

1. Предмет и задачи курса «Основы специальной педагогики и психологии»

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

Л. С. Выготский

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

1. Становление специальной психологии и педагогики

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

Например, в странах с низким уровнем развития больше всего грубых нарушений зрения и слуха. В высокоразвитых странах наиболее частыми являются нарушения речи, затруднения при чтении и письме, при освоении математики. Статистика свидетельствует о достаточно устойчивом процентном соотношении между различными категориями отклонений в каждой возрастной группе. На 100 школьников (от 7 до 15 лет) приходится 4-5 человек, имеющих нарушения интеллекта. На 800 человек — 1 ребенок с синдромом Дауна. С возрастом увеличивается число людей, страдающих нарушениями слуха (после 50 лет).

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

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

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

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

Вопрос о названии объекта данного курса неоднозначен. В последнее время в отечественных правовых документах встречается термин лицо с ограниченными возможностями здоровья.

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

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

Задачи курса:

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

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

2. Проблема нормы развития

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

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

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

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

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

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

Исследователи считают ребенка нормальным при следующих условиях:

- ◆ когда уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста, с учетом развития общества, членом которого он является;
- ◆ когда ребенок развивается в соответствии с его собственным общим путем, определяющим развитие его индивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и однозначно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и средового окружения;
- ◆ когда ребенок развивается в соответствии с требованиями общества, определяющими как

его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого социального функционирования в период зрелости (Пожар Л.).

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

1) нормальная работа головного мозга и его коры. Патогенные воздействия нарушают нормальное соотношение раздражительных и тормозных процессов, анализ и синтез поступающей информации, взаимодействие между блоками мозга, отвечающими за различные аспекты психической деятельности человека;

2) нормальное физическое развитие ребенка и связанное с ним сохранение нормальной работоспособности, нормального тонуса нервных процессов;

3) сохранность органов чувств, которые обеспечивают нормальную связь ребенка с внешним миром;

4) систематичность и последовательность обучения ребенка в семье, в детском саду и в общеобразовательной школе.

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

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

◆ первичные дефекты, к которым относятся частные и общие нарушения функций центральной нервной системы, а также несоответствие уровня развития возрастной норме (недоразвитие, задержка, асинхрония развития, явления ретардации, регресса и акселерации), нарушения межфункциональных связей. Он является следствием таких нарушений, как недоразвитие или повреждение мозга. Проявляется первичный дефект в виде нарушений слуха, зрения, паралича, нарушений умственной работоспособности, мозговых дисфункций и т. д.;

◆ вторичные дефекты, которые возникают в ходе развития ребенка с нарушениями психофизиологического развития в том случае, если социальное окружение не компенсирует этих нарушений, а, напротив, детерминирует отклонения в личностном развитии.

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

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

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

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

Вытеснение — относится к невротическому типу реагирования на дефект и проявляется в

сознательном непризнании его существования при подсознательном конфликте, накоплении негативных эмоций.

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

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

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

Когда можно говорить об опасности отклонений?

По времени воздействия патогенные факторы делятся на:

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

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

Факторы риска недостаточности психофизического развития:

- ◆ биологические (наследственные отклонения, инфекционные, вирусные и эндокринные заболевания матери во время беременности, токсикозы, гипоксия и др.);
- ◆ генетические (недостаток или избыток хромосом, хромосомные аномалии);
- ◆ соматические (невропатии);
- ◆ социальные (алкоголизм, наркомания родителей, неблагоприятная среда);
- ◆ индекс повреждения головного мозга (энцефалопатии);
- ◆ ранние, до 3-х лет, средовые воздействия, текущие средовые воздействия (Л. В. Кузнецова).

3. Развитие психики аномальных детей

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

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

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

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

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

- ◆ ретардация (задержанное развитие) — запаздывание или приостановка всех сторон

психического развития или преимущественно отдельных компонентов;

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

Итак, к основным видам дизонтогенеза относят:

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

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

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

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

Общие нарушения функций головного мозга связаны с деятельностью регуляторных систем.

Поражения мозга на подкорковом уровне приводят к снижению уровня бодрствования, постоянному снижению работоспособности. На этом же уровне поражений встречаются нарушения элементарных эмоций — беспричинные вспышки ярости, чувство общей тоски, тревоги и т. д.

При поражениях головного мозга на уровне коры происходит специфическое нарушение интеллектуальной деятельности: недостаточность функций целеполагания, программирования и контроля. Поражение лобных отделов головного мозга приводит к нарушению произвольности целенаправленной деятельности. Ребенок испытывает трудности с планированием выполнения ряда заданий, отмечается неустойчивость произвольного внимания, теряется функция контроля и критического отношения к результатам деятельности.

