные согласованные движения между зрительным анализатором и верхними конечностями развиты недостаточно. Из-за этого нарушения ребенок не имеет возможности следить глазами за движениями своей руки. Это в свою очередь препятствует выработке у таких детей различных навыков самообслуживания; детям трудно заниматься

рисованием, конструированием, лепкой. В дальнейшем дети испытывают определенные трудности при чтении и письме.

Из-за имеющихся у ребенка двигательных нарушений различной степени он с рождения оказывается полностью зависимым от взрослых. Это отрицательно влияет на эмоциональную и волевую сферу ребенка, у него отсутствует инициативность и развивается пассивность в действиях.

У большинства детей с детским церебральным параличом нарушаются речь, зрение, слух в результате раннего поражения головного мозга.

По данным некоторых авторов, речевые нарушения выявляются у 80% детей с ДЦП. Степень нарушения речи зависит от времени и локализации поражения головного мозга. Большое значение имеют и так называемые вторичные нарушения, которые происходят в постнатальном развитии ребенка. Задержки развития речи или отставание в речевом развитии обусловлены тем, что дети с ДЦП имеют достаточно небольшой объем знаний и представлений об окружающем, недостаточно общаются и имеют ограниченное число социальных контактов. Дополняет неблагоприятное воздействие на ребенка и тем самым усугубляет его речевое развитие длительное нахождение ребенка в лечебном учреждении, в отрыве от матери, и смена окружающей обстановки. Если ребенок находится в домашних условиях, то взрослые стараются облегчить его состояние и не формируют у ребенка потребности в речевом общении, тем самым часто неосознанно мешая развитию речи своего ребенка.

У детей с детским церебральным параличом речедвигательный анализатор нарушен органически. Это приводит к нарушениям не только звукопроизношения, но и голоса, дыхания, темпо-ритмического рисунка речи. При ДЦП основными нарушениями являются фонетико-фонематические, и в первую очередь дизартрия.

Снижение зрения очень характерно для детей с детским церебральным параличом. У них может наблюдаться косоглазие, при котором одно из глазных яблок играет доминирующую роль при восприятии объектов. Зри-

тельное восприятие у детей с косоглазием затруднено, замедлено. Это же относится и к способности переключаться с одного предмета на другой. Все эти нарушения приводят к ограниченной познавательной деятельности у детей.

У детей с церебральным параличом, особенно с такой формой, как спастическая диплегия, наблюдается близорукость. Если проводить раннюю коррекцию, то возможна положительная динамика.

Нарушения слуха отмечаются в среднем у каждого четвертого ребенка, больного ДЦП. В зависимости от формы ДЦП нарушения носят разнообразный характер: от незначительного снижения слуха до полной глухоты.

Интеллектуальное развитие детей с детским церебральным параличом может быть сохранным, но несколько сниженным. Приблизительно в 25% случаев ДЦП детям ставится диагноз «умственная отсталость различной степени тяжести», что зависит от формы детского церебрального паралича. По мнению Э.С. Калижнюк, дети с ДЦП могут подразделяться на две группы в зависимости от степени нарушения интеллекта (задержка психического развития и атипичная форма олигофрении). Дети с задержкой психического развития составляют наибольшую группу и проходят обучение в специализированных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Обучение проходит по массовой, но несколько удлиненной программе. Дети с олигофренией проходят обучение во вспомогательных школах, при условии, что они имеют незначительные двигательные расстройства. При более выраженных нарушениях в двигательной сфере дети обучаются во вспомогательных классах специальных школ-интернатов для детей с ДЦП.

Почти все дети с ДЦП отличаются повышенной утомляемостью. При целенаправленных действиях, требующих участия мыслительных процессов, они становятся вялыми быстрее, чем их здоровые сверстники, им трудно сосредоточиться на задании. Они могут отказаться выполнять задание, если им не удастся с ним справиться, и полностью потерять интерес к нему. У некоторых детей при утомлении может возникнуть двигательное беспокойство.

При этом ребенок жестикулирует, у него усиливаются гиперкинезы, может быть слюнотечение.

Дети с детским церебральным параличом очень тонко чувствуют отношение к ним окружающих и реагируют на любое изменение в их поведении. Такие дети очень впечатлительны, их легко обидеть, вызвать у них недовольство или какую-либо негативную реакцию.

Таким образом, можно утверждать, что нарушения в двигательной сфере влияют на психическое развитие ребенка в целом.

Важно иметь в виду то, что чем раньше и полнее произойдет диагностика заболевания и начнется лечебно-коррекционная работа по преодолению нарушений, тем благоприятнее будет динамика. Кроме врачей, педагогов и психологов большая роль отводится и родителям больного ребенка. При их помощи ребенок овладевает навыками самообслуживания, которые необходимы ему для успешной адаптации в жизни. Работа должна носить систематический характер и сочетать в себе лечебное, педагогическое и психологическое воздействие.

Особенности развития и обучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Особенности обучения детей с ДЦП обусловлены главным отличием этих детей от других групп детей с нарушениями в развитии. Особенностью этих детей являются двигательные нарушения, по-разному проявляющиеся при различных формах ДЦП. Интеллектуальное развитие имеет свои особенности и методы коррекции.

Задержки психического развития занимают промежуточное положение между нормальным интеллектом и олигофренией, т.е. наблюдается недоразвитие познавательной деятельности и различных психических функций ребенка.

У детей со спастической формой детского церебрального паралича вербальное мышление развивается достаточно удовлетворительно, а наглядно-

образное мышление недостаточно выражено. Дополнительно нарушаются пространственные и временные представления. Дети с этой формой ДЦП способны к абстрагированию и обобщению. Они могут выделять сюжетную линию в рассказе, складывать правильно последовательные картинки, однако наглядно-действенное мышление у них нарушено. Из-за этого они с трудом рисуют, плохо ориентируются в пространстве.

Задания, требующие пространственных представлений, достаточно трудны для детей со спастической диплегией при ДЦП. Дети не могут верно скопировать предмет, его форму, им трудно соединить точки на листе бумаги или перерисовать направление стрелок. Иногда они изображают их в зеркальном изображении. Детям достаточно трудно усвоить правильную схему тела.

Из-за нарушения функций лобных отделов головного мозга дети плохо планируют свои действия при выполнении различных заданий. Все эти нарушения интеллектуальной деятельности характерны для задержки психического развития детей со спастической диплегией как одной из форм детского церебрального паралича.

При гиперкинетической форме ДЦП наблюдаются нарушения интеллекта разной степени выраженности. У этих детей ведущими нарушениями являются речевые и слухоречевые расстройства. Дети с гиперкинетической формой ДЦП имеют задержку психического развития, которая характеризуется нарушением и неравномерностью развития некоторых психических функций. Речь и вербальное мышление этих детей развиты недостаточно из-за дизартрии; бывают дополнительно осложнены тугоухостью. Пространственные функции и наглядно-образное мышление относительно сохранены.

При оценке умственного развития детей с гиперкинетической формой ДЦП могут возникнуть определенные трудности, т.к. у таких детей имеются сложные дефекты слуха, что обуславливает вторичную задержку психического развития. Критерием, по которому можно предполагать у таких детей

относительно сохранный интеллект, можно считать наличие достаточно дифференцированных эмоций. Такие дети рано начинают узнавать родных и адекватно реагируют на появление посторонних людей. Свои желания они проявляют криком, подражают другим людям, следят за мимикой окружающих, им доступно понимание простых инструкций.

При недостаточном вербальном мышлении наглядно-образное развитие удовлетворительно. Дети успешно справляются с заданиями по наглядным инструкциям, а при ответах на вопросы или при уяснении рассказанного текста испытывают значительные трудности.

Задания на пространственную ориентацию, т.е. конструирование, рисование, детьми выполняются нормально даже при наличии у них насильственных движений.

Иногда у этих детей ошибочно можно диагностировать олигофрению в связи с дефектами слуха, при которых присутствует вторичная задержка психического развития.

При ранней и правильной лечебно-коррекционной работе у детей школьного возраста проявления задержки психического развития успешно компенсируются, если при этом учитываются имеющиеся дефекты слуха.

В зависимости от преобладающего дефекта, такие дети могут обучаться в разных типах коррекционных школ. Если у ребенка более выражены дефекты слуха, то он проходит обучение в специальных школах для глухих и слабослышащих детей, в которых существуют специальные классы для детей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Если же двигательные нарушения выражены наиболее сильно, а слух при этом снижен не резко, ребенок обучается в школе-интернате для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Кроме задержек психического развития детям с церебральными параличами может быть поставлен диагноз «олигофрения». Дифференциальная диагностика этих двух видов интеллектуальной недостаточности должна проводиться на основе разнообразных обследований — клинического, лого-

педического и экспериментально-психологического. Эти виды обследований должны быть не разовыми и кратковременными, а проводиться в процессе обучения ребенка, т.е. в течение длительного времени. По мнению Э.С. Калижнюк, проявления олигофрении при детских церебральных параличах имеют те же признаки, что и при других вариантах олигофрении, с некоторыми особенностями, характерными только для данного заболевания. У детей с церебральными параличами об олигофрении могут свидетельствовать следующие проявления:

- ◆ отвлеченное мышление недоразвито;
- ◆ все психические функции недоразвиты полностью и диффузно. При этом возможно более глубокое недоразвитие именно тех функций, которые типичны для разных форм детского церебрального паралича;
- ◆ дети действуют по шаблону, редко используют помощь взрослых;
- ◆ детям свойственны подражательность, внушаемость и недостаток самостоятельности при играх и в интеллектуальной деятельности;
- ◆ такие дети не переживают по поводу своего дефекта, они некритичны, личностные реакции у них выражены очень слабо;
- ◆ дети первых лет жизни недостаточно дифференцируют эмоции, позже начинают узнавать и различать родных людей с посторонними, недостаточно развиты познавательные и ориентировочные реакции;
- ◆ динамика интеллектуального развития менее благоприятна, чем у детей с задержкой психического развития.

Но автор отмечает, что все эти критерии достаточно относительны, и для того, чтобы полнее выявить все нарушения, необходимо длительное наблюдение этих детей в процессе обучения.

При сравнении олигофрении и задержки психического развития по этим же критериям, выявляются заметные отличия.

Отвлеченное мышление у детей с задержкой психического развития характеризуется относительной сохранностью. У детей со спастической диплегией это мышление проявляется в тех заданиях, в которых не требуется зри-

тельно-пространственный анализ и синтез; у детей с гиперкинетической формой церебрального паралича — в задачах, которые не требуют речевого высказывания.

При задержке психического развития психические функции поражаются не тотально, как при олигофрении. Наблюдается частичная утрата или недоразвитие некоторых психических функций и сохранность других. При спастической диплегии обычно выявляются нарушения зрительно-пространственного гнозиса и праксиса и относительная сохранность вербального мышления. При гиперкинетических проявлениях детского церебрального паралича обычно отмечаются противоположные проявления этих же нарушений.

Дети с задержками психического развития охотно используют помощь взрослых; им легче дается усвоение нового материала.

В игровой и мыслительной деятельности такие дети проявляют больше изобретательности и самостоятельности, чем дети с олигофренией.

В отличие от детей с олигофренией, такие дети рано узнают и дифференцируют своих и чужих людей, следят за играми своих сверстников, хорошо понимают обращенную к ним речь.

Детям с задержкой психического развития свойственно переживание своего состояния и дефекта, они стремятся к коррекционным занятиям с врачами, педагогами и психологами.

При раннем коррекционно-лечебном воздействии прогноз более благоприятен.

При олигофрении у детей с церебральными параличами не развиты высшие формы познавательной деятельности, страдает абстракция и обобщение. В рассказах дети с трудом выделяют главную мысль, им трудно объединить по внешним признакам предметы в группы. Они затрудняются в выделении видовых и родовых понятий, обобщенного вида (мебель, посуда, животные и другие). Абстрактный счет и задачи вызывают у них особенные трудности, а конкретный материал облегчает выполнение задач.

Дети с олигофренией в степени дебильности проходят обучение в школах-интернатах для детей с детским церебральным параличом по специальной вспомогательной программе.

Лечебно-педагогическое воздействие должно осуществляться комплексно и сочетать в себе лечебные, педагогические, в том числе и логопедические, и психологические приемы и методы.

Коррекционную работу нужно начинать как можно раньше, так как вследствие нарушения некоторых психических функций могут вторично нарушаться другие психические функции.

Коррекционные мероприятия, направленные на работу с детьми дошкольного возраста, должны осуществляться посредством разнообразных игр, т.к. ведущей деятельностью в этом возрасте является игровая. Игра способствует благоприятному развитию психики ребенка и его речи, приобретению им различных умений и навыков.

Так как основными нарушениями при ДЦП являются двигательные нарушения, их коррекции придается большое значение. Эффективными считаются занятия, на которых используются музыкально-ритмические упражнения. Ребенок чутко реагирует на ритм, музыку и песни. Такие систематические занятия с использованием музыки и танцев благоприятно влияют на развитие моторики у таких детей.

В зависимости от двигательных нарушений воспитатель специально подбирает задания, которые будут эффективны именно для этого ребенка. Основным методом исправления и коррекции нарушений в двигательной сфере является лечебная физическая культура (ЛФК). Эти занятия проводит врач ЛФК. Дополнительно нужно соблюдать ортопедический режим, т.е. носить специальную обувь и следить за своей осанкой и посадкой за столом.

Детям со спастической диплегией можно выполнять следующие упражнения для тренировки двигательных функций: потряхивание рук; упражнения, при которых ребенок отводит руки в стороны во время игры (например, «Летчики» и др.); игры, в которых дети поворачивают вверх ладо-

ни при протянутых вперед ладонях («Дождик» и др.). В таких играх — упражнениях эффективно использовать рифмованные стихи для положительного эмоционального настроения ребенка. Также используют игры, при которых дети сидят друг напротив друга и хлопают в ладоши, тренирующие сгибания кисти, и игры, при которых дети совершают хватательные движения кистью руки, используя мячик или другие мелкие предметы.

Для развития у детей способности к манипуляции мелкими предметами и развития тонкой моторики полезно включать в игровую деятельность собирание мозаики, различные виды конструирования, рисование. Важным моментом является использование в играх упражнений, развивающих у детей навыки самообслуживания: завязывание шнурков, застегивание пуговиц и т.д.

Важным моментом является развитие у таких детей координации движений, которая также может тренироваться на игровых занятиях.

Если у ребенка наблюдаются гиперкинезы, то рекомендуются упражнения, которые подавляют эти насильственные движения. Эффективными являются упражнения, при которых требуется оказание сопротивления.

У большинства детей с ДЦП отмечается инертность психики, внимание имеет недостаточный объем и является неустойчивым, запоминание недостаточное. Для коррекции этих проявлений можно использовать игры типа «Запомни — повтори», «Что лишнее?», «Чего не стало?» и др.

Для успешной коррекции нарушений необходимо правильно строить ход всего игрового занятия. Оно должно быть поделено на несколько частей, каждая из которых направлена на развитие какой-либо функции.

Занятия, проводимые утром, должны длиться не больше 40 минут. Первые 10 минут используются для упражнений и игр, которые направлены на коррекцию зрительно-пространственных нарушений. На них можно развивать представления детей о форме и величине предметов или развивать функции счета при рисовании или конструировании. Вторая часть занятия, составляющая примерно 10 минут, может включать разнообразные подвижные

игры, которые способствуют развитию моторики детей и помогают коррекции двигательных нарушений, сопутствующих тем или иным формам ДЦП. Следующая часть занятия должна включать в себя такие игровые моменты, которые помогают в развитии речи. Дети могут разучиваться стихи и анализироваться состав слов. Заключительная часть занятия длится 5-10 минут и направлена на развитие у детей внимания, памяти и других функций, помогающих в дальнейшем формировать мыслительную деятельность.

Такое обучение детей в процессе игровой деятельности помогает развивать у них познавательную деятельность и готовить их к обучению в школе.

У детей с детскими церебральными параличами нарушается сенсорное восприятие, и его также необходимо подвергать коррекции.

Зрительное восприятие и переключение взгляда у таких детей значительно замедлено, в результате чего происходят ограничения в познавательной деятельности. Для коррекции и развития зрительно-моторной координации сначала нужно зафиксировать взгляд ребенка на манипуляциях с предметами, вначале с помощью воспитателя, а затем только по вербальной инструкции. Для успешной работы ребенку помогают правильно сесть и по возможности расслабить мышцы туловища, рук и ног. В дальнейшем используется прием конструирования и подобные ему.

Следующие игровые приемы включают в себя упражнения, направленные на приобретение детьми плавного движения взгляда в различных направлениях. Для этого эффективно использовать такие дополнительные средства, как фонарик и обычное зеркало. С их помощью педагог направляет луч света или луч от зеркала и следит за тем, чтобы ребенок прослеживал их движение взором.

Периферическое зрение можно тренировать, используя разнообразные игровые предметы. Например, можно использовать машинки разной величины и объяснить ребенку, что он шофер, который должен всегда сидеть и

смотреть вперед, но обязательно быть еще и внимательным, т.к. на дороге, кроме него, могут двигаться и другие автомобили.

Параллельным направлением в коррекции зрительного восприятия является правильная ориентация ребенка с ДЦП в пространстве, и, в частности, умение правильно называть части тела, умение показывать середину, центр на листе бумаги или в кругу других детей.

Не следует забывать и о таких сторонах зрительного восприятия, как его острота и усвоение основных цветов. Для этого используются различные задания, когда ребенок по цвету, форме и величине составляет отдельные группы предметов (обычно это набор из геометрических фигур разного цвета и размера). Такие приемы можно использовать и тогда, когда ребенку предлагается назвать и узнать самому недостающие части предмета. Используется прием, когда ребенка по картинке просят описать предмет, его форму, величину и цвет.

Слуховое восприятие, как и зрительное, часто нарушается у детей с детским церебральным параличом и влияет на развитие психических функций.

По мнению Л.С. Выготского, основным принципом коррекционной работы является создание обходных путей развития. Недостаточное, слуховое восприятие речи у детей, которые имеют различные слуховые дефекты, в некоторой мере могут компенсироваться зрительным восприятием. При коррекционных видах работы с такими детьми используются приемы, при которых дети узнают предметы на ощупь и раскладывают их по величине.

При коррекционно-педагогической работе с такими детьми используется такой прием, при котором дети читают с губ другого человека зрительный образ слов. Если такой прием применять с рождения ребенка и при этом ограничивать использование мимики и жестов, то ребенок может освоить таким образом коммуникативную функцию речи. При работе с детьми, имеющими отклонения в развитии слуха, необходимо помнить, что речь педагога всегда должна быть четкой, громкой и выразительной.

По данным Э.С. Калижнюк, одним из ведущих принципов при обучении языку детей с дефектами слуха является наибольшее обогащение словаря и речевой практики ребенка. Для развития слухового внимания используются такие игры, как «Угадай, что играет?», «Чей голосок?» и др. Слабослышащих детей в процессе игры и обучения необходимо хвалить, чтобы активизировать их речевое развитие, и следить за тем, чтобы ребенок постоянно использовал в своей деятельности речевые навыки, пусть и минимальные.

Дети с церебральными параличами иногда не могут на ощупь узнать тот или иной предмет. Эти нарушения связаны с расстройствами ощущений двигательных актов. Кинестетические восприятия играют важную роль в развитии познавательной деятельности ребенка.

Коррекционно-педагогическая работа должна учитывать нарушения кинестезии. Для этих целей на занятиях проводят игры, помогающие детям учиться по ощущениям определять предмет (например, «Волшебный мешочек», в котором предметы меняются в зависимости от цели занятия).

Пространственное восприятие у детей с ДЦП развивается с задержками в результате того, что у них нарушена манипулятивная деятельность, имеются нарушения речи и двигательные расстройства. Коррекционная работа проводится поэтапно. На первом этапе у ребенка вырабатывается фиксация зора и руки на предметных действиях. Чтобы закрепить представления детей о форме предметов, используют игры типа «почтового ящика». На втором этапе дети начинают оперировать с предметами и развивать манипулятивную деятельность. На третьем этапе в коррекционную работу активно включается речь и проводятся упражнения по ее развитию у ребенка для выявления у ребенка пространственных отношений. Этого можно добиться несколькими приемами: воспитатель берет два предмета и объясняет ребенку, как они относятся друг к другу пространственно. Для этого выражения используются; наречия и предлоги «за», «перед», «сзади», «около». Дети манипулируют с предметами и через собственное восприятие учатся пространственным отношениям.

Для коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольного возраста с ДЦП работа проходит в нескольких направлениях.

Во-первых, детей знакомят с величиной и формой предметов. На занятиях дети учат, уточняют и дифференцируют предметы по размеру и геометрической форме.

Во-вторых, детей учат пространственной ориентировке в различных направлениях и при удаленности предмета. Для этого используют игры, в том числе и подвижные. Эффективно использовать в этих играх различный спортивный инвентарь и дополнительные предметы.

В-третьих, дошкольников учат воспринимать схемы тела и ориентироваться в сторонах пространства. Сначала определяется, какая рука у ребенка ведущая, затем педагог обучает ребенка схеме тела. Это должно происходить не только в игровой деятельности, но и во всех других. Э.С. Калижнюк предлагает для уточнения схемы тела использовать тесты «Манекен» и «Лицо». На подготовленный овал накладывают вырезанные из бумаги части лица, из бумаги вырезают части тела и предлагают детям собрать из них фигуру человека. Дополнительно в игровых моментах у детей уточняются и закрепляются схемы тела различных животных.

После длительных занятий детям предлагают самостоятельно нарисовать фигуру человека.

Детям с детскими церебральными параличами свойственны нарушения конструктивных способностей. Т.е. нарушаются целенаправленные движения; при этом элементарные движения, которые их составляют, у них остаются сохранными.

При проведении коррекционных мероприятий в игровой деятельности используют приемы обучения организационно-пространственной деятельности. Дополнительно проводятся приемы, способствующие пространственной ориентировке в помещении, в котором находится ребенок.

Для того чтобы развить конструктивные способности у дошкольников, страдающих ДЦП, им предлагают сконструировать из кубиков различные

объекты вначале по образцу, который показывает педагог, а затем самостоятельно по памяти. Также для работы используются разрезные картинки с изображениями животных, овощей, игрушек и т.д. Еще дети собирают из мозаики сначала фигуры разной геометрической формы, а потом несложные предметы (грибок, домик и т.д.). Из разного количества кубиков детям предлагается собирать картинки, для этого существуют специальные наборы кубиков из 4, 6, 9 и более штук. Развивать конструктивные способности ребенка можно не только на занятиях, но и в свободное время, на прогулках. Детям предлагают делать фигуры из песка, а зимой из снега.

При рисовании, лепке и других видах творческой деятельности дети продолжают развивать свои конструктивные способности.

Дети, у которых наблюдаются тяжелые двигательные нарушения, работают совместно с педагогом, который водит их рукой.

Многие авторы отмечают, что нарушения счета выявляются у большинства детей с детским церебральным параличом. В процессе обучения детей счету необходимо постоянно включать в занятия упражнения с опорой на зрительный или зрительно-осязательный анализатор. Каждый ребенок должен иметь у себя на столе набор счетных палочек и счеты. При заданиях, требующих от ребенка пересчета, используют наглядные предметы — через манипуляции с ними ребенок легче осваивает математические действия.

Первый этап обучения счету должен обязательно содержать наглядный материал, только после этого можно переходить к отвлеченному счету. При обучении счету дошкольников с последующими числами нужно придерживаться некоторых правил: вначале находят равенство, затем происходит обучение порядковому счету, в заключении происходит разбор числа по составу и соотношение числа и цифры. Чтобы научить детей правильно соотносить цифры и числа, можно использовать такой прием, при котором педагог показывает детям цифру или пишет ее на доске, а дети откладывают правильное количество предметов. Так же используется этот прием в порядке наоборот:

педагог показывает какое-то количество предметов, а дети поднимают соответствующую им цифру.

Э.С. Калижнюк предлагает проводить занятия по изучению состава числа в определенном порядке:

- ◆ педагог показывает детям определенную цифру и затем на наборном полотне выставляет такое количество предметов, которое соответствует показанной цифре;

- ◆ дети самостоятельно подбирают варианты, которые подходят к этому числу;

- ◆ педагог специально ставит на наборное полотно меньшее количество предметов, чем нужно; дети должны правильно дополнить его, чтобы получилось правильное число.

В дальнейшем происходит обучение в цифровой форме: детям показывают какие-то цифры, которые педагог держит в руке, и спрашивают, какую из этих цифр нужно переложить в другую руку, чтобы вместе получилось нужное число. Потом дети должны выполнить это задание самостоятельно.

После этого с детьми проводится обучение счету в письменной форме. На альбомных листах пишут математические примеры, в которых одно из слагаемых пропущено. Дети должны определить недостающую цифру.

При обучении счету, у детей происходит уточнение таких понятий, как «меньше на 1», «больше на 1», «отнять», «прибавить».

Когда дети учатся писать цифры, эффективным приемом считаются задания, при которых даются трафареты изучаемых цифр, и дети их закрашивают и обводят. Чтобы дети не переворачивали трафареты, необходимо после цифр ставить точку. Дополнительно нужно учить детей вести цифровой ряд слева направо.

Нарушения речи у детей с детским церебральным параличом, по данным некоторых авторов, наблюдаются в 80% случаев заболевания.

При ДЦП происходит органическое нарушение речедвигательного анализатора, что приводит к нарушениям в артикуляции звуков, нарушениям в голосообразовании, дыхании, темпе и выразительности речи.

Самыми частыми нарушениями речи при детском церебральном параличе являются дизартрии. Другим нарушением, которое встречается при ДЦП, является алалия. Без специального коррекционного воздействия речь у детей с моторной алалией не развивается и может оставаться на уровне лепета. Алалия встречается примерно у 3-5% детей с детским церебральным параличом.

У детей со спастической диплегией в большинстве случаев встречается псевдобульбарная дизартрия.

При гиперкинетической форме ДЦП может отмечаться недоразвитие просодической стороны речи. Наблюдаются речедвигательные расстройства; из-за тонических спазмов, которые возникают в артикуляционной и дыхательной мускулатуре, происходят нарушения дыхания и голосообразования. При этой форме ДЦП наблюдается подкорковая дизартрия, иногда — снижение слуха.

У детей с атоническо-атактической формой ДЦП нарушения моторики, как общей, так и артикуляторной определяются пониженным тонусом мышц. Этой форме ДЦП характерна мозжечковая дизартрия.

При самой тяжелой форме ДЦП — двойной гемиплегии, речевые нарушения проявляются в виде псевдобульбарной дизартрии, иногда анартрии.

Нарушения речи при ДЦП включают в себя фонетико-фонематические нарушения. Выполнение любых движений, в том числе и речевых, вызывает у детей повышение тонуса мышц в артикуляционной мускулатуре и только усиливает проявления дизартрии. Для развития у детей речевого дыхания рекомендуется проводить различные упражнения на дутье.

При усвоении детьми лексической стороны родного языка выявляются некоторые трудности. Многие дети не знают значений тех или иных слов или заменяют значение одного слова на другое, которое может совпадать с ним

по значению. Дети не понимают значений многозначных слов. Из-за недостаточности социальных контактов представления о предметах и явлениях окружающей среды у детей с ДЦП неполные, а иногда и неправильные. Для развития словаря необходимо проводить коррекционную работу по совершенствованию восприятия и каких-то представлений с их словесным обозначением и объяснением.

Используются игры и упражнения по описанию предметов и действий, загадыванию и отгадыванию загадок.

Усвоение грамматических форм и категорий языка проходит слабо и с нарушениями. Дети с детским церебральным параличом затрудняются при употреблении каких-либо грамматических форм и нередко нарушают всю структуру предложения. Это выражается в том, что дети могут пропускать второстепенные члены предложения, предлоги или нарушать порядок слов в предложениях.

Для того чтобы успешно корректировать и формировать грамматические навыки и умения, необходимо подходить к работе комплексно, т.е. учитывать и речевое, и интеллектуальное развитие детей с детским церебральным параличом.

При ДЦП могут отмечаться нарушения письменной речи — дисграфии и дислексии. Они возникают из-за недостаточных зрительных впечатлений и несформированности оптико-пространственного гнозиса. Дети с трудом узнают, запоминают буквы и цифры.

При письме дети пропускают буквы и слоги, смешивают и заменяют согласные.

Часто у детей с ДЦП встречается так называемое зеркальное письмо, или оптико-пространственная дисграфия. Это нарушение обычно наблюдается при поражении правых конечностей.

При ранней диагностике, которая может проходить уже в дошкольном возрасте на занятиях по рисованию, можно значительно снизить эти проявления у детей в школьном возрасте.

Занятия по этому направлению следует проводить в такой последовательности (по Э. С. Калижнюк): на листе бумаги для рисования в левом углу нужно поставить какой-нибудь значок, у детей вырабатываются движения слева направо. Для этого сначала дети тренируют руку не на листе бумаги, а проводят воображаемую линию рукой в воздухе или ведут мокрым пальцем по доске слева направо. Также можно использовать такой прием, при котором изображения рисуют красками и карандашами, необходимо все время делать опору на правую руку. При неправильном написании или рисовании необходимо производить сравнение с правильным изображением и проводить сознательный разбор.

Этапом, претворяющим обучение грамоте, может стать конструирование асимметричных букв из палочек и обведение букв с помощью карандаша. Если ребенок левша, коррекционную работу следует начинать как можно раньше. Она должна быть направлена на развитие кинестетических ощущений путем длительных тренировок. Сначала дети рисуют на листе бумаги различные волны и дорожки.

Все эти направления коррекционно-педагогической работы способствуют успешному преодолению имеющихся нарушений.

При организации лечебно-педагогических мероприятий необходимо участие не только педагогов, но и врачей. При наличии у детей с ДЦП множественных дефектов, в том числе двигательных, речевых, интеллектуальных и так далее, у них ослабляется желание к любому виду деятельности. При этом они нередко теряют интерес к учебе или игре, становятся безынициативными и неуверенными в себе. Поэтому важным и необходимым моментом при коррекционной работе является формирование у таких детей желания к деятельности и развитие при этом познавательных интересов. На занятиях необходимо добиваться того, чтобы ребенок получал от заданий и упражнений удовольствие и удовлетворение. Родителям и педагогам нужно чаще поощрять ребенка и таким образом развивать у него уверенность в своих силах. Необходимо также по мере возможности привлекать ребенка к

выполнению каких-то несложных поручений и участию в общественно полезном труде вместе с другими детьми.

Из-за повышенной физической и интеллектуальной утомляемости детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата обязательно нужно соблюдать режим дня, который предусматривает смену отдыха и трудовой и учебной деятельности.

Глава 9

ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛУХА И ЗРЕНИЯ

Отсутствие слуха и зрения оказывает серьезное влияние на интеллектуальное развитие человека. Задача родителей и специалистов-дефектологов — помочь слепоглухонемому ребенку стать всесторонне развитой личностью, привить ему навыки самообслуживания в быту.

Родоначалник отечественной тифлосурдопедагогикки И.А. Соколянский писал: «Слепоглухой — это действительно немой, то есть абсолютно не говорящий; у него отсутствует речь вообще какая бы то ни было, а главное — отсутствует мимико-жестикуляторная речь. Если у глухого ребенка мимико-жестикуляторная речь развивается на зрительной основе путем подражания, то у слепоглухого речь может быть развита только искусственно».

С точки зрения специалистов, слепоглухих детей лучше всего воспитывать в среде себе подобных, в условиях школы-интерната или детского дома. После того, как детям будут привиты необходимые навыки общения, они могут продолжать обучение дома. В интернатах и специализированных детских домах детей, лишенных слуха и зрения, начинают обучать словесной речи достаточно рано, приблизительно с 4-летнего возраста. Многие зависит от индивидуальных особенностей ребенка. Еще сравнительно недавно, в XIX в., некоторые исследователи в своих трудах называли слепоглухонемых «живыми комочками», «тиранами в собственных семьях», «инертными массами», «подвижными растениями». Эти же исследователи считали, что слепоглухонемых обучать бесполезно. В настоящее время используются специальные методики обучения слепоглухих, формирования у них необходимых навыков общения.

В 1837 г. началось обучение слепоглухонемой девочки Лоры Бриджмен. Лору научили чтению и письму выпуклыми буквами, вязанию, шитью, простейшему ручному труду. Обучением Лоры Бриджмен занимался дирек-

тор училища для слепых С.Г. Хоув. Безусловно, достижения Лоры нельзя было назвать значительными. Но в том, что касается обучения и воспитания слепоглухих, это была настоящая революция. Ведь до этого люди, лишенные слуха и зрения от рождения или потерявшие их из-за болезни, владели жалкое существование в приютах или монастырях.

Развитие общества не могло не затронуть проблему воспитания и обучения слепоглухонемых. В 1887 г. было начато обучение всемирно известной слепоглухонемой Елены Келлер. Она окончила Гарвардский университет, затем получила ученую степень.

В России первая информация о воспитании и обучении детей, лишенных слуха и зрения, относится к 1909 г. В этом году в Санкт-Петербурге была организована группа «призрения обездоленных детей и освобождения семей от обузы». Она была создана на благотворительных началах. После революции группа не исчезла, а продолжила свое обучение при Ленинградском институте слуха и речи. В это время уже появились первые методики обучения слепоглухонемых детей.

Родоначальником отечественной тифлосурдопедагогики по праву называют профессора И.А. Соколянского. Он активно занимался проблемой обучения и воспитания слепоглухонемых. Благодаря трудам Соколянского стало возможным создание специальных методик обучения детей, лишенных слуха и зрения. В 20-х гг. прошлого столетия Соколянский сам работал в Харьковской школе для воспитания и обучения слепоглухонемых детей. В числе его учеников была известная слепоглухонемая женщина О.И. Скороходова, впоследствии ставшая кандидатом педагогических наук и научным сотрудником. Она написала несколько книг, одна из которых — «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир» — интересна не только специалистам в области тифлосурдопедагогики. В 1963 г. был открыт Загорский детский дом для слепоглухонемых. (В 1991 году городу Загорску было возвращено название Сергиев Посад.)