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

Так, периодом формирования фразовой речи является возраст от 2 до 3 лет: проходит бурное накопление словарного запаса, усвоение лексико-грамматических конструкций. В это же время психические травмы, соматические заболевания, перенесенные в этот период, могут привести к возникновению заикания. В возрасте от 5 до 7 лет происходит формирование основных морально-этических чувств. Ребенок в этот период развивает навык произвольной регуляции эмоций, и

повреждающие воздействия в этот период могут способствовать возникновению органической психопатии. Поэтому в этом же возрасте часто возникают и проявляются психопатические особенности характера: злобность, раздражительность, склонность к внезапным колебаниям настроения. В младшем школьном возрасте происходит становление логического мышления. У ребенка формируются понятия о сохранении числа, массы, объема, автоматизируются навыки чтения и письма.

Контрольные вопросы

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

Литература

1. Коррекционная педагогика / Под ред. Б. П. Пузанова. — М, 1999.
2. Специальная педагогика / Под ред. Н. М. Назаровой. — М., 2000.
3. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей. — М., 1985.

2. Характеристика специальных (коррекционных) школ

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

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

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

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

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

2 вид специальных школ: для слабослышащих, имеющих частичную потерю слуха и

различное недоразвитие речи, поздно оглохших, оглохших в раннем школьном возрасте и сохранивших самостоятельную речь.

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

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

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

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

5 вид специальных школ: для детей с нарушениями речи. Здесь могут быть 1 или 2 отделения, в которые принимаются дети:

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

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

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

Здесь образование имеет 3 ступени:

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

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

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

Здесь образование включает 2 ступени:

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

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

8 вид специальных школ.

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

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

Не принимаются дети с психопатоподобным поведением, эпилепсией и другими психическими заболеваниями, требующими активного лечения.

Легкая степень УО. Сроки обучения 8 лет; 9 лет; 9 лет и программа профессиональной подготовки; 10 лет и профессиональная подготовка; 10 лет, если учитывается подготовительный класс.

Вопросы для обсуждения

1. Какие факторы отклоняющегося развития вы знаете?
2. Назовите общие закономерности отклоняющегося развития.
3. В чем сущность учения Л. С. Выготского о первичном и вторичном дефектах развития? Как проявляется двойственность и противоречивость влияния дефекта на общее развитие организма?
4. Каковы механизмы возникновения вторичных дефектов? Что вы знаете о типах личностного реагирования на дефект развития? Каково их значение в работе педагога с детьми, нуждающимися в особых образовательных условиях?
5. Классификация детей с отклонениями в развитии по В. В. Лебединскому. Каковы основные параметры дизонтогенеза?

Литература

1. Астапов В. М., Лебединская О. И., Шапиро В. Ю. Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. — М., 1995.
2. Венгер А. А., Выготская Г. Л., Леонгард Э. И. Отбор детей в специальные дошкольные учреждения. — М., 1972.
3. Забранная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. — М., 1995.

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

Краткое содержание темы. Понятие умственной отсталости, ее формы и причины. Классификации умственной отсталости. Краткая историческая справка и современная характеристика социальной политики в отношении умственно отсталых лиц

1. Понятие умственной отсталости, ее формы и причины

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

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

Причины возникновения умственной отсталости разнообразны. К ним относятся наследственные заболевания (микроцефалия, фенилкетонурия, наследственные болезни соединительной ткани, наследственные дегенеративные заболевания центральной нервной системы и др.), нарушения в строении и числе хромосом (синдром Дауна, олигофрения с ломкой X-хромосомы, синдромы Клайнфельтера, Шерешевского-Тернера и др.).

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

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

В период родов патогенными факторами являются родовые травмы мозга.

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

Установлено, что степень снижения интеллекта зависит от времени воздействия патогенного фактора. Например, заболевание беременной женщины в первые три месяца беременности краснухой может быть причиной умственной отсталости будущего ребенка, при заболевании в более поздние сроки нарушения будут менее выражены и могут привести к задержке психического, речевого развития.

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

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

М. С. Певзнер, К. С. Лебединская утверждают, что «олигофрения — это один из видов

аномального развития ребенка, сложный процесс, при котором нарушение развития в целом зависит от значения, занимаемого той или иной нарушенной функцией в общем психическом развитии ребенка, и от того, на каком этапе онтогенеза наступает нарушение».