Проблемы тифлосурдопедагогики интересовали многих специалистов разных областей. Интерес к данным вопросам проявляли известные психологи А.Н. Леонтьев, П.М. Кедров, Э.В. Ильенков, А.Р. Лурия, В.В. Давыдов, Н.П. Дубинин и др.

Слепоглухонемые дети не могут самостоятельно войти в окружающий мир, стать его неотъемлемой частью. Как указывал И. А. Соколянский, в случае слепоглухонемоты огромную роль играет специальное педагогическое вмешательство. Ребенок, лишенный слуха и зрения, не сможет научиться чему бы то ни было без правильно организованного обучения и воспитания. И.А. Соколянский описал 24-летнего слепоглухонемого, который не был обучен чему-либо. Этот человек был абсолютно беспомощен, не мог самостоятельно даже передвигаться. Если он оказывался без присмотра, то садился, шарил вокруг себя руками и выражал беспокойство мычанием. Безусловно, такие примеры, описанные в литературе, должны показать актуальность и необходимость своевременного обучения детей, лишенных слуха и зрения. В результате соответствующего обучения слепоглухонемой человек может вести активную, интересную жизнь, может обслуживать себя сам, может работать, может даже получать высшее образование. В МГУ на факультете психологии в порядке эксперимента обучались слепоглухонемые студенты. Они весьма успешно освоили учебный курс, защитили дипломы. Некоторые даже получили ученую степень.

Задача тифлосурдопедагогов — формировать человеческую личность в условиях сенсорной ограниченности. И.А. Соколянский называл процесс первоначального воспитания детей, лишенных слуха и зрения, «очеловечиванием». Тифлосурдопедагогика не приемлет «биологического» подхода к воспитанию личности. В ребенке не заложена от рождения программа развития человеческой психики. Воспитание и обучение слепоглухонемых детей ясно это доказывает. Если бы предположение, что в человеке все «человеческое» заложено от рождения, было верно, то задача тифлосурдопедагогов была бы очень простой. Нужно было бы всего лишь дождаться, пока про-

грамма начнет действовать. Однако, как уже было сказано, если специально не воспитывать слепоглухонемых детей, то в их поведении не будет ничего человеческого. Они будут владеть жалкое полуживотное существование. Специалисты в области тифлосурдопедагогики утверждают, что дети, лишенные слуха и зрения, без специального обучения не проявляют исследовательского рефлекса к окружающему миру. Иначе говоря, слепоглухонемые дети самостоятельно не стремятся исследовать, познавать окружающий мир. Только при условии специализированного обучения возможно формирование их исследовательской деятельности по отношению к окружающему миру. В первую очередь при воспитании слепоглухонемых детей нужно направить их интерес на поиск и изучение предметов, которые необходимы в повседневной жизни, в быту.

Формирование интереса слепоглухонемого ребенка к окружающим его предметам возможно в условиях совместной деятельности с воспитателем. Что представляет собой такая деятельность? Взрослый человек должен стимулировать ребенка к проявлению активности. Например, слепоглухонемого ребенка кормят с ложки. Воспитатель берет ручку ребенка в свою руку (при этом дает ложку ребенку). Когда ложка поднесена ко рту, ребенок проявляет большую активность, напрягает ручку. Воспитатель отпускает свою руку. Постепенно ребенок привыкает брать ложкой еду из тарелки.

Аналогично проводится процесс одевания. Воспитатель стимулирует активность ребенка тем, что вместе с ним надевает на него ту или иную одежду. Если воспитатель чувствует, что ребенок полностью перестал проявлять активность, то перестает помогать ему. В результате ребенок остается полураздетым. Ему неудобно двигаться, он начинает беспокоиться, плакать. В этом случае воспитатель снова начинает ему помогать, стимулируя активность ребенка в собственном одевании.

Совместная деятельность в воспитании слепоглухонемых детей необходима, т.к. обычным способом, которым пользуются нормальные дети, — подражанием, они воспользоваться не могут. Нормальный ребенок видит, как

используются те или иные предметы; проводит аналогии между своим поведением и поведением окружающих его людей, на основе таких наблюдений делает свои выводы. Слепоглухонемой ребенок лишен такой возможности. Однако тесный телесный контакт в процессе совместной деятельности дает возможность слепоглухонемому ребенку приобщиться к жизни окружающего мира. На основе таких впечатлений формируется личный опыт слепоглухонемого ребенка. Опыт нормального ребенка основывается на множестве впечатлений, уследить за которыми невозможно. Нормальный ребенок воспринимает высказывания и действия взрослых, родственников, знакомых детей, смотрит телевизор и т.д. Соответственно, делает выводы, подчас неожиданные, удивляя окружающих своей сообразительностью. На самом деле в данном случае имеет место процесс передачи опыта окружающих людей ребенку.

Когда речь идет о воспитании слепоглухонемых детей, процесс передачи опыта намного более сложен. Происходит он значительно медленнее. Слепоглухонемой ребенок воспринимает только то, что непосредственно связано с его личным общением со взрослыми. Все остальное ему недоступно. Совместная деятельность слепоглухонемого ребенка и взрослых рано или поздно дает плоды: ребенок начинает понимать, что те или иные действия связаны с дальнейшим результатом. Как правило, результат приносит ему комфорт или удовольствие. Например, так происходит при кормлении или купании. В дальнейшем ребенок начинает проявлять активность в тех или иных ситуациях.

Существует «цепная методика проф. И.А. Соколянского». Она заключается в том, что деятельность слепоглухонемого ребенка, связанная с удовлетворением повседневных потребностей, делится на цепи, которые состоят из отдельных действий («звеньев цепи»). Количество «цепей» зависит от уровня развития ребенка. В зависимости от этого количества формируется совместная деятельность ребенка и наставника. Цепная методика приводит к тому, что дети обучаются необходимым в повседневной жизни навыкам. Бо-

лее того, они начинают проявлять активность в осуществлении того или иного действия. Обученные слепоглухонемые дети могут прогнозировать результаты собственной деятельности. Все это свидетельствует о явном развитии ребенка. Теперь, в процессе совместной деятельности, он все чаще желает отказаться от помощи, показывая собственные силы, умения. Ребенок начинает верить в свои силы. Это необходимо для его дальнейшего развития как личности.

Впоследствии, когда ребенок обучается словесной речи (в дактильной форме), то открывает для себя неограниченные возможности словесного общения. В этот период у слепоглухонемого ребенка возникает явный интерес к окружающему миру, и он пытается расширить границы собственного познания вопросами. Воспитатели должны внимательно следить за ребенком в этот период, стимулировать его интерес, способствовать дальнейшему развитию.

Очень важно вовремя сформировать у слепоглухонемых детей интерес к чтению — это благотворно скажется на их дальнейшем саморазвитии. С точки зрения непосвященного человека, обучение и воспитание слепоглухонемых детей выглядит невероятно сложным. Однако существующие методики, специализированная литература и технические устройства, используемые в настоящее время, существенно изменили ситуацию по сравнению с прошлыми десятилетиями.

При обучении и воспитании слепоглухонемых детей следует особое внимание обратить на жесты. Именно жесты необходимы детям, лишенным зрения и слуха, так как с их помощью они могут осуществить контакт с окружающими людьми, показать свои желания, выразить свое отношение к миру. Безусловно, одной лишь жестовой речи в дальнейшем будет недостаточно. Но на ранних этапах обучения и воспитания слепоглухонемых детей жестовая речь является главным и пока единственным средством «связи» между ребенком и окружающими людьми. Усвоенные ребенком жесты, появление новых свидетельствуют о том, что у малыша возникает и постепенно стано-

вится все более и более отчетливым желание общаться, т.е. потребность в речи.

На важность жестовой речи на начальном этапе воспитания и обучения детей, лишенных слуха и зрения, обращали внимание многие специалисты. В частности И.А. Соколянский. По его мнению, если при обучении слепоглухих детей игнорировать важность жестовой речи, то в дальнейшем ребенку «грозит опасность умственного отступления, то есть абсолютная инвалидность». Жесты необходимы даже тогда, когда ребенок будет полностью обучен словесной речи в дактильной форме. На это указывает в своих работах Р.А. Мареева.

Когда ребенка обучают словесной речи в дактильной форме, то, безусловно, бывает непросто показать и закрепить в его сознании связь между словом и предметом или действием. Именно поэтому необходимо использовать при обучении жесты. После каждого дактильного слова учитель использует соответствующие жесты, вызывая тем самым в сознании ребенка определенные ассоциации.

Жестовая речь удобна в тех случаях, когда слепоглухонемые дети осуществляют общение с людьми, постоянно находящимися рядом (с учителями, воспитателями, близкими родственниками). Окружающие люди уже научились понимать жесты ребенка. Но при взаимодействии с «непосвященными» жесты оказываются бесполезными. Окружающие люди не поймут, что хочет им сказать слепоглухой ребенок. Родители и учителя должны это сознавать и, по возможности, довести до сведения подрастающих детей. В дальнейшем дети, лишенные слуха и зрения, должны выбирать иные средства общения с окружающим миром.

Как свидетельствуют специалисты, жестовая речь не является средством, значительным образом влияющим на динамику умственного развития слепоглухонемых детей. Только владение словесной речью (разумеется, в дактильной форме) позволяет совершенствовать интеллектуальное развитие.

В процессе обучения детей, лишенных слуха и зрения, основной задачей педагогов является формирование словесной речи.

Когда возможен переход от жестовой речи к словесной? Только после того, как ребенок достиг определенного уровня развития. Признаками готовности к обучению можно назвать умение ребенка концентрировать внимание; желание подражать, умение и желание выполнять простейшие команды взрослых. Но даже наличие вышеперечисленных признаков у слепоглухонемых детей еще не свидетельствует о полной готовности к обучению словесной речи в тактильной форме. Нередко педагоги сталкиваются с тем, что в процессе обучения ребенок испытывает огромные трудности. В таких случаях обучение практически невозможно. Это может быть связано с тем, что ребенок не понимает тактильные знаки; не может повторить создание определенной конструкции из каких-либо предметов, не запоминает последовательности действий учителя; не может произвести аналогию между тактильными знаками и какими-то предметами или действиями. Все это свидетельствует о том, что обучение начато слишком рано. Ребенок может быть еще недостаточно подготовлен к обучению. Именно поэтому перед тем, как начать обучение словесной речи в тактильной форме, следует как можно больше внимания уделить специальным играм, которые должны помочь ребенку развить навыки подражания, научить запоминать простейшие конструкции. Пример: ребенок должен вслед за педагогом построить аналогичную конструкцию из предложенных ему предметов (игрушек, геометрических фигур и т.д.). Затем педагог поочередно убирает из конструкции определенные предметы, а ребенок должен найти аналогичный предмет и поставить его на место.

При обучении и даже при проведении игр со слепоглухонемыми детьми педагоги и воспитатели должны отдавать себе отчет, что ребенку подчас нелегко уловить то, что от него требуется. Поэтому не следует выбирать чересчур сложные задания. Не нужно выбирать для игры слишком большое количество предметов. Действия, которые должен повторить ребенок, должны быть простыми и понятными для того, кто не обладает слухом и зрением.

Обучение словесной речи в дактильной форме требует овладения ребенком определенной техники, при которой пальцы рук складываются в зависимости от изображаемого дактильного знака. Безусловно, ученик должен обратить внимание на точное положение каждого пальца, иначе возникнут трудности в дифференцировке отдельных знаков. Дети всегда остаются детьми, поэтому педагогам, работающим со слепоглухонемыми детьми, часто приходится сталкиваться с невнимательными учениками. Соответственно, у таких детей бывает нечеткая, неправильная дактильная речь. Это в дальнейшем приводит к непониманию их высказываний другими.

Когда ребенок обучается дактильной речи, каждое слово он повторяет буквально «по буквам», т.е. дети повторяют каждый знак. А педагог следит за правильностью воспроизведения этих знаков. В дальнейшем ученики должны повторять слова целиком. Учитель дактилирует слово, а ученики повторяют. На данном этапе обучения детям приходится работать самостоятельно, прилагать все усилия, чтобы выполнить все требования учителя, а не ждать подсказки. Необходимость самостоятельной работы приводит к тому, что дети учатся внимательно следить за дактильной речью учителя. В дальнейшем это формирует умение воспринимать связную дактильную речь другого человека.

В процессе обучения у детей формируется необходимый словарный запас, который позволяет достаточно свободно оперировать различными понятиями. Это дает возможность не только свободно общаться между собой, но и усваивать новую информацию, связанную с различными учебными курсами. Безусловно, в процессе начального обучения дактильной речи учитель должен избегать использования малоупотребительных слов. Такие слова мешают ребенку, перегружают его память.

В процессе обучения слепоглухонемых детей педагогу следует обратить внимание на следующую классификацию учебного материала. Как указывают специалисты, в частности Р.А. Мареева, учебный материал условно можно разделить на пассивный (усваивается на уровне понимания) и актив-

ный (необходим для того, чтобы слепоглухонемые использовали его в непосредственном общении с окружающими людьми). Постепенно осуществляется процесс перехода пассивного материала в активный. Т.е. дети учатся использовать то, что поняли. Этот процесс является очень трудным, но тем не менее он осуществим. В результате дети приобретают умение выражать свои просьбы, желания и т.д.

При обучении слепоглухонемых детей в условиях школы-интерната практически всегда в помещениях, где живут и учатся дети, помещают различные письменные таблички, индивидуальные словари и схемы. Ребенок может использовать таблички, на которых изложена определенная просьба или утверждение. Например, ребенок может просигнализировать с помощью таблички: «Я хочу кушать»; «Помогите мне одеться»; «Я хочу гулять»; «Мне холодно» и т.д. Использование таких схем позволяет ребенку усвоить простые, типовые фразы, а также закрепить уже усвоенный ранее речевой материал. Все это способствует формированию обобщенных словесных образов.

Как происходит обучение слепоглухонемых детей грамматическому строю языка? Безусловно, этот процесс долог и труден. Но он начинается буквально с самого начала обучения дактильной речи. Между нормальным ребенком и ребенком, лишенным слуха и зрения, существуют значительные различия. При обучении нормальных детей педагог может практически сразу использовать достаточно сложные грамматические конструкции. При обучении слепоглухонемых детей это недопустимо. Если обратиться к системе обучения слепоглухонемых словесной речи, которая была создана профессором И.А. Соколянским, то на начальном этапе обучения детей, лишенных слуха и зрения, словарный запас формируется благодаря словам, которые обозначают только конкретные предметы, постоянно встречающиеся в реальной жизни. Такие слова являются значимыми и важными для ребенка. Соответственно, они быстро запоминаются, легко используются детьми в процессе общения. На начальном этапе обучения слепоглухонемых детей не следует использовать слова, которые обозначают действие или признак предмета.

Дети не смогут их понять. Глаголы могут быть поняты детьми только в простом двусоставном предложении, т.е. вместе со словами, которые обозначают предмет. Например: «Девочка спит»; «Мальчик ест».

Только после того как простые двусоставные конструкции будут усвоены, можно переходить к простому распространенному предложению, которое состоит из подлежащего, сказуемого и дополнения. Например: «Мальчик играет с девочкой»; «Кошка спит на крыльце» и т.д. Постепенно можно усложнять грамматические конструкции, использовать другие части речи, например, прилагательные, наречия, местоимения. Таким образом дети начинают понимать, что словесная речь представляет собой не просто набор слов. Дети понимают, что все слова складываются по определенным правилам, что такое грамматический строй словесного языка.

В процессе обучения слепоглухонемых детей возможно (и даже нужно) обучать их звуковой, т.е. устной, речи. Это пригодится при общении слепоглухонемого со зрячими и слышащими людьми. Но здесь есть немало сложностей. О них предупреждает в своих выводах З.А. Рагозина: не следует глухих учить говорить слишком рано, это может пойти в ущерб умственному развитию. Ведь для человека, лишённого слуха, умение говорить не может быть целью. Для слепоглухонемых детей умение пользоваться звуковой речью станет только приятным дополнением, которое сможет облегчить общение с внешним миром. Ребенок должен осознать это в полной мере, тогда у него появится стимул учиться звукам речи. Но само по себе обучение звуковой речи будет для ребенка сложным и неинтересным процессом. Формирование у слепоглухонемых детей звуковой речи требует много времени и сил. Обучение начинается с того, что дети учатся делать вдох и выдох; вырабатывают речевое дыхание; учатся управлять воздухом при произнесении звуков. Но обучение звуковой речи должно происходить только тогда, когда ребенок в определенной степени уже освоил речь дактильную, ведь ребенку нужно провести аналогию между ними.

При обучении детей, лишенных слуха и зрения, звуковой речи необходимо обратить особое внимание на положение органов речеобразующего аппарата. Для этого используются специальные муляжи контура губ. Ребенок должен запомнить, как располагаются губы при произнесении тех или иных звуков. Чтобы научить ребенка фиксировать язык в нужном положении, педагог должен обработать руки спиртом и зафиксировать язык и губы ученика. Педагог также может использовать специальные инструменты (шпатели). При обучении детей звуковой речи следует дать им возможность ощутить вибрацию голосовых связок. Именно поэтому при произнесении звуков ребенок должен ощущать одной рукой вибрацию голосовых связок учителя, другой — ощущать вибрацию собственных звуковых связок.

После того как ребенка научили произносить звуки, переходят к формированию навыков устной речи. Это очень трудный процесс, ведь у слепоглухонемого ребенка речь может быть нечленораздельной. Кроме того, ребенку, который не слышит своей речи, трудно определить, громко или тихо он говорит. К тому же нельзя забывать о неверном ударении в словах, что часто встречается в речи глухих. Разумеется, слепоглухонемой ребенок никогда не будет говорить так, как нормальный. В лучшем случае его речь будет относительно понятной для окружающих. Однако все это совсем не означает, что педагог не должен пытаться исправлять ошибки учеников в устной речи. В целом ряде случаев (особенно при наличии у ребенка остаточного слуха) желательно проводить отработку произношения, а также пытаться как можно лучше развить слуховое и вибрационное восприятие. В задачу педагога не входит обучение слепоглухонемых детей сложным фразам и предложениям. Детям, лишенным слуха и зрения, ни к чему ораторское искусство. Но овладеть простыми словами и предложениями они должны. Педагог должен стремиться научить слепоглухонемых детей пользоваться устной речью без тактильного сопровождения. Это сделать нелегко. Для чего следует избегать тактильного сопровождения, если ребенок пользуется устной речью? Дело в том, что между темпом устной речи и темпом тактильной

речи есть значительная разница. В результате ребенку крайне сложно будет осуществить относительно плавную речь. Если ребенок будет одновременно использовать устную и дактильную речь, то он станет искусственно разделять проговариваемые слова на звуки. Это затруднит восприятие его речи окружающими. Если принять во внимание возможные недостатки речи слепоглухих, нетрудно представить, что понять ребенка окружающие просто не смогут. В свою очередь, ребенок поймет, что его устная речь далека от совершенства, и будет стараться избегать такой формы общения. Безусловно, ничего хорошего в этом нет. Поэтому задача педагога — по возможности скорректировать недостатки.

Формирование устной речи и коррекция произношения требуют обязательного развития у слепоглухонемых детей вибрационной чувствительности и задействования остаточного слуха. Безусловно, остаточный слух существует далеко не у всех детей, лишенных слуха и зрения. Среди них есть тотально слепоглухонемые. Но что касается вибрационной чувствительности, то все без исключения слепоглухонемые могут развить в себе это умение. Не случайно в учебную программу для детей, лишенных слуха и зрения, обычно бывают включены уроки ритмики.

Уроки, на которых проводится развитие слухового и вибрационного восприятия, могут проводиться с использованием звукоусиливающей аппаратуры. В первую очередь у слепоглухонемых детей следует выработать определенные реакции на вибрационные и звуковые сигналы. После этого вырабатывается реакция на отдельные слова устной речи. Дети, не слышащие устную речь, могут весьма успешно реагировать на знакомые ритмы и вибрации. Для слепоглухих ритм играет большую роль. Они легко, по шагам определяют, кто вошел в комнату; с удовольствием кладут на корпус музыкальных инструментов руки, чтобы насладиться ритмами музыки. Поэтому обучение вибрационному восприятию не представляет особого труда.

Умение воспринимать ритм устной речи помогает слепоглухонемым детям научиться делать правильное ударение в словах. Если дети вниматель-

но «слушают» педагога, что можно осуществить путем приложения руки ученика к гортани учителя, то они рано или поздно понимают, где именно следует ставить ударение в слове. Такое умение влияет на степень понимания речи слепоглухонемого окружающими людьми.

Как уже было сказано, использование звукоусиливающих приспособлений оказывает положительное влияние на обучение слепоглухонемых детей, особенно тех, кто обладает остаточным слухом. Как и в случае с детьми, обладающими остаточным зрением, ученики делятся на группы (в зависимости от возможности воспринимать информацию на слух). Дети с остаточным слухом обязательно должны выполнять задания, воспринимая их только на слух. Слова и фразы, которые употребляет учитель, могут быть типовыми, хорошо знакомыми детям с предыдущих занятий. Ребенок должен уметь распознать эти фразы на слух или по знакомым ритмам. Это такие фразы, как «исправь ошибку»; «возьми книгу»; «прочитай» и т.д.

Всем, знакомым с тифлосурдопедагогикой, известны произведения О.И. Скороходовой. Она лишилась зрения и слуха после менингита, которым переболела в детстве. Однако далеко не все слепоглухонемые станут в дальнейшем писателями. Несмотря на это, необходимо заботиться о развитии речи. Например, дети изучают такое время года, как осень; узнают об особенностях данного времени года, о жизни растений и животных осенью, о работе людей, связанной с наступлением осени. Соответственно, дети должны уметь составить связный рассказ, в котором будет отражена вся полученная информация. Слепоглухонемые дети должны уметь не только прочитать, но и анализировать тексты. Кроме того, слепоглухонемые дети должны уметь рассказать о собственных впечатлениях. Например, как они провели выходной; каникулы; что делали на прогулке, как играли с кошкой, и т.д. Очень полезными и интересными для слепоглухонемых детей являются сюжетные и ролевые игры, когда ребенок «примеряет» на себя роль учителя, садовника, врача и т.д.

Слепоглухонемые дети обязательно должны ходить на экскурсии. В процессе таких экскурсий они получают сведения о живой и неживой природе; узнают об особенностях жизни растений и животных; получают практические навыки, которые оказывают положительное влияние на формирование личности в целом.

Процесс воспитания слепоглухонемых детей неразрывно связан с трудовой деятельностью. В самом раннем возрасте дети учатся обслуживать себя, выполнять простейшие действия в быту. Когда слепоглухонемые дети становятся старше, они должны быть активно вовлечены в общественную жизнь школы. Это может быть уборка класса, двора, уход за животными и т.д. Это необходимо для того, чтобы выработать у детей самостоятельность и ответственность.

В процессе обучения детей, лишенных слуха и зрения, возможно использование комбинированных фраз (в одной фразе могут быть использованы разные формы речи: жестовая речь, дактильная и звуковая). Такие фразы позволяют максимально активно использовать возможности детей. Например, в фразе «я хочу кушать» ребенок местоимение «я» скажет устно; глагол «хочу» скажет дактильно, а слово «кушать» — жестом.

Задача педагога — внимательно относиться к каждому слову. Нередко дети стараются ориентироваться по ситуации, не обращая внимание на предлоги. Например, учитель дает ребенку задание убрать тетрадь в стол. Ребенок понимает только часть фразы и кладет тетрадь на стол. В данном случае можно наблюдать, что ребенок ориентируется только по словам «тетрадь» и «стол». Поэтому педагогу следует уделить особое внимание предлогам. Можно считать, что предлоги усвоены детьми, если они правильно выполняют указания.

В процессе обучения слепоглухонемых детей педагог может столкнуться со значительными трудностями. Например, на ранних этапах обучения, когда дети учатся выполнять указания старших, может возникнуть явное непонимание со стороны ученика. Учитель дает ребенку задание с помощью

дактильной речи. А ребенок механически повторяет все знаки, не понимая, что от него требуется. В данном случае учитель должен показать это ребенку. Например, ребенку объясняют: «Дай мяч». Если ребенок не понял инструкцию, учитель должен подвести его к мячу, взять мяч его руками, после чего мяч должен оказаться в руках учителя. Так у ребенка в сознании отложится схема действия, связанная с указанием учителя.

При обучении слепоглухих детей огромное значение имеют положительные эмоции, которые должно приносить каждое занятие. Именно поэтому педагог всегда должен следить за настроением детей, а также использовать различные игры, которые нравятся детям.

В процессе обучения необходимо развивать у детей разговорную речь, а также учить их выражать свои мысли благодаря описательно-повествовательной речи. Для того чтобы ребенок научился связной речи, следует научить его описывать действия, отдельные предметы и т.д. Например, ребенок должен рассказать, что делал вчера вечером; сегодня утром; и т.д.

Для слепоглухонемых детей, которые воспитываются в интернате и встречаются со своими родными достаточно редко, огромное значение имеют письма (как их чтение, так и составление). Первоначально письма из дома ребенку читает учитель, потом ребенок начинает читать самостоятельно (в том случае, если письма написаны по Брайлю). Ради того чтобы написать письмо домой, ребенок старается как можно лучше изучать письменную речь.

Дети, лишенные слуха и зрения, могут овладеть письменной речью благодаря рельефно-точечному шрифту Брайля. Если ребенок обладает остаточным зрением, то возможно использование и плоскопечатных букв. Разумеется, до того, как ребенок научится пользоваться шрифтом Брайля, пройдет немало времени.

Основным методом подготовки слепоглухонемых детей к обучению письменной речи посредством шрифта Брайля является использование специальных табличек, на которых шрифтом Брайля написаны определенные

знаки. В процессе подготовки детей к письменной речи следует использовать занятия лепкой и ручным трудом. Это позволяет подготовить руки ребенка сначала к восприятию брайлевского алфавита, а в дальнейшем к чтению и письму.

В обучении слепоглухонемых детей необходимо применять специальные технические средства. История педагогической работы со слепоглухонемыми детьми тесно связана с развитием технических средств. Первое техническое устройство — электрический телетактор — было создано И.А. Соколянским в 40-х годах прошлого века. Это устройство позволяло осуществить передачу сообщений от преподавателя к ученику. Для того чтобы передать сообщение, педагог должен был нажать на определенные клавиши. В свою очередь, ученик пальцами должен был прочесть сообщение (разумеется, использовался рельефно-точечный шрифт Брайля).

После того как в Загорске был открыт детский дом для слепоглухонемых детей, особенно остро встала проблема общения учителя не только с одним учеником, а с целой группой. Именно поэтому в 60-х гг. прошлого века в Свердловске был создан специальный телетактор (начал использоваться с 1966 г.). Но и это устройство давало возможность осуществить связь только от учителя к ученикам. Обратная связь не была предусмотрена. Но ведь в процессе обучения слепоглухонемых детей именно обратная связь особенно необходима.

Первым устройством, которое давало возможность обратной связи, был «ТЕПРОИВС» (телетактор прямой, обратной и взаимной связи). Это устройство было создано В.В. Лебедевым. Данное устройство, а также устройство для передачи сообщений группе слепоглухонемых, созданное М.М. Германовым, произвели настоящую революцию в педагогической практике работы со слепоглухонемыми. В устройстве, созданном Германовым, была задействована многоклавишная клавиатура, похожая на клавиатуру пишущей машинки. Связь клавиатуры с перекодирующим устройством позво-

лила сделать возможным общение слепоглухонемых с людьми, не имеющими специальных навыков общения.

В 1968 г. М.М. Германовым был разработан специальный класс, который был оборудован устройствами прямой, обратной, взаимной связи, перекодирования информации. Это давало возможность работать с группой слепоглухонемых детей. Но в данном специализированном классе был существенный недостаток: технические устройства одновременно могли воспроизвести только один знак по Брайлю. Т.е. слово печаталось не сразу, а по буквам. Это делало прочтение слов медленным, из-за чего нарушалась целостность фраз и отдельных слов. Соответственно, встала необходимость создания устройства, которое позволило бы сделать считывание слов слепоглухонемыми детьми максимально быстрым, аналогичным чтению книжного текста по Брайлю. То есть, перед учеными встала задача создания телетактора, который одновременно мог бы печатать целые строчки текста.

В 1971 г. был разработан телетактор, который давал возможность одновременно считывать 24 рельефно-точечных знака. Отличительной чертой этого технического устройства были тактильные дисплеи, на которых появлялась строка текста по Брайлю. Это устройство позволило шагнуть далеко вперед в деле обучения и воспитания слепоглухонемых детей.

По мере развития технических устройств в тифлосурдопедагогике совершенствовался процесс обучения и воспитания детей, лишенных слуха и зрения. Раньше различные технические устройства оказывались полезными только для обучения детей, которые уже ознакомились с системой Брайля, соответственно, период обучения чтению был весьма сложен. На подготовительном этапе не предполагалось применение технических средств. Сейчас дело принципиально изменилось. В настоящее время существуют такие технические средства, которые оказываются полезными уже в подготовительный период. С помощью технических средств педагоги могут протестировать слепоглухонемых детей, для того, чтобы выяснить их потенциальные воз-

возможности, а также индивидуальные особенности. С учетом индивидуальных особенностей процесс обучения проходит намного успешнее.

С точки зрения многих специалистов, долгое время недооценивалась роль остаточного зрения у слепоглухонемых детей. Внимание к каждому ребенку позволяет выявить тех, у кого присутствует остаточное зрение. В этом случае технические устройства дают возможность проводить обучение в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка (учитывается состояние остаточного зрения). Учеников объединяют в группы, ориентируясь на состояние их зрения.

Если принять во внимание наличие остаточного зрения, то обучение в данном случае может производиться по трем типам. Первый — основным является именно зрительное восприятие; второй — основным является зрительное и тактильное восприятие; третий — основным является только тактильное восприятие. При формировании учебных групп учитывается также слуховое восприятие. У некоторых детей есть незначительные остатки слуха.

Технические устройства дают возможность создавать более успешные условия для развития детей, лишенных зрения и слуха. Огромное значение имеет ранняя диагностика зрения и слуха. Для проведения такой диагностики были созданы специальные устройства, дающие возможность выявить реакцию ребенка на различного рода раздражители. Вот краткое описание одного из таких устройств: приспособление имеет вид шара. Ребенок берет шар в руки и катает по специальной поверхности. В зависимости от положения, в котором шар находится в данный конкретный момент, появляются световые и звуковые сигналы. Световые сигналы — это цветные бегущие огоньки, звуковые сигналы — это мелодии, также осуществляются вибрационные сигналы. На какие-то из сигналов ребенок реагирует. В зависимости от выбора ребенка можно сделать вывод, какие стимулы вызывают у него наиболее заметную реакцию.

В процессе обучения слепоглухонемых детей важно сформировать у них понятие формы, величины предметов, пространственных отношений.

Бывает нелегко научить ребенка определять свойства и признаки предметов. Специалистами в области тифлосурдопедагогики были разработаны пособия, облегчающие процесс обучения детей. При обучении детей с остаточным зрением используются специальные пособия, которые созданы с учетом состояния зрения детей. Взаимодействие зрительного восприятия с осязанием дает возможность успешного обучения. Чтобы ребенок с остаточным зрением мог видеть пособия, они должны быть очень яркими. Это учитывается при их создании.

Дети, обладающие остаточным зрением, с большим интересом относятся к светящимся предметам. При обучении эта особенность обязательно учитывается. Учитель использует светящийся предмет, что дает возможность научить детей фиксировать взгляд на предмете, переключать внимание с одного предмета на другой, а также следить за движущимися предметами. Упражнения, созданные с учетом таких действий, позволяют достаточно успешно развивать зрительно-двигательные координации движений рук. Для детей с остаточным зрением это очень важно, ведь им порой бывает трудно рассчитать расстояние до конкретного предмета, когда возникает необходимость взять предмет в руки или совершить с ним какое-то действие.

Для формирования представлений об основных геометрических телах в процессе обучения используются комплекты моделей объемных тел. При обучении детей с остаточным зрением такие модели изнутри подсвечиваются. Это позволяет детям более успешно фокусировать взгляд на изучаемых предметах. Когда от детей требуется усвоить форму и величину разных геометрических фигур, педагог использует специальное пособие, которое имеет выемки для вкладывания различных фигур. Ребенок должен выбрать те фигуры, которые соответствуют по форме и величине конкретной выемке.

В процессе обучения слепоглухонемые дети изучают различные общеобразовательные предметы, в том числе геометрию. Начертить ту или иную геометрическую фигуру слепоглухонемые дети не могут. Такая задача будет непосильной даже для тех детей, которые имеют остаточное зрение. Соот-

ветственно, педагоги используют пособия, которые дают возможность ребенку проявить как остаточное зрение, так и тактильные ощущения.

При работе с детьми, обладающими остаточным зрением, уже сравнительно давно используется специальное пособие, представляющее собой световую мозаику. Пособие имеет вертикальную панель (размеры 40 см х 40 см). На панели находятся «гнезда». Они располагаются рядами на расстоянии 2-3 см друг от друга. В нижней части панели есть специальные подсвечивающие отсеки. В них расположены разноцветные лампочки. В каждом отсеке находятся лампы разных цветов. Задача ребенка — выбрать из разных отсеков лампы и вставить их в отверстия («гнезда») панели. В результате каждая лампа, которая будет вставлена в отверстие на панели, загорится своим цветом, получится светящаяся картина. Чаще всего таким образом дети изучают построение геометрических фигур.

У детей с остаточным зрением крайне важно выработать зрительно-двигательную координацию. Для этого уже давно используется специальное устройство. В пособиях по тифлосурдопедагогике оно носит название «Визуальный тренажер». На экране по определенной траектории движется светящаяся точка. Скорость перемещения варьируется. Задача ребенка — перемещать светящуюся точку в зависимости от команды — «вверх», «вниз», «вправо», «влево», «по кругу» и т.д. Ребенок следит за движущейся точкой, что способствует развитию зрительного восприятия.