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

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

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

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

2. Классификации умственной отсталости

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

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

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

Таблица 2. Характеристики снижения интеллекта

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

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

Дети отстают в развитии от нормально развивающихся сверстников. Они, как правило, позже начинают ходить, говорить, в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания. Эти дети неловки, физически слабы, часто болеют. Они мало интересуются окружающим: не исследуют

предметы, не стремятся узнать о них у взрослых, равнодушны к процессам и явлениям, происходящим в природе и социальной жизни. К концу дошкольного возраста их активный словарь беден. Фразы односложны. Дети не могут передать элементарное связное содержание. Пассивный словарь также значительно меньше по объему, чем в норме. Они не понимают конструкций с отрицанием, инструкций, состоящих из двух-трех слов, даже в школьном возрасте им трудно поддерживать беседу, так как они не всегда достаточно хорошо понимают вопросы собеседника.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

По окончании школы юноши и девушки находятся в семье, они способны выполнять

простейший обслуживающий труд, брать на дом работу, не требующую квалифицированного труда (склеивание конвертов, коробок и т. д.). Практика показала, что лица с умеренной степенью умственной отсталости прекрасно справляются с сельскохозяйственным трудом, который доставляет им радость, давая возможность самореализоваться.

Идиотия — самая тяжелая степень умственной отсталости. Диагностика этих грубых нарушений возможна уже на первом году жизни ребенка. Среди многочисленных признаков особо выделяются нарушения статических и моторных функций: задержка в проявлении дифференцированной эмоциональной реакции, неадекватная реакция на окружение, позднее появление навыков стояния, ходьбы, относительно позднее появление лепета и первых слов, слабый интерес к окружающим объектам и игре.

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

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

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

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

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

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

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

В первые годы после революции 1917 года заботу об умственно отсталых лицах государство приняло целиком на себя. Была создана сеть вспомогательных школ. Период 30-70-х годов характеризуется интенсивным развитием отечественной олигофренопедагогики — системы научных знаний об обучении и воспитании умственно отсталых лиц. Большой вклад в ее развитие внесли Л. С. Выготский, Л. В. Занков, А. Н. Граборов, Г. М. Дульнев и др.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение умственной отсталости.
2. Чем отличаются понятия «олигофрения» и «деменция»?
3. Каковы различия в клинической картине между олигофренией и деменцией?
4. Дайте психолого-педагогическую характеристику детям с дебильностью, имбецильностью и идиотией.
5. Как соотносятся классификация степеней умственной отсталости Э. Крепелина и Всемирной организации здравоохранения 10 пересмотра?

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

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

1. Представления о ЗПР и их классификации

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

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

Дети с задержкой психического и психофизического развития различного генеза составляют 5 % от общего числа учеников, обучающихся в начальных классах общеобразовательных школ. Поэтому одной из важнейших задач современной практической психологии является психологическая коррекция отклонений развития и вневрачебная помощь детям, имеющим трудности в обучении.

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

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

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

имеет временный характер. Авторы назвали эту группу детей временно ненормальными.

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

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

В настоящее время широко используется следующее определение ЗПР.

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

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

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

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

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

2) ЗПР, обусловленная длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1) инфантилизм с более грубыми отклонениями в эмоционально-волевой сфере: повышенной возбудимостью, раздражительностью. Такие дети «угрожали» в смысле возможности развития психопатии;

2) инфантилизм, сочетающийся с гипогенитализмом, нарушениями работы гипофиза и другими видами патологии;

3) органический инфантилизм с некоторой упрощенностью эмоциональной сферы, нестойкостью и малой дифференцированностью привязанностей, тугоподвижностью мышления.

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

Классификация М. С. Певзнера включает следующие клинические варианты:

♦ инфантилизм с недоразвитием эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте. В последних работах автора этот вариант стал именоваться неосложненной формой инфантилизма;

♦ инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности;

♦ инфантилизм, осложненный церебрастеническим синдромом. М. А. Певзнер связывает инфантилизм с недоразвитием лобно-диэнцефальных систем.

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

2. Особенности психики детей с ЗПР

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

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

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

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

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

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

У этой категории ребят недостаточно сформированы пространственные представления: ориентировка в направлениях пространства осуществляется на уровне практических действий, затруднено восприятие перевернутых изображений, возникают трудности при пространственном анализе и синтезе ситуации. Развитие пространственных отношений тесно связано со становлением конструктивного мышления. Так, при складывании сложных геометрических узоров дети с задержкой психического развития часто не могут осуществить полноценный анализ формы, установить симметричность, тождественность частей конструируемых фигур, расположить конструкцию на плоскости, соединить ее в единое целое. Надо заметить, что относительно простые узоры дети с задержкой психического развития, в отличие от умственно отсталых, выполняют правильно.

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

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

Механическая память этих детей характеризуется снижением продуктивности первых попыток запоминания. Но время, необходимое для полного заучивания, близко к норме. Ребята, хотя

и испытывают затруднения на начальном этапе запоминания слов, в большинстве случаев успешно справляются с заданием (умственно отсталые дети с ним не справляются). Непроизвольное запоминание у младших школьников с задержкой психического развития менее продуктивно, чем у нормально развивающихся 5-6-летних дошкольников. Отмечается снижение продуктивности и устойчивости произвольного запоминания, особенно в условиях значительной нагрузки.