Другое техническое устройство, имеющее условное название «Визуальный тренажер 2», помогает развить у детей, обладающих остаточным зрением, понятие цвета. Тренажер имеет два ряда экранов. Учитель выбирает цвет экранов в верхнем ряду. Задача ребенка — подобрать аналогичный цвет экранов нижнего ряда.

Как уже было сказано, слепоглухонемым детям бывает очень нелегко усвоить рельефно-точечный шрифт Брайля. Но, к счастью, были созданы специальные дидактические пособия и технические устройства. Все это делает усвоение брайлевских знаков более быстрым и легким. Существуют также

технические устройства, которые дают возможность получать информацию не только благодаря осязанию, но и с использованием остаточного зрения. Использование при обучении остаточного зрения делает жизнь детей более насыщенной и интересной.

Почему так трудно обучить детей читать рельефно-точечный шрифт Брайля? Дело в том, что у ребенка нет представления о результате работы. Именно поэтому так необходима помощь технических средств.

Предварительная подготовка слепоглухонемых детей к восприятию рельефно-точечного шрифта Брайля проходит с использованием специальных технических средств. В частности, большую помощь оказывает тренажер для пространственной ориентировки. Назначение данного технического устройства — научить детей ориентироваться в малом пространстве (в пределах листа бумаги), сформировать представления о пространственных отношениях «верх», «низ», «справа», «слева». Если ребенок не усвоит эти понятия, ему крайне трудно будет обучаться шрифту Брайля.

Краткое описание прибора: устройство состоит из двух частей. Одна часть необходима для показа образца, другая — для выполнения задания. У каждой части прибора есть панели. На верхней панели каждой части находится по пять лампочек и по четыре квадратных отверстия, в которые вставляются кубики. Ребенок должен выполнить указания учителя, вставить кубики в отверстия прибора. Если ребенок произвел действия правильно, ориентируясь на образец, показанный учителем, то на его участке устройства загораются лампочки.

Выполняя задание, ребенок учится различать верх и низ листа, левую и правую стороны. Кроме того, ученик в процессе выполнения задания учится определять взаимное расположение и количество предметов. Это является прекрасной подготовкой к овладению шрифтом Брайля. Ведь рельефно-точечный шрифт Брайля — это сочетание рельефных точек, которые располагаются определенным образом.

Непосредственное обучение детей шрифту Брайля также проходит с использованием технических средств. Когда чтению обучают нормальных детей, в первую очередь они должны выучить буквы. Когда обучают слепоглухонемых детей, сначала они также должны познакомиться с брайлевскими знаками. Это происходит благодаря использованию специального прибора. В некоторых пособиях по тифлосурдопедагогике он носит условное название «Визуально-брайлевское шеститочие». Этот прибор формирует брайлевский знак. Точка в этом знаке показывается вставленной лампочкой, а отсутствие рельефной точки — отсутствием лампочки. Это устройство имеет рабочую панель, состоящую из двух частей, расположенных под углом друг к другу. Каждая из панелей прибора содержит по шесть отверстий («гнезд»). Эти отверстия располагаются аналогично точкам в брайлевском шрифте.

Учитель поочередно вставляет лампочки на горизонтальной панели, и они включаются. Ребенок должен запомнить расположение лампочек. Если ребенок обладает остаточным зрением, то он может воспринимать расположение лампочек зрительно. Тотально слепоглухонемые дети запоминают расположение лампочек, ориентируясь на тактильные ощущения. Затем ребенок должен вставить лампочки на наклонной панели в такой же комбинации.

После того как ребенок выучил брайлевские буквы, следует перейти к брайлевским слогам, словам и простым предложениям. На данном этапе обучения слепоглухонемых детей необходим специальный прибор. В пособиях по тифлосурдопедагогике он может носить условное название «Визуально-брайлевская строка». На данном устройстве светящиеся лампочки обозначают рельефные точки. Такие лампочки легко воспринимаются детьми, обладающими остаточным зрением. Тотально слепоглухонемые дети пользуются тактильными ощущениями.

Когда детей обучают элементам письма, на помощь также приходят различные технические средства. Нередко пытаются сформировать связь брайлевского шрифта с расположением клавиш пишущих машинок для сле-

пых. Но это имеет ряд сложностей. Дело в том, что у слепоглухонемых детей, как правило, моторика рук развита сравнительно слабо. В результате слепоглухонемые дети устают очень быстро, если вынуждены интенсивно использовать свои руки. К тому же нельзя забывать, что детям нелегко осуществлять контроль за процессом написания брайлевских знаков, ведь они очень незначительны по величине. Соответственно, при печатании брайлевских знаков на пишущей машинке ребенок заметит ошибку не сразу, а только тогда, когда отпустит клавишу.

Для облегчения обучения слепоглухонемых детей были созданы специальные устройства. Например, для слепоглухонемых детей и педагогов, работающих с ними, огромное значение имеет «Визуально-брайлевский тренажер I». Это устройство имеет клавиатуру с таким же расположением клавиш, как у пишущих машинок для слепых, и шестиламповое табло. На двух планках находятся лампочки. Возможны следующие варианты расположения планок: горизонтальное; линейное; вертикальное; в две параллельные линии.

Если планки расположены горизонтально, то против каждой клавиши находится определенная лампочка. Это дает возможность ребенку осознать связь нажимаемой клавиши и включаемой при этом лампочки. Если планки переведены из горизонтального положения в вертикальное, то лампочки формируют шеститочие в соответствии со шрифтом Брайля. Когда ребенок работает с прибором, в его сознании формируется связь нажимаемых клавиш и соответствующих точек по шрифту Брайля. Другое устройство, которое нередко в пособиях по тифлосурдопедагогике носит название «Визуально-брайлевский тренажер 2», имеет два режима работы. Первый режим предполагает включение лампочки исключительно на период нажатия на клавиши, второй режим предполагает включение лампочки на произвольный отрезок времени.

В самом начале обучения шрифту Брайля слепоглухонемые дети с большим трудом воспринимают знаки, полученные на пишущих машинках для слепых, из-за того, что размеры знаков очень незначительны. К тому же

не следует забывать, что у детей в начале обучения практически не сформирована тактильная дифференцировка. Иначе говоря, они пока не могут отличить один знак от другого.

Для того чтобы сформировать у ребенка осязательные (тактильные) образы знаков-букв, используется «Тактильно-визуальный брайлевский тренажер I». Регулярные занятия на этом устройстве также способствуют развитию тактильной дифференцировки, т.е. ребенок учится отличать один знак от другого. Данное устройство состоит из семиклавишной клавиатуры и корпуса. На верхней части (панели) корпуса находится прямоугольная съемная пластинка с шестью отверстиями для лампочек. Когда ребенок нажимает на клавиши, то лампочки слегка выступают от поверхности и загораются. В результате возникает знак-буква. Размер появившейся буквы — 30 x 15 мм. У данного прибора есть дополнительная пластинка, на ней находятся отверстия меньшего размера (20 x 10 мм). Все это необходимо для того, чтобы ребенок научился воспринимать не только большие знаки, но и маленькие. Однако даже размеры 20 x 10 мм не соответствуют размерам, получаемым на пишущих машинках для слепых. Соответственно, необходимо научить ребенка воспринимать более мелкие знаки. Для этого используется «Тактильно-визуальный брайлевский тренажер 2». В процессе эксплуатации данного прибора к нему можно подсоединить два электромеханических тактора. Один из такторов воспроизводит брайлевские знаки размером 10 x 5 мм, второй — 6 x 3 мм. Таким образом, у детей формируются представление о брайлевских буквах. Сначала дети изучают знаки большого размера, затем постепенно переходят к размерам стандартным.

Однако этого явно не достаточно для того, чтобы обучить детей навыкам письма по шрифту Брайля. Именно поэтому на следующих этапах обучения используется контрольно-индикаторная приставка к пишущей машинке для слепых. Данное устройство дает возможность детям с остаточным зрением (пусть и очень слабым) зрительно воспринимать брайлевский знак-букву. Знаки появляются на экране после нажатия на клавишу.

Как уже было сказано, моторика пальцев рук у слепоглухонемых детей бывает слабая. Поэтому дети быстро устают. Чтобы облегчить детям процесс обучения чтению и письму, разработаны специальные электрические пишущие устройства. Их использование требует намного меньше физических усилий, чем использование механических пишущих машинок.

Очень удобным техническим устройством является универсальная пишущая машинка. Она дает возможность воспроизводить на бумаге одновременно как брайлевский, так и плоскочечатный тексты. Это очень удобно как для детей, так и для педагогов. Неоднократно проводились эксперименты, в результате которых было установлено, что использование подобных устройств в процессе обучения дает возможность более эффективно проводить уроки. Ведь педагоги оказываются избавлены от достаточно утомительного и сложного занятия — перевода работ с брайлевского шрифта на плоский шрифт.

Использование технических средств значительно сокращает время обучения детей чтению и письму. Раньше, когда педагоги не имели в своем распоряжении технические устройства, на изучение одного знака-буквы уходило в среднем 8 часов учебного времени. После интенсивного использования технических приспособлений на одну букву затрачивается в среднем 1,8 часа.

Как уже было сказано, у многих слепоглухонемых детей есть остаточное зрение, пусть и незначительное. Соответственно, такие дети могут воспринимать источники света. Именно поэтому были созданы специальные устройства для передачи информации слепоглухим. Использование приборов дает возможность подготовить остаточное зрение детей к восприятию букв, которые сформированы световыми элементами. Работа проходит на устройстве, которое условно может быть названо «дисплей с графическим полем ввода информации». В устройстве есть экран, на котором располагаются лампы. Предположим, ребенок с остаточным зрением должен изобразить на экране какую-то фигуру. Ученик берет специальный карандаш-электрод, прикасается карандашом к экрану. На экране появляется световая линия. Ре-

бенок зрительно воспринимает линию, затем дальше двигает карандаш так, чтобы получить требуемую фигуру.

Данное устройство предполагает возможность использования специальных цветных фильтров для учета зрительных особенностей каждого ребенка. Благодаря фильтрам яркость ламп можно увеличивать или уменьшать. Задания, которые дает учитель детям, варьируются. Сначала дети изображают простые фигуры, затем переходят к изображению цифр и букв по Брайлю. Когда дело доходит до изучения букв и цифр, учитель должен изобразить знак сам. Потом ребенок берет карандаш-электрод в руку, а учитель водит его рукой, изображая букву или цифру. Через какое-то время подобных тренировок дети могут сами изобразить то, что от них требуется.

Когда дети в должной мере усвоили буквы, педагог переходит к обучению словам и предложениям. На данном этапе используется устройство, которое условно может быть названо «дисплей с клавиатурным вводом». Данное приспособление позволяет изобразить две строки знаков. Каждая строка состоит из нескольких знаков-букв. Буквы и цифры появляются на дисплее благодаря специальным лампам. Дети с остаточным зрением воспринимают зрительные образы. Данное устройство имеет клавиатуру. Учитель может ввести на дисплее слова и предложения. К дисплею подключены клавиатуры для детей. Когда происходит обучение детей с остаточным зрением, на дисплее возникают не только брайлевские знаки, но и плоскопечатный текст. Благодаря данному устройству с детьми проводят занятия по русскому языку, математике и другим школьным предметам.

Каждое рабочее место ученика снабжено персональным дисплеем и клавиатурой, которая аналогична клавиатуре пишущей машинки. На клавишах есть гравировка букв и цифр, все знаки подсвечиваются специальными лампочками. Данное устройство незаменимо для детей, имеющих остаточное зрение.

Рабочее место учителя снабжено специальным экраном и клавиатурой. Когда учитель передает информацию детям, то использует клавиатуру. При

этом дети воспринимают текст со своего персонального экрана. Если ученик должен передать информацию учителю, то он набирает текст на своей клавиатуре. Этот текст передается не только учителю, но и остальным ученикам (возникает на их экранах). Таким образом, дети могут наблюдать за ответами своих одноклассников, подобно тому как работают нормальные школьники. Как уже было сказано, такие приспособления используются для обучения детей с остаточным зрением. При обучении тотально слепоглухонемых детей используются другие приспособления, предполагающие тактильное восприятие.

Приспособления имеют тактильные дисплеи, на которых возникает строка брайлевского текста. Рабочее место учителя снабжено клавиатурой с буквами обычного алфавита и специальной клавиатурой, которая дает возможность передавать ученикам информацию брайлевским шрифтом. Учитель набирает информацию на обычной клавиатуре, текст перекодируется, затем появляется на персональных тактильных дисплеях учеников в виде брайлевских строчек. Дети считывают информацию по системе Брайля. Информация передается с такой скоростью, с какой вводит ее преподаватель. Дети считывают информацию с такой же скоростью, с какой читают книги по системе Брайля. Возможна скорость передачи информации до 400 знаков в минуту. Все зависит от того, как быстро работает учитель на клавиатуре.

Когда ученик отвечает на вопрос учителя, он набирает на клавиатуре определенный текст. Фразы перекодируются и передаются преподавателю в виде обыкновенных буквенных строк.

Процесс обучения предполагает необходимость делать записи. Обучение слепоглухонемых также связано с данным видом работы. Дети, лишенные зрения и слуха, делают «записи» по системе Брайля, используя для этого специальное техническое устройство. Но есть определенные трудности. Если ребенок занят тем, что читает или передает информацию по специальному устройству, то одновременно делать записи он не может. Именно поэтому был разработан специальный прибор, позволяющий облегчить задачу сле-

поглухонемым детям. В пособиях по тифлосурдопедагогике такой прибор носит название «магнитограф». Его назначение — записывать передаваемую информацию на магнитную ленту, а затем воспроизводить на тактильных дисплеях. Запись делается автоматически. Сигналы от устройства идут на индивидуальные дисплеи учеников, там текст появляется по системе Брайля. Таким образом, учитель может заранее подготовить учебный материал, а затем дети будут его самостоятельно изучать.

Когда речь идет о технических приспособлениях, необходимых для адаптации слепоглухонемых детей, нельзя не сказать о трудностях, которые появляются по мере взросления. В детстве слепоглухонемые дети, как правило, воспитываются в коллективе детей с теми же нарушениями, в интернате или детском доме. Соответственно, проблем с общением не возникает. Дети общаются между собой, с родителями и педагогами дактильной речью. Но когда дети вырастают, многие начинают работать на производстве, ведь в процессе обучения они осваивают какие-то профессии. Соответственно, приходится общаться с разными людьми. Многие не знакомы с дактильной речью. Жестовая речь также оказывается бесполезной. Именно поэтому применяются специальные портативные приборы, которые слепоглухонемые могут носить всегда с собой. В специальных пособиях упоминается прибор, названный «Портативный коммуникатор». Этот прибор позволяет устанавливать связь с перекодированием информации. Благодаря устройству, информацию слепоглухонемому может передать любой человек, не знакомый с системой Брайля. Несмотря на малые размеры прибора, предусмотрена возможность буквенного ввода информации для зрячего человека. Клавиши с буквами располагаются в алфавитном порядке.

Если слепоглухонемой передает информацию нормальному человеку, это происходит следующим образом: человек, лишенный слуха и зрения, набирает текст на клавиатуре по системе Брайля. Клавиатура связана с перекодирующим устройством. В результате зрячий человек читает обыкновенный буквенный текст.

Для людей, не знакомых с тифлосурдопедагогикой, кажется странным, что при обучении и воспитании слепоглухонемых детей необходимы художественная лепка, рисование, черчение. Рисование и черчение возможно не только при наличии у детей остаточного зрения. Художественная лепка из пластилина, глины, гипса и т.д. желательна для всех без исключения слепоглухонемых детей. Таким образом дети получают возможность выразить свое восприятие, изобразить элементы окружающего мира, которые были ими восприняты.

Рисование и черчение необходимы для адаптации слепоглухонемых, дальнейшего активного включения их в производственный процесс. Рисование и черчение можно осуществить благодаря специальным техническим устройствам. Широко используются приспособления, которые дают возможность создания рельефных чертежей и рисунков. Соответственно, такими рисунками и чертежами могут пользоваться даже дети не обладающие остаточным зрением.

Вообще, в процессе обучения детей, лишенных слуха и зрения, использование рельефных изображений оказывает положительный эффект на самых разных этапах обучения. Дети ощупывают рельефный рисунок, составляют по нему рассказ и т.д. Но для этого необходимы специальные пособия с рельефным изображением на бумаге или пластмассе. Чтобы педагог мог иметь в своем распоряжении любые рисунки, инженерами в области тифлотехники были разработаны специальные аппараты. Они дают возможность сравнительно быстро получить рельефное изображение рисунка. Такие аппараты широко используются как в школах для слепых, так и в школах для слепоглухонемых детей.

Глава 10

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ (МППК)

Цели и задачи МППК

Деятельность медико-психолого-педагогической комиссии направлена на дифференцированный отбор детей с отклонениями в психическом и физическом развитии в специальные дошкольные и школьные учреждения. МППК дает рекомендации по направлению детей в лечебно-профилактические учреждения, а также в учреждения социального обеспечения детей, не подлежащих обучению в массовых школах, и в дошкольные учреждения по состоянию здоровья и интеллекта. МППК решает вопросы о выводе из специальной школы и дошкольного учреждения или переводе из одного в другое.

В спектр задач МППК входит консультирование родителей и педагогов по вопросам лечения, воспитания, образования детей с легкими отклонениями в развитии.

Направление в специальное учреждение может дать только МППК. Комиссия осуществляет тщательное медицинское, психолого-педагогическое и логопедическое обследование. Если ребенок уже посещал школу, задачей МППК является выяснение причин неуспеваемости, составление характеристики структуры дефекта. Если ребенок еще не посещал школу, специалисты выясняют готовность дошкольника к обучению. Здесь рассматриваются его физиологическая и социальная зрелость, уровень интеллектуального развития, особенности эмоционально-волевой сферы.

Важно выяснить, как ребенок воспринимает помощь взрослого и как переносит новые умения и навыки на сходные задания.

Направления выдаются:

1) детям с диагнозом «олигофрения в степени дебильности» различной этиологии, в том числе детям с дебильностью при болезни Дауна;

2) детям с органической деменцией негрубой степени вследствие инфекционных, травматических, интоксикационных и других постнатальных поражений головного мозга;

3) детям с эпилептической деменцией негрубой степени выраженности при условии, что у ребенка не наблюдается дневных или частых ночных припадков;

4) детям с шизофренической деменцией негрубой степени выраженности при условии отсутствия психотических расстройств.

Во вспомогательные школы не принимаются дети с тяжелыми формами слабоумия, при которых невозможно овладеть учебной программой вспомогательной школы. Это дети с олигофренией в степени дебильности и идиотии, с органической деменцией резидуального или текущего характера, с тяжелыми расстройствами памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы, распадом личностных свойств. Не подлежат приему во вспомогательную школу дети с шизофренической деменцией, не идущие на контакт, с тяжелыми нарушениями мышления, мутизмом и выраженными продуктивными симптомами. Такие дети направляются в соответствующие учреждения системы социального обеспечения или, в зависимости от состояния, в психоневрологические стационары.

Дети, у которых слабоумие сочетается с тяжелыми энцефалопатическими и психическими расстройствами, также не могут посещать вспомогательные школы. К этой категории состояний относятся:

1) слабоумие в сочетании с тяжелой психомоторной расторможенностью, препятствующей работоспособности;

2) слабоумие в сочетании с судорожными припадками развернутого типа с тонической и клонической фазами, постприпадочными состояниями глухоты, сумеречными расстройствами сознания;

3) слабоумие в сочетании с выраженными и стойкими психопатоподобными расстройствами: аффективной возбудимостью, агрессией к окружающим, патологией влечений;

4) слабоумие, сочетающееся с другими психотическими расстройствами.

Не принимаются во вспомогательные школы дети с аномалиями психического развития, связанными с нарушениями речи. Такие дети направляются в специальные классы при вспомогательных школах для детей с нарушениями анализаторов при условии, что первичный сенсорный дефект отягощен умственной отсталостью. Дети с задержкой психического развития церебрального, соматогенного и психогенного происхождения также не подлежат приему во вспомогательные школы. Такие ребята должны обучаться в специальных школах для детей с ЗПР или в общеобразовательных школах при условии индивидуального подхода.

Состав и организация работы МППК

МППК организуется в областных, городских отделах народного образования. В состав комиссии входят:

- ◆ председатель, главной задачей которого является организация и планирование заседаний комиссии;

- ◆ детский психиатр, который рассматривает состояние ребенка с точки зрения медицинских показателей, исключает острые заболевания и очаги воспаления центральной нервной системы и головного мозга, исследует психическое состояние ребенка;

- ◆ отоларинголог, исследующий органы слухового анализатора ребенка;

- ◆ офтальмолог, исследующий органы зрительного анализатора ребенка;

- ◆ дефектолог, который выявляет, есть ли у ребенка аномалии психического или физического развития, в связи с этим старается определить причины неуспеваемости и дает свои рекомендации в отношении дальнейшего развития, воспитания и обучения ребенка;

◆ психолог, который составляет интеллектуальные, поведенческие, мотивационные характеристики личности ребенка, выявляет его индивидуальные особенности;

◆ логопед, который исследует состояние органов артикуляции ребенка, речь, его активный и пассивный словарь, выявляет состояние сенсорных функций, развитие речевой моторики, определяет особенности развития познавательной деятельности, прежде всего мышления, памяти, внимания; структуру речевого дефекта и уровень речевого недоразвития; выделяет детей с первичными речевыми нарушениями, имеющими вторичную задержку интеллектуального развития, от детей, недоразвитие речи которых определено умственной отсталостью;

◆ секретарь.

Перед каждым специалистом, входящим в МППК, ставится своя узкая задача, однако, исследование ведется с учетом общих результатов обследования. Для более успешной работы состав специалистов МППК должен быть постоянным. Работа МППК осуществляется по определенному графику. В течение года комиссия собирается раз в месяц.

Ребенок, поступающий на МППК, должен иметь при себе:

- ◆ личное дело;
- ◆ медицинскую карту;
- ◆ характеристику, выполненную в определенной форме;
- ◆ направление районного психиатра;
- ◆ ученические тетради по математике и русскому языку за последнюю четверть.

Ребенка должны сопровождать родители и педагог.

Форма характеристики на ученика для направления на МППК

I. Общие сведения:

ФИО _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Какие дошкольные учреждения посещал _____

Год поступления в школу _____

Классы, которые посещал ребенок _____

II. Семья и ребенок.

Состав семьи _____

Возраст и занятие родителей _____

Материальные условия _____

Жилищные условия (наличие у ребенка отдельной комнаты, угла) _____

Взаимоотношения между членами семьи _____

Отношение в семье к ребенку (кто воспитывает ребенка) _____

Режим ребенка _____

III. Особенности познавательной деятельности ребенка.

Состояние органов чувств _____

Особенности внимания (устойчивость, переключаемость, объем)

Особенности восприятия (способность к сравнению, обобщению, классификации, установлению причинно-следственных связей)

Особенности памяти (преобладающий вид памяти, быстрота, точность)

Особенности речи

Особенности усвоения учебного материала (отношение к учебе, умение усвоить и применить полученные знания на практике, трудности в овладении новым материалом, результаты работы преподавателя по устранению данных трудностей)

IV. Эмоциональная сфера.

Заторможенность, возбудимость, уравновешенность

Преобладающее настроение

Способность к волевому усилию

V. Особенности личности (соблюдение правил поведения, особенности учебной, трудовой, игровой деятельности, взаимоотношения в коллективе)

На МППК ведется журнал приема детей, в котором указывается ФИО каждого ребенка, дата рождения, школа или детский сад, который посещал ребенок, домашний адрес, диагноз, с которым ребенок поступил на комиссию. Далее в журнал вносятся диагноз, который поставила комиссия, рекомендации, касающиеся типа учреждения, в котором должен обучаться ребенок, и класс (программа).

На каждого ребенка заводится протокол, в котором записываются общие сведения о ребенке, условия воспитания, характеризуется состояние его познавательной деятельности, описываются результаты логопедического, педагогического обследования, его развитие в дошкольном возрасте. Протокол вшивается в личное дело и отсылается в ту школу или детский садик, куда направляется ребенок. МППК должна проследить, чтобы направляемые дети обязательно стали посещать специальное учреждение.

Протоколы ведутся секретарем, который также должен быть квалифицированным специалистом. В дальнейшем протоколы хранятся в личном деле ребенка. Таким образом, преподаватели специальной школы могут заранее познакомиться с особенностями личности и психофизического развития, уровнем знаний нового ученика. Протоколы также помогают выяснить динамику развития ребенка, если он направляется на МППК повторно. Сравнивая новые результаты обследования с предыдущими, специалисты видят изменения в развитии ребенка.

Образец формы протокола медико-педагогической комиссии, разработанный С.Д. Забрамной:

Протокол № _____

I. Формальные сведения

Фамилия _____ Имя _____

Отчество _____

Год и месяц рождения ребенка _____

Адрес _____

Кем направлен на комиссию: из семьи, детского сада, школы (в каких классах обучался и сколько лет) _____

Возраст и профессия родителей _____

II. Анамнестические сведения и данные медицинского обследования (заполняются врачом) _____

III. Данные психолого-педагогического и логопедического обследования _____

Легко ли вступает в контакт _____

Сведения ребенка о себе, понимание родственных связей _____

Круг представлений об окружающем и точность этих представлений _____

Особенности восприятия картин, текстов _____

Восприятие величины, формы, цвета _____

Восприятие времени _____

Восприятие пространства (различение правой и левой стороны; умение сложить фигуры по образцу, сложить картинку, разрезанную на части, и т.д.) _____

Особенности внимания _____

Особенности памяти (быстрота запоминания, точность воспроизведения) _____

Особенности мышления (характеристика процессов анализа, синтеза, отвлечения, обобщения, проявляющаяся в работе с сюжетными картинками, текстами, при классификации, при объяснении смысла загадок, пословиц, установлении причинно-следственных связей и т.д.) _____

Особенности речи (фонематический слух, произношение, словарный запас, грамматический строй, характер ошибок в устной и письменной речи) _____

Состояние чтения, письма, счета _____

Целенаправленность деятельности _____

Особенности эмоционально-волевой сферы и поведения (адекватность поведения в процессе обследования; понимание эмоционального смысла картин, текстов; усидчивость, работоспособность)

IV. Диагноз (развернутый) _____

V. Заключение медико-педагогической комиссии

Председатель комиссии

Врач-психоневролог

Педагог-дефектолог

Логопед

Психолог

Секретарь комиссии

« » _____ 200__ г.

Для отображения диагноза специалистами нередко используются индексы. Вот некоторые из них:

317 — легкая умственная отсталость (дебильность), IQ 50-70% от возрастной нормы;

317.01 — дебилность, обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией (при натальной инфекции, токсикозах беременности, отравлениях);

317.02 — дебилность, обусловленная предшествующей травмой или удушьем (травма и гипоксия во время родов);

317.03 — дебилность, связанная с хромосомными нарушениями (болезнь Дауна);

317.04 — дебилность, связанная с недоношенностью;

317.08 — дебилность, обусловленная другими причинами (нарушение обмена веществ, гидроцефалия, микроцефалия);

317.09 — дебилность невыясненной этиологии;

318.0 — умеренная умственная отсталость, не резко выраженная имбецильность, IQ 35—45% от возрастной нормы, с достаточно развитой речью и способностью к усвоению некоторых элементов школьных знаний;

318.01 — имбецильность, обусловленная предшествующей инфекцией или интоксикацией (при натальной инфекции, токсикозах беременности, отравлениях);

318.02 — имбецильность, обусловленная предшествующей травмой или удушьем (травма и гипоксия во время родов);

318.03 — имбецильность, связанная с хромосомными нарушениями (болезнь Дауна);

318.04 — имбецильность, связанная с недоношенностью;

318.08 — имбецильность, обусловленная другими причинами (нарушение обмена веществ, гидроцефалия, микроцефалия);

318.09 — имбецильность невыясненной этиологии;

318.1 — выраженная имбецильность, IQ 34—20% с навыками самообслуживания;

318.11; 318.12; 318.13; 318.14; 318.18; 318.19 — выраженная имбецильность, причины аналогичны умеренной умственной отсталости;

318.2 — глубокая умственная отсталость, идиотия, IQ менее 20% от возрастной нормы;

318.21; 318.22; 318.23; 318.24; 318.28; 318.29 — идиотия, причины аналогичны имбецильности;

315 — специфическая задержка развития;

315.0 — задержка развития навыков чтения;

315.1 — задержка развития навыков счета;

315.2 — задержка развития навыков письма — дисграфия;

315.3 — нарушения развития речи, алалия, дислалия;

315.4 — задержка моторного развития — синдром неуклюжести, синдром дискрозии;

- 315.6 — психологический инфантилизм с задержкой интеллектуально-го развития;
- 315.8 — другие специфические задержки развития;
- 315.9 — неуточненные специфические задержки развития без дополни-тельного уточнения;
- 310 — специфические психотические расстройства на почве органиче-ского поражения головного мозга;
- 310.0 — синдром лобной доли;
- 310.1 — изменение личности или познавательной способности (сни-жение, а не нарушение);
- 310.11 — снижение вследствие энцефалитов или менинго-энцефа-литов;
- 310.12 — снижение вследствие сифилиса и паралича;
- 310.13 — эпилепсия;
- 310.16 — снижение вследствие дегенеративных болезней нервной си-стемы;
- 310.18 — снижение вследствие других заболеваний;
- 310.19 — неуточненные заболевания головного мозга;
- 294.1 — слабоумие;
- 294.11 — слабоумие вследствие энцефалита, менинго-энцефалита;
- 294.12 — сифилитическое и паралитическое слабоумие;
- 294.13 — травматическое слабоумие;
- 294.14 — эпилептическое слабоумие;
- 294.18 — слабоумие вследствие других органических заболеваний го-ловного мозга;
- 294.19 — слабоумие вследствие неуточненных заболеваний.

Методологические основы МППК

Методы психолого-педагогической диагностики неразрывно связаны с другими методами и имеют 4 направления.

1. Клинические методы (медицинский, психиатрический, психоневрологический методы). Составной частью клинических методов является психологическое обследование. Точные данные выдает врач в письменном виде.

2. Психологические методы, которые, в свою очередь, делятся на 3 вида:

а) психологические методы — наблюдение (долговременное или кратковременное), экспериментальные методы, изучение результатов деятельности ребенка (трудовой, игровой, учебной), анкетирование. Широко применяется беседа, или вопросно-ответная работа;

б) конкретные психологические методики — это частные психологические методики, направленные на изучение конкретных функций и процессов. Изучение познавательной деятельности осуществляется с помощью набора методик для обследования восприятия, памяти, мышления, речи и т.д. Исследование эмоционально-волевой сферы проводится с помощью методик, направленных на изучение личности ребенка (характера, интересов, способностей и т.д.), его чувств, воли;

в) частные психологические методики направленные на изучение каких-либо чисто личностных, индивидуальных качеств ребенка.

3. Педагогические методы, направленные на наблюдение за детьми в процессе образования. Т.е. ребенок обследуется в момент получения и усвоения им каких-либо новых знаний. Эти методы тесно связаны с приемами и методами образования.

4. Методы речевого изучения (логопедические методы).

Методы обследования нарушений в развитии дошкольников

Для более точного обследования ребенка и вынесения правильного диагноза крайне важно собрать и изучить анамнестические сведения.

Медико-педагогическая комиссия осуществляет всестороннее обследование ребенка, как правило, в следующем порядке:

◆ проверка сохранности слуховой функции;

- ◆ проверка состояния вибрационной чувствительности;
- ◆ проверка сохранности зрительного анализатора;
- ◆ проверка состояния речи;
- ◆ проверка двигательной сферы;
- ◆ проверка уровня развития сенсорных и интеллектуальных процессов;
- ◆ наблюдение за поведением.

Исследовать особенности развития дошкольника в полной мере можно только наблюдая за его игрой. Поэтому этот метод является ведущим в изучении такого ребенка.

Для всестороннего обследования ребенка дошкольного возраста необходимо иметь следующий игровой материал.

1. Пирамида из четырех колец. Наблюдая за тем, каким образом ребенок манипулирует игрушкой, насколько точно он надевает кольца на стержень, можно выяснить особенности развития моторики дошкольника. Различение дошкольником цвета, величины, количества предметов можно с помощью следующих указаний:

- ◆ «надень на стержень зеленое кольцо...»;
- ◆ «собери пирамидку, чтобы внизу было самое большое, а наверху самое маленькое кольцо...»;
- ◆ «положи сначала маленькое кольцо, потом побольше..., и самое большое кольцо...»;
- ◆ «дай мне три кольца...»;
- ◆ «покажи третье, четвертое кольца пирамиды».

Нормальные дети к 5 годам прекрасно справляются с поставленными задачами. Дети с аномалиями развития страдают нарушениями моторики. Им трудно сразу надеть кольцо на стержень пирамиды, иногда наблюдаются тремор или гиперкинезы. Часто такие дошкольники не способны соотнести величину колец при собирании пирамидки, поэтому выбирают кольца в хаотичном порядке. Дошкольники с глубокой умственной отсталостью не воспри-

нимают слова специалиста, выполняя неадекватные действия с предметами, быстро отвлекаются на посторонние вещи.

2. Доски Сегена, представляющие собой доски с вкладышами, выполненными в форме различных геометрических фигур. Эта методика используется с целью характеристики деятельности ребенка, а также умения соотносить предметы по форме, сравнивать их. В процессе проведения методики исследуется также уровень развития мелкой моторики пальцев рук. Дошкольнику с аномалиями развития трудно понять цель этого задания, поэтому нередко он хаотично переставляет фигурки-вкладыши. Только после многочисленных показов экспериментатором способа действия некоторые из детей способны выполнить задание. Иногда вместо геометрических фигур нужно вложить в прорези вкладыши известных ребенку животных. Это облегчает задачу, и дети лучше справляются с ней. Глубоко умственно отстающие дети не способны понять инструкцию к этому заданию.