Дети с задержкой психического развития обнаруживают наибольшие нарушения при владении опосредованным запоминанием. Наблюдается значительное расхождение между возможностью применить определенный интеллектуальный прием и продуктивностью его использования. Очень показательным в плане диагностики выполнение задания на изучение опосредованного запоминания (методика А. П. Леонтьева): называются слова, и ребенка просят, чтобы он для облегчения запоминания подобрал к каждому слову картинку. Глядя на картинки, ребенок должен воспроизвести заданные слова. При выполнении этого задания дети с задержкой психического развития подбирают для запоминания те же картинки, что и нормально развивающиеся сверстники. Однако последующее воспроизведение слов на основе отобранных ими картинок вызывает значительные затруднения, часто воспроизводятся совсем не те слова, которые были названы экспериментатором. Следовательно, дети с задержкой психического развития основные трудности испытывают в тех случаях, когда требуется продуктивно использовать интеллектуальный прием. Умственно же отсталые дети не могут как достаточно логично подобрать к заданному слову картинку, так и воспроизвести по ней слово. В отличие от детей с задержкой психического развития, они испытывают большие трудности и в применении определенного интеллектуального приема, и в продуктивности его использования.

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

Особенности мышления

Для формирования сложных форм мыслительной деятельности необходимо полноценное развитие элементарных, генетически наиболее ранних форм мышления — наглядно-действенного и наглядно-образного. Недоразвитие этих форм мышления в той или иной мере отрицательно сказывается на всех последующих этапах умственного развития ребенка.

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

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

Особенности мыслительной деятельности детей с задержкой психического развития наиболее

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

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

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

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

Весьма показательным и важным при диагностике задержки психического развития и обучении этих ребят является значительное расхождение у них между результатами самостоятельного решения задания и выполнения его с помощью экспериментатора. При самостоятельном анализе предметов они выделяют меньше признаков, чем нормальные дети, но больше, чем умственно отсталые. После оказания помощи в виде обучения такие ребята по результатам выполнения задания приближаются к нормальным. Поэтому для правильной постановки диагноза надо проводить обследование ребенка с задержкой психического развития в форме обучающего эксперимента. Остановимся подробнее на особенностях познавательной активности этих ребят, так как в ней проявляется сложное единство интеллектуальных и мотивационных сторон психики. У всех детей с задержкой психического развития наблюдается снижение умственной активности. Они не стремятся использовать время, отведенное на выполнение задания, высказывают мало суждений в предположительном плане до момента решения задачи, что свидетельствует о недостаточности интеллектуальной инициативы.

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

- ◆ бедный словарный запас (особенно активный), понятия сужены, расплывчаты, иногда ошибочны;
- ◆ существенные трудности в овладении грамматическим строем речи (особенно в понимании и употреблении логико-грамматических структур);
- ◆ своеобразное формирование словообразовательной системы языка;

◆ позднее овладение способностью осознать речь как особого рода действительность, отличную от предметной;

◆ нарушения в формировании монологической речи.

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

Для детей с ЗПР характерна определенная неравномерность деятельности.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Стимулирующий вид помощи происходит тогда, когда ученик не включается в работу после получения задания или когда работа завершена, но выполнена неправильно. В первом случае учитель подходит к ученику и помогает ему организовать себя, ободряет, вселяет уверенность в его способность справиться с работой. Во втором — он указывает на наличие ошибки в работе и необходимость проверки решения. Направляющая помощь предусматривается в случае, когда ученик затрудняется сделать первый шаг и выполнить последующие действия. Учитель или обращает внимание ребенка на решение аналогичной задачи, или помогает наметить план действий. Обучающая помощь необходима, когда надо показать, что и как делать для того, чтобы решить учебную задачу или исправить допущенную ошибку. Многие исследователи отмечают, что дети с ЗПР не могут выполнить отдельные задания из-за неумения организовать себя в процессе деятельности, хотя по уровню интеллектуальных возможностей должны легко справляться с ними. Во время фронтальной работы в классе ученик совершенно не справляется с заданием, но в условиях индивидуальной работы с помощью учителя выполняет то же задание правильно. Сказывается незрелость эмоционально-волевой сферы. Преодоление ЗПР зависит от характера стимулирования познавательной активности ребенка со стороны взрослого. Эти особенности важно учитывать в работе с детьми с ЗПР.