3. Разноцветные брусочки и палочки. Эта методика позволяет исследовать характер деятельности детей, способность к анализу, синтезу, умение сравнивать, а также особенности памяти. Задача ребенка — по образцу построить такую же фигуру. Дошкольник с аномалиями развития очень пассивен в процессе работы, невнимателен, поэтому нуждается в постоянной стимуляции деятельности со стороны специалиста. Самокритичность такого ребенка снижена, он не в состоянии сравнить образец с результатами своего труда. Глубоко умственно отстающие дошкольники не в состоянии понять стоящую перед ними задачу.

4. Почтовый ящик, представляющий собой коробку с прорезями, куда опускаются объемные фигуры. В отличие от досок Сегена, здесь ребенок должен сопоставить объемный предмет с формой прорези. Нормальные дети к 6 годам без труда справляются с задачей. Умственно отстающий ребенок испытывает серьезные затруднения при выполнении задания. Он не может развернуть фигуру, соотнести ее с прорезью. Только при помощи специалиста та-

кой дошкольник справляется с заданием. Глубоко умственно отсталые дети вообще не понимают задания.

5. Кубики различной величины. Методика направлена на выявление представлений ребенка о понятии величины предметов. Дошкольнику предлагается разложить кубики от маленького к большому, и наоборот. Как правило, умственно отсталые дети испытывают трудности при выполнении задания, поскольку понятие величины формируется у них в более позднем возрасте и для этого требуется специальное обучение.

6. Набор геометрических фигур. Методика направлена на выявление у ребенка способности к простейшим обобщениям. Задача дошкольника разложить геометрические фигуры по группам. С помощью фигур можно проверить счет. Умственно отсталые дети с трудом понимают инструкцию, однако принимают помощь взрослого и к 6 годам начинают справляться с заданием. Дети с глубокой умственной отсталостью не в состоянии понять инструкцию.

7. Матрешки (2-3-4-составные). Методика направлена на выявление способности понимания инструкции, умения сопоставлять величину предметов. Дошкольник должен сначала собрать, а потом разобрать матрешку. Нормальные дети без труда выполняют задание. Дети с аномалиями развития не в состоянии справиться с заданиями. Они не учитывают величину матрешек, поэтому их действия характеризуются хаотичностью. В результате у умственно отсталого ребенка ничего не получается, и он теряет интерес к заданию.

8. Разрезные картинки, которые представляют собой изображения знакомых предметов, разрезанные на 2 части по горизонтали и вертикали; на 3 части по вертикали. Методика направлена на исследование восприятия дошкольника. Дети с аномалиями развития затрудняются в выполнении задания, поскольку не в состоянии представить себе целое произведение. У них нарушено пространственное восприятие. Умственно отсталый ребенок способен принять помощь взрослого, если тот расположит части таким образом, чтобы ребенку осталось только соединить их.

9. Мозаика направлена на исследование наличия интереса, волевых усилий, ориентировки в пространстве, воображения, развития мелкой моторики. Задача дошкольника — по образцу составить изображение, составить картинку по подражанию, проявить фантазию и самостоятельно создать узор или изображение. Дети с аномалиями развития не проявляют особого интереса к выполнению данного задания. Они не соотносят образец с результатами своей деятельности, часто отвлекаются от задания, нередко бросают его на середине работы.

10. Предметные картинки представляют собой изображения предметов, знакомых детям. Методика направлена на исследование внимания, зрительной памяти, мышления ребенка, определение запаса общих представлений, определение способности детей к обучению. Кроме того, при помощи предметных картинок исследуется речь дошкольника: словарный запас, фонетические и грамматические особенности.

Особенности эффективно-личностной сферы:

- 1) контакт;
- 2) интерес;
- 3) аффективный компонент продуктивности;
- 4) активность;
- 5) критика.

Особенности работоспособности:

- 6) динамика продуктивности;
- 7) истощаемость;
- 8) переключаемость;
- 9) внимание.

Общая характеристика деятельности:

- 10) ориентировочная деятельность;
- 11) понимание обращенной речи;
- 12) вербализация;
- 13) целенаправленность.

Частные показатели интеллектуально-мнестической деятельности:

- ◆ непосредственная память (кратковременная);
- ◆ непосредственная память (долговременная);
- ◆ простое кодирование;
- ◆ качество опосредованного запоминания;
- ◆ доступность опосредования;
- ◆ динамика обучения (обучающий эксперимент);
- ◆ качество переноса (обучающий эксперимент);
- ◆ конструктивный праксис;
- ◆ логические построения;
- ◆ простые обобщения;
- ◆ усложненные обобщения;
- ◆ анализ несообразностей.

По каждому параметру выставляются баллы, которые впоследствии суммируются по группам показателей. В качестве примера можно привести способ количественной оценки первого раздела.

Группа показателей

Особенности аффективно-личностной сферы

I. Контакт (по глубине, степени сотрудничества, характеру, устойчивости)

4 балла — высший уровень контактности, ребенок легко устанавливает полноценный контакт, способствует совместной деятельности, контакт стабильный на протяжении всего исследования;

3 балла — контакт устанавливается постепенно, впоследствии становится полноценным и стабильным;

2 балла — относительно полноценный контакт вначале, впоследствии в процессе работы при столкновении с трудностями, замечаниями экспериментатора контакт ухудшается; ухудшение отношений может быть вызвано пресыщением деятельности;

1 балл — легко или постепенно устанавливает контакт, но он неполноценный по своей глубине, затруднена совместная деятельность; недооценивается значение информации, исходящей от взрослого, ориентация на собственную программу деятельности;

0,5 балла — недостаточный, нестойкий, хрупкий контакт на протяжении всего исследования из-за негативного отношения к ситуации эксперимента, не вызывающей у ребенка интереса; подобное отношение может быть обусловлено чрезмерной стеснительностью, скованностью ребенка, неуверенностью в собственных силах, боязни допустить ошибку.

Для нормальных детей характерен средний результат — 2,3 балла, для детей с задержкой развития — 1,7 балла, для умственно отсталых детей — 1,2 балла.

II. Интерес (оценивается по степени увлеченности ребенка, характеру выполняемой работы: отдельных заданий или всех в совокупности, глубины, устойчивости, широты интереса)

3 балла — выраженный стойкий интерес по отношению к большинству заданий, стимулирует деятельность ребенка, который работает увлеченно, с азартом;

2,5 балла — те же качества, но менее выразительные во внешнем плане: эмоции, речевая реализация;

2 балла — достаточно выраженный, но избирательный или угасающий по мере столкновения с трудностями интерес; увлеченность может угасать после коррекции ошибочных решений экспериментатором;

1,5 балла — поверхностный интерес, который слабо стимулирует деятельность, но частично компенсируется старанием заслужить положительную оценку взрослого или просто подчинением взрослому;

1 балл — интерес проявляется в незначительной степени в связи с угнетенностью ситуации экспериментом или стойкой боязнью допустить ошибку;

0 баллов — слабый, поверхностный, ничем не компенсируемый интерес, деятельность возможна только лишь при наличии массивной и разнообразной стимуляции.

Нормальные дети набирают в среднем 2,4 балла, дети с задержкой развития — 1,9 балла, умственно отсталые дети — 1,5 баллов.

III. Аффективный компонент продуктивности (отражает характер, выраженность и стабильность эмоционального тонуса, аффективную реакцию ребенка на трудности, возникающие при выполнении заданий, порицание, похвалу)

3 балла — внешние эмоциональные проявления отчетливо выражены, адекватны, разнообразны, затруднения и ошибки затрудняют и огорчают его, однако стимулируют ребенка, поощрение и порицание одинаково способствуют улучшению продуктивности деятельности;

2,5 балла — адекватные, внешне достаточно выраженные реакции на затруднения. Ошибки, поощрения и порицания понимаются в целом правильно, но мало влияют на продуктивность деятельности;

2 балла — внешние проявления могут быть различными, затруднения и ошибки, а также порицания приводят к некоторой дезорганизации деятельности, однако она коррегируемая, поощрения и успехи улучшают темп и продуктивность деятельности;

1,5 балла — стойкое, несколько утрированное выражение серьезности, напряженной работы мысли, наряду с этим выраженная нерешительность в самостоятельных действиях и высказываниях, часто это состояние наблюдается в связи со страхом обнаружить свою несостоятельность;

1 балл — на фоне адекватных достаточно выраженных реакций возникают яркие эмоции на ситуации эксперимента (слезы, агрессия), нередко затруднения и порицания грубо дезорганизуют деятельность;

0,5 балла — стойкий негативизм, подавление положительных эмоций ситуацией исследования, грубая дезорганизация деятельности;

0 баллов — безразличное отношение к ситуациям эксперимента, неадекватная реакция, на пример, «аффект благодушия» в силу фактического интереса к предлагаемой деятельности.

Нормальный ребенок набирает в среднем 2,3 балла, дети с задержкой психического развития — 1,9 балла, умственно отсталые дети — 0 баллов.

IV. Активность (оценивается по массивности внешних стимуляций).

3 балла — ребенок работает сам с незначительной стимуляцией при выполнении отдельных заданий, во всех случаях наблюдается положительный эффект от стимуляции;

2,5 балла — ребенок нуждается в незначительной стимуляции при столкновении с трудностями во время выполнения заданий эксперимента, стимуляция оказывает положительный эффект;

2 балла — нужна незначительная, но постоянная стимуляция при невысоком интересе к работе или легкая стимуляция при наступлении насыщения в отдельных заданиях (снижение интереса);

1,5 балла — незначительная стимуляция в большинстве заданий в сочетании с массивной стимуляцией в отдельных заданиях при нерешительных действиях, эффект от стимуляции не всегда достигается;

1 балл — стимуляция в большинстве заданий в сочетании с массивной стимуляцией в отдельных заданиях при невысоком интересе к работе, быстро наступает пресыщение в отдельных заданиях;

0,5 балла — необходима массивная разнообразная стимуляция в подавляющем числе заданий из-за отсутствия интереса к заданию, быстрого пресыщения, постоянной нерешительности, что, в свою очередь, приводит к грубой дезорганизации деятельности.

Нормальные дети в средней набирают 2,4 балла, дети с задержкой развития — 2 балла, умственно отсталые дети — 1 балл.

V. Оценка собственных достижений (оценивается по адекватности восприятия результатов собственного труда)

4 балла — адекватное, самостоятельное и аргументированное восприятие;

3 балла — снижение первоначально завышенной оценки после вопросов типа «Все ли ты хорошо сделал? Посмотри внимательно...»

2 балла — снижение первоначальной завышенной оценки после прямых указаний на допущенные ошибки и имевшиеся трудности;

1 балл — аффективное, неадекватное снижение оценки после указания на допущенные ошибки;

0,5 балла — отказ от оценки;

0 балла — неадекватно завышенная оценка даже после массивной коррекции.

В норме ребенок набирает в среднем 2,5 балла; дети с задержкой психического развития — 1,8 балла, умственно отсталые дети — 0,6 балла.

Аналогично просчитываются и другие разделы, после чего выставляется общая оценка. Данная методика применима и в отношении школьников.

Методы обследования и диагностика нарушений в развитии детей школьного возраста

Перед непосредственной работой с ребенком представители медико-педагогической комиссии тщательно изучают касающуюся его документацию — медицинскую карту, характеристику, рисунки, тетради и т.д. Задача врача-психоневролога — донести до представителей МППК сведения, касающиеся соматического и психического здоровья ребенка. Особое внимание уделяется диагнозам, поставленным отоларингологом и офтальмологом. При снижении слуха или зрения дефектолог подбирает специальный материал для дальнейшего обследования ребенка. Так, при снижении слуха или при речевых нарушениях задания будут носить наглядный характер, что требует минимальных речевых инструкций; для слабовидящих детей, наоборот, задания строятся в устной форме.

Далее дефектолог на основе педагогической документации выражает свою точку зрения по поводу предстоящего обследования. Он дает свои рекомендации, как лучше вступить в контакт с этим ребенком. Обращает внимание на трудности, с которыми сталкивается исследуемый при усвоении школьной программы. Таким образом, представители комиссии в первую очередь обращают внимание именно на те качества характера и особенности познавательной деятельности, которые требуют уточнения и дополнения.

Серьезные выводы о состоянии ребенка можно сделать, тщательно изучив и проанализировав его школьные тетради. Оценка аккуратности тетрадей, качества выполнения учебных заданий могут рассказать о личностных свойствах ученика. Очень важно также исследовать ошибки, которые допускает школьник в процессе письма, а также их причины. Так, к примеру, неправильные линии на письме могут быть обусловлены как нарушением моторики, пространственной ориентировки, так и непониманием требований учителя. Специалисты должны также проследить, каким образом ребенок старался справляться с возникающими трудностями. Должное внимание необходимо уделить рисункам школьника.

Далее можно рассмотреть общую характеристику основных методов обследования детей.

Метод беседы направлен на изучение личностных качеств и поведение ребенка. В процессе беседы с ребенком специалисты исследуют его запас сведений об окружающем мире, точность его представлений. Другими словами, беседа должна быть построена в соответствии с определенными целями и задачами:

- ◆ выяснение точности представления школьника о себе, своих родителях, родственниках, друзьях, а также способности разделять такие понятия, как «семья», «родственники», «соседи», «знакомые» и т.д.
- ◆ изучение особенностей представлений ребенка о времени (умеет ли определять время по часам и т.д.)

◆ уточнение особенностей представлений о природных явлениях (знание времен года, их основных признаков, представления об атмосферных явлениях: дождь, снег, гроза и т.д.)

◆ исследование способности ориентироваться в пространстве (насколько хорошо ребенок владеет понятиями «справа — слева», «вверху — внизу», «ближе — дальше» и т.д.)

◆ уточнение сведений о своей родине, об окружающем мире, о событиях, общая осведомленность о значительных исторических событиях и т.д.

Вопросы должны быть построены таким образом, чтобы ребенок мог понять их. Беседа должна быть доброжелательной и непринужденной. В беседе очень важно выяснить также следующие моменты:

1. Грызет ногти?
2. Сосет пальцы?
3. Отсутствует аппетит?
4. Разборчив в еде?
5. Засыпает медленно, с трудом?
6. Характерен беспокойный сон?
7. Встает бодро и охотно?
8. Жалуется на боли в голове?
9. Жалуется на боли в животе?
10. Часто бывает рвота?
11. Часто бывает головокружение?
12. Заикается?
13. Чрезмерно потеет, краснеет, бледнеет?
14. Легко пугается?
15. Часто дрожит от возбуждения или волнения?
16. Часто плачет?
17. Часто моргает (другие тики)?
18. Недержание мочи (днем или ночью)?
19. Недержание стула (днем или ночью)?

20. Случаются признаки злости?
21. Играет с какой-нибудь частью тела?
22. Боится за свое здоровье?
23. Бывает, что замыкается в себе и мысли его где-то далеко?
24. Не может сосредоточиться на чем-либо?
25. Имеется что-либо, что для него особенно важно?
26. Озабочен чем-либо (чем именно)?
27. Повышенная тревожность?
28. Старается всегда быть незаметным?
29. Часто видит фантастические предметы?
30. Боится одиночества?
31. Боится животных (каких именно)?
32. Боится чужих людей?
33. Боится неудачи? В чем?
34. Часто испытывает чувство стыда или вины?
35. Испытывает чувство неполноценности?

Это позволит выявить степень психического напряжения, а также наличие невротических реакций у ребенка.

Уровень общей дезадаптации можно выяснить, ответив на следующие вопросы:

1. Как заботится о своей внешности?
2. Как соблюдает порядок в своих вещах?
3. Выполняет ли свои обязанности без напоминания?
4. Прекословит, сопротивляется, угрожает? Кому?
5. Что бывает причиной строптивости?
6. Дразнит братьев и сестер? Каким образом?
7. Вступает в частые конфликты (ссоры, драки)? С кем?
8. Ревнует к кому-нибудь? К кому?
9. Завидует кому-нибудь? Берет чужие игрушки, вещи?
10. Командует кем-нибудь? Стремится главенствовать?
11. Отказывается кому-нибудь повиноваться?

12. Выдумывает о себе неправдивые истории?
13. Отрицает свои проступки?
14. Обманывает? Когда и как?
15. Чрезмерно портит свои вещи, игрушки, одежду?
16. Портит чужие вещи?
17. Совершает кражи? Чего и как?
18. Бродяжничает (при каких обстоятельствах)?
19. Прогуливает школу (при каких обстоятельствах)?
20. Старается обратить на себя внимание кого-либо? Кого?
21. Есть ли у ребенка какие-либо плохие привычки?
22. Уклоняется от трудных заданий? При каких обстоятельствах?
23. Легко отступает после неудачи?
24. Часто сваливает вину на кого-то, ссылаясь на что-то?
25. Жалуется или обвиняет других в собственных неудачах?
26. Есть ли у него чувство долга?
27. Умеет ли прилагать усилия к какой-либо деятельности?
28. Имеются ли у него какие-либо другие дефекты поведения?

Метод наблюдения также очень эффективен при обследовании детей. Он находит свое применение с самого начала пребывания ребенка на комиссии и продолжается до последней минуты.