Контрольные вопросы

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

6.4. Материалы для семинарского занятия

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ: Темп психического онтогенеза; инфантилизм; астенические состояния; церебрастенические состояния; ЗПР конституционального происхождения; ЗПР соматогенного типа, психогенного типа; ЗПР церебрально-органического происхождения; развитие психики по типу психической неустойчивости (при гипоопеке и гиперопеке), по невротическому типу; обменно-трофические нарушения; соматические, энцефалопатические, неврологические осложнения; соматическая недостаточность, тонус, педагогическая запущенность, психолого-педагогическая коррекция, энцефалопатические расстройства; классы компенсирующего обучения, классы выравнивания.

Практическое занятие

Проблемы и причины школьной неуспеваемости в теории и практике обучения

Цель занятия: исследование особенностей психики детей с ЗПР и причин школьной неуспеваемости у учащихся различного возраста. По данным МО РФ (1997), среди детей, поступающих в первый класс, свыше 60 % относятся к категории риска школьной, соматической неуспеваемости и психофизической дезадаптации. Из них около 35 % составляют те, у кого еще в младших группах детского сада были обнаружены очевидные расстройства нервно-психической сферы.

Число учащихся начальной школы, не справляющихся с требованиями стандартной школьной программы, за последние 20 лет возросло в 2-2,5 раза, достигнув 30 % и более от общего числа школьников. По данным медицинской статистики, «ухудшение состояния здоровья учащихся за 10 лет обучения (в 1994 году здоровыми были признаны лишь 15 % детей школьного возраста)

становится одной из причин трудностей их адаптации к школьным нагрузкам. Напряженный режим школьной жизни приводит к резкому ухудшению соматического и психоневрологического здоровья ослабленного ребенка.

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

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

1. Педагогически запущенные дети.

2. Умственно отсталые дети — дети, перенесшие заболевание (во внутриутробном периоде развития, при рождении или в самом раннем возрасте), которое остановило нормальное развитие мозга. У таких детей низкая способность к обучению, они неспособны к сложным формам абстрагирования и обобщения.

3. Ослабленные, или церебро-астенические, дети. Они быстро теряют работоспособность, хорошо воспринимают учебный материал лишь в течение 20-30 мин., работать на последних уроках совсем не могут.

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

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

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

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

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

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

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

Понятия «неуспевающие дети» и «дети с пониженной обучаемостью» попадают не полностью. Среди неуспевающих школьников имеются дети, неудовлетворительные оценки которых объясняются не пониженной обучаемостью, а иными причинами. С другой стороны, не всякий ребенок с пониженной обучаемостью обязательно будет стойко неуспевающим (при определенных

благоприятных условиях некоторые из детей будут более или менее успешно овладевать программными заданиями).

Вопросы для обсуждения

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

Литература для семинарских занятий

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

5. Особенности психического развития детей с сенсорными нарушениями

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

1. Нарушения анализаторных систем

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

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

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

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

Соотношение этих разделов представлено в их задачах.

Задачи сурдопсихологии заключаются в следующем:

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

Задачи сурдопедагогики:

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

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

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

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

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

К числу сравнительно редко встречающихся причин нарушения слуха можно отнести

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

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

Важное значение имеет определение критериев риска возможности нарушений слуха у ребенка раннего возраста. Их можно установить на основе тщательного изучения анамнестических данных. Это прежде всего вирусные заболевания матери в первом триместре беременности (краснуха, корь, грипп, герпес). Нарушения слуха часто сочетаются с различными врожденными пороками развития, например расщелинами губ и неба, а также при недоношенности, когда вес при рождении составляет менее 1500 г. На состояние слуховой функции могут отрицательно влиять неблагополучные роды.

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

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

Существует два основных исследования слуха у маленьких детей: до и после трех лет. Для исследования слуха у ребенка от года до трех лет используется метод рефлекторной реакции на звук (ребенок может моргнуть, замереть, сделать паузу в игре с игрушками и поднять глаза, начать оглядываться, чтобы увидеть, что происходит у него за спиной, и найти источник звука. Очень маленький ребенок может заплакать). Меняя громкость и тональность звука, внимательно наблюдая за реакциями ребенка, специалисты, регистрируя все наблюдения, постепенно могут составить примерную аудиограмму, которая будет тем не менее отражать абсолютно точно состояние слуховой функции ребенка. У детей после трех лет исследование слуха проводится с помощью игровой

аудиометрии. Применяется та же аппаратура, что и при обследовании взрослых, но способ обследования иной: ребенка постепенно готовят к обследованию слуха, вводя в ситуацию с помощью игры, которая ему доступна.

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

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

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

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

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

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

- ◆ сформированы удовлетворительные речевые навыки, отсутствует снижение интеллектуальных возможностей и нет психических заболеваний, имеется удовлетворительное социальное окружение, существуют реалистические ожидания последствий данной операции и позитивная мотивация;

- ◆ детям раннего возраста, когда процесс речеслухового и психического развития не приобрел отклоняющийся характер.

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

Психолого-педагогическая классификация лиц с недостатками слуха.

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

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

Таблица 3. Классификация видов школ для детей с пониженным слухом

Понижение слуха,	Вид школы
------------------	-----------

(дБ)	
35-40	Нормальная школа без слуховых аппаратов, первая парта
40-60	Нормальная школа с употреблением слуховых аппаратов
60-90	Школа для слабослышащих с употреблением слуховых аппаратов
Свыше 90	Школа для глухих

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

Таблица 4. Определение уровня восприятия разговорной и шепотной речи

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

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

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

Основой для этой классификации являются следующие положения.

1. Деятельность нарушенного слухового анализатора у ребенка отличается от деятельности нарушенного слухового анализатора у взрослого.

2. Взрослый к моменту наступления нарушения слуха имеет сформированную словесную речь, словесное мышление, представляет собой сформировавшуюся личность. Нарушения слуха у него — в первую очередь препятствие для общения с опорой на слух.

3. У ребенка нарушения слуха влияет на весь ход его психического и речевого развития, приводит к возникновению целого ряда вторичных нарушений (нарушение развития мышления, речи, познавательной деятельности).

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

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

Глухота — это стойкая потеря слуха, при которой невозможно самостоятельное овладение

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

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

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

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

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


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

Рис. 5. Русский дактильный алфавит для глухих



Рис. 6. Использование жестов при общении с глухонемыми детьми

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

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

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

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

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

Определенные в исследованиях особенности умственного и речевого развития, их различия у

детей с тотальным и частичным нарушением слуха позволили представить научно обоснованную типологию и педагогическую классификацию.

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

2. Особенности психического и речевого развития слабослышащих детей

Развитие психики слабослышащего ребенка протекает с отклонениями от обычной нормы. Дело не только в том, что ребенок плохо слышит, т. е. имеет физический (биологический) недостаток, но и в том, что этот недостаток привел к нарушению многих функций и сторон психики, определяющих ход развития личности ребенка, у которого сформировались только зачатки речи, мышление почти не продвинулось в своем развитии от наглядно-образного к словесно-абстрактному.

Другие стороны психики в своем становлении у этого ребенка не испытывали того решающего воздействия со стороны речи и отвлеченного мышления, которое имеет место в норме. В таком состоянии взаимодействие слухового анализатора с речедвигательным оказалось нарушенным. Это помешало нормальному становлению речевых механизмов, вторично привело к недоразвитию речевой деятельности и продолжает препятствовать дальнейшему формированию речи.

Частичное восприятие речи таким ребенком нередко создает у окружающих неправильное представление о том, что ребенок может полностью понимать речь, а то, что ребенок не понимает смысла сказанного, иногда расценивается как интеллектуальная недостаточность. У ребенка речевое недоразвитие обусловлено неполноценным слухом, что ведет к изменению хода общего развития (нарушение слуха — общее нарушение познавательной деятельности — недоразвитие речи). Речевое недоразвитие носит характер вторичного проявления, оно возникает и существует как функциональное на фоне аномального развития психики в целом. Это осложняет социальное взаимодействие слабослышащего ребенка. Именно в сфере речевого общения слабослышащие оказываются в невыгодном положении по отношению к своим слышащим сверстникам. Затрудненность словесного общения является одной из причин аномального развития. Бедность речевого запаса, искаженный характер речи ребенка, формирующейся в условиях нарушенного слухового восприятия, накладывает отпечаток на ход развития познавательной деятельности. Это, в свою очередь, оказывает обратное отрицательное влияние на все компоненты языка в процессе их функционирования в речевой деятельности.

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

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

К началу обучения в школе диапазон различий в уровне сформированности речи

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

Овладение языком в условиях специального обучения предполагает закономерное развитие речевого мышления слабослышащих детей, постепенный переход от свойственного им наглядного, конкретного отражения окружающей действительности к более обобщенному осознанию и воспроизведению на уровне усваиваемых языковых значений.

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

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

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

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

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

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

Массовая общеобразовательная школа не ставит перед учениками такие задачи, как преодоление речевого недоразвития, формирование речи. Следовательно, ее методическая система обучения детей языку не может быть приспособлена к нуждам специальной школы. Особые задачи определяют особое содержание всей работы по речевому развитию слабослышащих.

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

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

работа по развитию и использованию остаточного слуха.

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

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

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

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

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

3. Дети с нарушениями зрения

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

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

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

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

Слабовидящие — подкатегория лиц с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения, слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущение, периферическое и бинокулярное зрение).