В процессе обследования важное место занимает наблюдение за игровой деятельностью ребенка. С помощью игры специалисты легче устанавливают контакт с ребенком. Предоставив испытуемому возможность самостоятельно выбирать себе игрушки, манипулировать с ними, специалисты фиксируют его эмоциональную реакцию на них, способность выбрать интересующие игрушки и самостоятельно организовать игру, способ манипулирования игрушками, осмысленность действий, речевое сопровождение. Здесь можно увидеть, как школьником проводится анализ, синтез, обобщение и классификация, поскольку для определенной игры отбираются только нужные игрушки. Переставляя игрушки, выполняя какие-либо действия, ребенок не-

вольно демонстрирует специалистам состояние моторики, скоординированность движений.

Как уже упоминалось ранее, метод изучения рисунков школьника может дать сведения об особенностях психики, личности, познавательной деятельности ребенка. Если рисунок имеет яркиестораживающие особенности, то специалисты предлагают школьнику нарисовать что-нибудь на свободную или определенную тему. Полученные данные могут быть очень важны для уточнения диагноза. Так, например, умственно отсталые дети испытывают серьезные затруднения при выборе темы. Их рисунки, как правило, лишены сюжета. При выполнении рисунков на заданную тему, дети с аномалиями развития не всегда следуют инструкции. Дети иногда неверно используют цвета, не могут объяснить собственный рисунок, не соблюдают пропорций знакомых предметов при их прорисовывании.

Отличаются рисунки детей, страдающих различными психическими заболеваниями. В первую очередь это изображение несуществующих предметов, животных, хаотичное и неадекватное использование цвета, искажение пропорций, сексуальная направленность и т.п. Дети также зачастую не в состоянии объяснить, что они нарисовали.

Рисунок ребенка, страдающего шизофренией, отличается незавершенностью, вычурностью, нагромождением элементов, искажением пропорций. Некоторые дети боятся рисовать далеко или близко к краю. Ребенок с эпилептической деменцией, как правило, излишне аккуратен, скрупулезен, трудно переключается с одного вида деятельности на другой, что незамедлительно отражается в рисовании. На рисунках таких детей четко видны чрезмерно вырисованные отдельные и несущественные детали. Таким школьникам трудно выделить главное в рисунке.

Рисование не только помогает установить с ребенком контакт, но прекрасно работает в случаях трудностей речевого общения.

Методы экспериментально-психологического исследования направлены на создание определенных ситуаций, при которых у ребенка вызываются

психические процессы, необходимые для изучения и диагностики состояния испытуемого. Чаще всего при обследовании детей применяется адаптированный детский вариант теста Д. Векслера. Этот тест чаще всего используется при индивидуальных психологических исследованиях. Эта методика позволяет четко разграничить легкую степень отсталости от задержек психического развития. То есть, иногда он просто незаменим в плане дифференциальной диагностики.

Тест содержит ряд диагностических заданий вербального и невербального характера (12 субтестов, рассчитанных на детей от 5 до 16 лет). Широта кругозора, способность к пониманию, счету, определение словарного запаса исследуется при помощи устных заданий. Невербальные задания направлены на нахождение недостающих деталей, последовательности картинок, составление фигур из кубиков, на складывание объектов, шифровку цифр и т.д. При подведении результатов учитываются не только количественные показатели, но и психологический профиль, определяющий уровень развития отдельных психических функций.

В трудных для распознавания случаях специалисты также часто прибегают к экспериментально-психологическому исследованию, которое помогает уточнить диагноз. Здесь очень важно при оценке результатов эксперимента в первую очередь учитывать качественные показатели. В процессе работы экспериментатор должен в случаях затруднений оказывать помощь ребенку, направлять его деятельность в нужное русло. Очень важно насколько адекватно школьник принимает помощь и воспринимает ли ее вообще.

Экспериментально-психологические методики существенно отличаются от педагогических по следующим признакам.

I. Различная целевая установка. Педагогические тесты направлены на измерение степени умственной одаренности ребенка. Экспериментально-педагогические тесты должны существенно дополнять и углублять изучение ребенка, что помогает более точно определить диагноз и пути дальнейшего развития исследуемого.

II. Экспериментально-психологические методики направлены на качественный анализ психических процессов, на раскрытие механизмов того или иного способа деятельности ребенка, тогда как тестовые испытания носят в основном измерительный характер.

Психологический эксперимент неизменно происходит в искусственных условиях. Экспериментатор должен с самого начала быть готовым к тому, что не все может пойти так, как запланировано, когда дело касается умственно отсталых или психически больных детей. Такой ребенок способен нарушить весь порядок работы, игнорируя инструкцию. Он нередко бессмысленно манипулирует пособиями, кладет их в карманы, просто играет, вместо того чтобы выполнять задание. Подобное явление не следует воспринимать в качестве срыва эксперимента. Это также является ценными данными для определения диагноза ребенка.

Очень важно протоколировать каждый шаг эксперимента. Для каждой экспериментальной методики существует своя форма протокола. Здесь важно записывать сведения о том, как вел себя ребенок, какие действия предпринимал, как реагировал на различные ситуации и т.д. Помимо результатов наблюдения за ребенком, протокол должен включать вопросы, критические замечания, подсказки, прямые объяснения экспериментатора, а также содержать сведения о реакции испытуемого на помощь (старается ли он спорить, или тут же стремится исправить ошибку).

В процессе работы экспериментатор может оказывать различные виды помощи:

- 1) переспрашивание, просьба повторить слово, что заставляет ребенка снова вернуться к сказанному или сделанному;
- 2) похвала или стимуляция дальнейших действий («Молодец», «Хорошо»);
- 3) вопросы, уточняющие, почему ребенок сделал так, а не иначе, это позволяет испытуемому определить свои действия;

4) наводящие вопросы или возражения, что обращает внимание ребенка на проделанную работу;

5) подсказка, совет сделать что-то другим способом;

6) показ определенной манипуляции и просьба самостоятельно повторить действие;

7) обучение ребенка определенному действию. Иногда экспериментатору трудно выбрать, к какому виду помощи прибегнуть в том или ином случае, однако всегда нужно руководствоваться, как считает С.Я. Рубинштейн, общими правилами:

а) сначала следует проверить, не окажутся ли достаточными более легкие виды помощи, и лишь затем прибегнуть к показу и обучению;

б) экспериментатор не должен быть многословным или вообще чрезмерно активным; его вмешательство в ход эксперимента, т.е. в работу ребенка, должно быть обдуманым, скупым, редким;

в) каждый акт вмешательства, то есть помощи, должен быть внесен в протокол (так же как ответные действия и высказывания ребенка).

Некоторые сложности вызывает и анализ полученных данных эксперимента. Здесь на первый план выступает отграничение проявления патологии психической деятельности от особенностей психики, связанных с индивидуальными свойствами ребенка. Именно поэтому проведение и анализ эксперимента требуют от психолога определенного опыта.

На базе анализа экспериментальных данных составляется заключение. Этот документ не является направлением ребенка в то или иное специальное учреждение. Он относится к вспомогательным данным, позволяющим уточнить и углубить диагноз. В заключении можно прочитать выводы, касающиеся адекватности или неадекватности эмоционального личностного отношения ребенка к самому факту проверки уровня его интеллекта. Представлены основные трудные моменты, с которыми сталкивается ребенок при выполнении тех или иных заданий. Кроме того, перечислены причины подобных сложностей:

- 1) ослабление внимания, рассеянность, забывчивость вкупе с определенной сообразительностью;
- 2) поражение или недоразвитие органов слуха, зрения или речи;
- 3) неумение обобщать, выделять основной скрытый смысл и строить логичные умозаключения;
- 4) неспособность выразить свою мысль, трудности в работе со словесно оформленным материалом.

Безусловно, выводы экспериментальных данных могут содержать другие сведения. В любом случае первое место здесь принадлежит качественной оценке познавательной деятельности учащихся, исключая цифровые показатели уровня интеллектуального развития.

Методика «Обучающий эксперимент» была создана на основе учения Л.С. Выготского о наличии у ребенка двух уровней интеллектуального развития: «актуального» и «зоны ближайшего развития». Используется эксперимент для исследования потенциальных возможностей 7-10-летних детей. Экспериментальное обучение не требует наличия у испытуемого школьных знаний, поэтому может проводиться и с теми детьми, которые испытывают трудности в обучении или вообще еще не обучались в школе.

В работе используются два набора карточек по 24 штуки, на которых изображены различные по цвету и величине геометрические фигуры. Один набор карточек используется для показа задания. Испытуемому показывают карточки и предлагают разложить на группы — подходящее с подходящим. В помощь предоставляется доска, на которой нарисованы все карточки. В дальнейшем доска убирается. В этой методике оцениваются три параметра: ориентировка, восприимчивость к помощи, способность к переносу.

Умственно отсталые дети значительно пассивнее, нежели нормальные дети, плохо воспринимают помощь, трудно усваивают учебный материал.

Для психологических методов обследования школьников необходимы определенные материалы. Для исследования внимания требуются:

- 1) бланки корректурных проб;

- 2) таблицы для подсчета разноцветных кружков в секторах круга;
- 3) таблицы для одновременного подсчета фигур 2 видов;
- 4) субтест «недостающие предметы» (из методики Векслера).

Для исследования восприятия:

- 1) таблицы с изображением контура знакомых предметов, частей предметов, зашумленные изображения;
- 2) набор карточек с изображением геометрических фигур двух размеров, четырех цветов, трех видов;
- 3) методика «Почтовый ящик»;
- 4) доски Сегена разной сложности;
- 5) кубики Коса;
- 6) таблицы с изображением предметов, которые нужно дорисовать;
- 7) набор разрезных картинок (2-4 части);
- 8) картинки для определения правой, левой стороны, низа, верха и т.д.

Для исследования мышления:

- 1) таблицы с изображением четырех предметов, один из которых является лишним (по величине, по цвету, по группе и т.д.);
- 2) таблицы с логическими заданиями на поиск недостающих фигур;
- 3) бланки с заданием на выделение существенных признаков;
- 4) пословицы и поговорки;
- 5) сюжетные картинки;
- 6) таблицы с заданием на сравнение пар слов;
- 7) картинки с нелепыми сюжетами;
- 8) классификации;
- 9) таблицы с загадками;
- 10) набор противоположных по значению слов для исследования ассоциаций;

Для исследования памяти:

- 1) таблицы с изображением знакомых предметов для запоминания (цифры, геометрические фигуры, слова);

- 2) бланки для запоминания 10 слов;
- 3) картинки для опосредованного запоминания слов с изображением предметов;
- 4) пиктограммы (методика Лурих);
- 5) бланки для воспроизведения.

Для исследования эмоционально-волевой сферы и качеств личности:

- 1) таблицы с набором задач разной трудности и соответствующие им карточки с номерами задач для проведения метода исследования уровня притязания;
- 2) серия картинок для исследования личности, интересов, внутренних переживаний;
- 3) набор сюжетных картин, подлежащих оценке;
- 4) незаконченные предложения;
- 5) бланки с вариантами заданий для исследования волевых усилий.

При обследовании детей очень важно принимать во внимание следующие показатели.

◆ Эмоциональная реакция ребенка на само обследование. Некоторая доля скованности, волнение являются нормальной реакцией ребенка на новую обстановку. Фамильярность с представителями комиссии, неоправданная веселость, поведение, не соответствующее обстановке, должно настораживать.

◆ Адекватное восприятие и понимание инструкции и цели задания. Насколько внимательно выслушивает ребенок инструкцию, старается ли понять до конца, прежде чем приступить к выполнению задания? Устная или устная с наглядным пособием инструкция воспринимается ребенком лучше?

◆ Характер деятельности при выполнении задания. Насколько стойкий интерес вызывает новое задание? Степень целенаправленности деятельности ребенка, умение выделить главное, сосредоточиться в процессе работы, работоспособность. Умение принять помощь и перенос усвоенных знаний на сходные задания.

◆ Эмоциональная реакция на результаты своей работы. Самокритичность, адекватность (радость, если задание получилось, огорчение, если что-то не вышло), правильное понимание ситуации.

Несмотря на многочисленные разработки и методики, специалисты медико-психолого-педагогических комиссий нередко испытывают трудности в определении точного диагноза. Каждый ребенок настолько индивидуален, что требует особого подхода при изучении. Именно поэтому важно уточнять уже существующие методики и разрабатывать новые, позволяющие более полно раскрыть особенности развития обследуемого ребенка.

Схема сбора анамнеза

I. Семейный анамнез

Возраст и занятия родителей (не работали ли родители на вредных производствах)

Состав семьи, семейно-бытовые условия

Взаимоотношение между членами семьи

Отношение к детям

Кто из членов семьи осуществляет больший надзор за детьми.

Состояние психического, физического здоровья родственников. Наличие у них эндокринных, сердечно-сосудистых заболеваний, туберкулеза, алкоголизма, психических заболеваний, странностей характера и поведения. Это отмечается как у родителей, так и у других членов семьи и дальних родственников.

II. Генеративные функции матери

Начало менструаций, их характеристика, количество беременностей, их течение, наличие выкидышей, мертворождений, досрочных родов, аборт и их осложнений, смертность детей в раннем возрасте и ее причины.

III. Личный анамнез

Каким по счету родился ребенок, возраст и состояние здоровья родителей в момент рождения ребенка, чем болела мать в период возникновения

беременности, не предшествовали ли беременности аборт, протекавшие с осложнениями.

IV. Период беременности

Физическое и психическое состояние матери, наличие токсикозов в период беременности и их характер. Инфекции, интоксикации, травмы, применение вредных для плода средств и время их воздействия.

V. Роды

Срочные, досрочные, их продолжительность, время отхождения околоплодных вод, положение ребенка, родовые травмы, наложение щипцов или другие вмешательства.

VI. Состояние ребенка при рождении

Асфиксия, ее характер, длительность, способ и время оживления. Вес и рост при рождении, внешний вид, наличие желтушности, гематом и деформации головки ребенка, судорог в первые часы жизни. Когда был приложен к груди, сразу ли ее взял, насколько активно начал сосать.

VII. Развитие ребенка до 1 года

Продолжительность грудного вскармливания, прикормы, искусственное вскармливание, прибавление в весе, сон, состояние ребенка: спокойный или крикливый. Физическое и психическое развитие. Время появления зубов, когда начал держать головку, самостоятельно сидеть, брать в руки предметы, стоять, ходить. Когда начал узнавать мать и других членов семьи, понимать обращенную речь. Когда появились первые слова. Темп развития речи, правильность, четкость произношения, время возникновения фразовой речи. Заболевания, перенесенные в первый год жизни. Диабетические явления в первые месяцы жизни, диатезы, острые инфекции и черепно-мозговые травмы (длительность, тяжесть течения, осложнения). Ожоги, перегревы, оперативные вмешательства, способы анестезии.

VIII. Развитие от 1 до 3 лет

Навыки самообслуживания, речь ребенка, активный и пассивный словарный запас, грамматический строй, наличие расстройств речи, запомина-

ния. Личностные особенности ребенка: свойства характера, общительный, спокойный, ласковый, требовательный, капризный и т.д. Интересы ребенка, игровая деятельность, взаимоотношения со сверстниками и взрослыми, отношение к родителям, сон, аппетит, наличие патологических привычек, увлечений, страха.

IX. Развитие ребенка с 4 до 7 лет

Изменения в характере поведения ребенка, причины этих изменений, преобладающий фон настроения, форма и содержание игр, уровень интеллектуального развития. Когда научился читать, писать, считать, интересы ребенка, поведение в детском саду и дома, общение со сверстниками и домашними

X. Развитие ребенка с 7 до 12 лет.

Возраст поступления в школу, уровень готовности к школьному обучению, особенности познавательной деятельности ребенка (восприятие, память, мышление, внимание и т.д.), успеваемость. Направленность интересов, отношение к учебе, оставался ли на второй год и в каких классах, причины неуспеваемости. Поведение в семье и школе. Внеучебные интересы, дополнительные занятия.

История заболевания

С какого момента наблюдаются изменения в психическом состоянии ребенка. Каким образом возникли эти нарушения (внезапно или развивались постепенно, как проявлялись). Первые признаки заболевания. Какие моменты предшествовали появлению заболевания (травмы, инфекции, интоксикации, стрессы, изменения в жилищной ситуации). Срок, прошедший от времени воздействия вредности до появления первых признаков заболевания. Проявились ли они в изменении деятельности ребенка, его активности, работоспособности, интересах, играх и т.д. Отмечались ли изменения в эмоциональной сфере, настроениях, аффективных реакциях, изменились ли характер и поведение. Наблюдались ли нарушения интеллектуальной деятельности, сни-

жение интеллектуального уровня, отставание в психическом развитии. Каков характер нарушений, в какой последовательности они возникали. Каков был диагноз ранее, чем и как лечился.

Общая симптоматология умственно отсталого ребенка

Психическое недоразвитие при олигофрении подчиняется двум биогенетическим закономерностям:

1. При раннем воздействии патогенных факторов на развивающийся организм нарушения носят равномерный малодифференцированный характер.

2. Поражению подвергаются эволюционно наиболее молодые, интенсивно развивающиеся в данный момент системы центральной нервной системы, которые не закончили своего формирования и развития к моменту воздействия патогенных факторов.