Задачей тифлопедагогики как науки является разработка следующих основных проблем: психолого-педагогическое и клиническое изучение зрения и аномалий психического и физического развития при этих нарушениях; пути и условия компенсации, коррекции и восстановления нарушенных и недоразвитых функций при слепоте и слабовидении; изучение условий формирования и всестороннего развития личности при разных формах нарушения функций зрения. Важное место занимают: разработка содержания, методов и организация обучения основам наук, политехнической, трудовой и профессиональной подготовки слепых и слабовидящих; определение типов и структуры специальных учреждений для их обучения и воспитания; разработка научных основ построения учебных планов, программ, учебников, частных методик.

Основоположителем тифлопедагогики и обучения незрячих считается В. Гаюи (1745-1822), французский педагог, единомышленник и последователь Д. Дидро, основатель первых образовательных учреждений для слепых во Франции и в России. Благодаря В. Гаюи не только началось систематическое обучение незрячих, но и сформировалось гуманистическое отношение к ним как к полноценным членам общества, нуждающимся в образовании и социально-трудовой реабилитации.

Л. Брайль (1809-1852), потерявший зрение в трехлетнем возрасте, воспитанник, а затем и тифлопедагог Парижского национального института слепых, стал автором изобретения, изменившего систему обучения слепых. Основанная на комбинациях шеститочия, его система рельефного письма охватывает буквенные, математические и иные символы, позволяя слепому свободно читать и писать.

Первое учебное заведение для слепых в России было организовано в 1807 году при Смольнинской богадельне в Санкт-Петербурге. Детей учили Закону Божьему, пению, ремеслам.

В течение XIX в. было открыто еще несколько школ для слепых, существовавших на средства Попечительства о слепых. Для большинства учеников обучение было платным и стоимость достаточно высока.

В 1928 году появились первые советские школьные программы для слепых. В начале 30-х годов XX века появляются первые классы охраны зрения для слабовидящих детей в структуре массовых общеобразовательных школ (в нескольких школах Ленинграда и Москвы), а с конца 30-х годов открываются и первые школы для слабовидящих. Развитию этого нового направления в тифлопедагогике способствовала Ю. Д. Жаринцева.

Развитие отечественной тифлопедагогики и тифлопсихологии связано с именами таких ученых, как М. И. Земцова, Б. И. Коваленко, Н. Б. Коваленко, А. С. Ганджий, Н. Г. Крачковская, Н. В. Серпокрьл, Ю. А. Кулагин, Л. И. Солнцева, А. Г. Литвак, В. П. Ермаков, А. И. Кап

лан, А. Б. Гордин, Р. С. Муратов, Б. В. Сермеев, В. А. Феоктистова, Э. М. Стернина, И. С. Моргулис и др.

Причины и последствия нарушения зрения и способы компенсации. Нарушения зрения могут быть врожденными и приобретенными. Врожденная слепота обусловлена повреждениями или заболеваниями плода в период внутриутробного развития либо является следствием наследственной передачи некоторых дефектов зрения. Приобретенная слепота обычно бывает следствием заболевания органов зрения — сетчатки, роговицы и заболеваний центральной нервной системы (менингит, опухоль мозга, менингоэнцефалит), осложнений после общих заболеваний организма (корь, грипп, скарлатина), травматических повреждений мозга (ранения головы, ушибы) или глаз.

Различают прогрессирующие и непрогрессирующие нарушения зрительного анализатора. При прогрессирующих зрительных дефектах происходит постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса.

К непрогрессирующим дефектам зрительного анализатора относят некоторые врожденные его

пороки, такие, как астигматизм, катаракта. Причинами этих дефектов могут стать также последствия некоторых заболеваний и глазных операций. Существуют такие категории детей с нарушениями зрения, как слепорожденные, рано ослепшие, лишившиеся зрения после трех лет жизни. Такая дифференциация основывается на том, что время утраты зрения имеет очень большое значение для последующего развития ребенка.

Время наступления зрительного дефекта имеет существенное значение для психического и физического развития ребенка. Чем раньше наступила слепота, тем более заметны вторичные отклонения, психофизические особенности и своеобразие психофизического развития. Психическое развитие слепорожденных имеет такие же закономерности, как и у зрячих детей, но отсутствие визуальной ориентировки сказывается наиболее заметно на двигательной сфере, на содержании социального опыта.

Потеря зрения формирует своеобразие эмоционально-волевой сферы, характера, чувственного опыта. У незрячих возникают трудности в игре, учении, в овладении профессиональной деятельностью. В более старшем возрасте у лиц с нарушенным зрением возникают бытовые проблемы, что вызывает сложные переживания и негативные реакции.

Развитие высших познавательных процессов (внимание, логическое мышление, память, речь) у слепорожденных протекает нормально. Вместе с тем нарушение взаимодействия чувственных и интеллектуальных функций проявляется в некотором своеобразии мыслительной деятельности с преобладанием развития абстрактного мышления.

Отличие ослепших детей от слепорожденных зависит от времени потери зрения: чем позже ребенок потерял зрение, тем больше у него объем зрительных представлений, который можно воссоздать за счет словесных описаний. Если не развивать зрительную память, частично сохранившуюся после потери зрения, происходит постепенное стирание зрительных образов.

Слепой ребенок имеет все возможности для высокого уровня психофизического развития и полноценного познания окружающего мира с опорой на сохранную анализаторную сеть.

Компенсаторная перестройка во многом зависит от сохранности зрения. Даже незначительные остатки зрения важны для ориентации и познавательной деятельности лиц с глубокими зрительными нарушениями.

В процессе обучения педагогу, взрослому (родителям) следует исходить из того, что компенсация слепоты начинается у ребенка с первых месяцев его жизни.

Слабовидящие имеют некоторую возможность при знакомстве с явлениями, предметами, а также при пространственной ориентировке и при движении использовать имеющееся у них зрение. Зрение остается у них ведущим анализатором. Однако их зрительное восприятие сохранно лишь частично и является не вполне полноценным. Обзор окружающей действительности у них сужен, замедлен и неточен, поэтому их зрительное восприятие и впечатления ограничены, а представления имеют качественное своеобразие.

У слабовидящих при косоглазии затруднена способность видеть двумя глазами, т. е. нарушено бинокулярное зрение.

Среди слабовидящих существует большое число лиц с нарушением цветоразличительных функций и контрастной чувствительности зрения, имеются врожденные формы патологии цветоощущения. Коррекционная работа направлена на использование специальных приемов и способов наблюдения явлений и предметов с опорой на слух, осязание, обоняние, что позволяет формировать у детей сложные синтетические образы реальной действительности.

Остаточное зрение слабовидящего имеет существенное значение для его развития, учебной, трудовой и социальной адаптации, поэтому оно должно тщательно оберегаться: необходимы регулярная диагностика, периодическое консультирование у офтальмолога, тифлопедагога,

психолога.

Большое значение в восприятии и познании окружающей действительности у слепых и слабовидящих имеет осязание. Тактильное восприятие обеспечивает получение комплекса разнообразных ощущений (прикосновение, давление, движение, тепло, холод, боль, фактура материала и др.) и помогает определять форму, размеры фигуры, устанавливать пропорциональные отношения.

Наряду с осязанием у слепых и слабовидящих в различных видах деятельности важную роль играет слуховое восприятие и речь.

С помощью звуков слепые и слабовидящие могут свободно определять предметные и пространственные свойства окружающей среды.

Поэтому в процессе обучения и воспитания слепых и слабовидящих проводятся упражнения на дифференциацию — различение и оценку с помощью звука характера предмета, анализ и оценку сложного звукового поля: звуковые сигналы присущи определенным предметам, устройствам, механизмам и являются проявлением процессов, происходящих в них.

Успешность овладения лицами с нарушениями зрения различными видами деятельности: предметной, игровой, трудовой, учебной — зависит от высокого уровня развития наглядно-образных представлений, пространственного мышления, пространственной ориентировки.

Пространственная ориентировка является существенной частью свободного движения в пространстве.

Различные структуры психологической системы, формирующейся у слепых разного возраста, являются основой для эффективной коррекции дефектов их пространственной ориентировки.

Домашнее воспитание и обучение ребенка при нарушении зрения имеет свои особенности, зависящие от состояния зрительного нарушения, от времени его возникновения. Родители ребенка с нарушенным зрением должны регулярно получать консультативную помощь специалистов: тифлопедагога, психолога, офтальмолога и др.

Общаясь с ребенком, взрослому необходимо комментировать все свои действия, что позволит ребенку воспринимать информацию о происходящем вокруг него с помощью сохранных анализаторов, как бы «видеть с помощью слуха». Успешность компенсаторной перестройки анализаторов во многом зависит от семейного обучения и воспитания. Важно создать условия, соответствующие возможностям слепого или слабовидящего ребенка. Создание чрезмерно щадящего режима или неоправданной опеки отрицательно сказывается на формировании личности при дефекте зрения.

Воспитание и обучение слепого или слабовидящего ребенка в семье требуют от родителей знания особенностей развития ребенка с нарушенным зрением, влияния первичного дефекта на формирование психических функций, двигательных, социальных, учебных и других умений, способов и приемов формирования и развития навыков ориентировки в пространстве, восприятия предметов и явлений окружающего мира, умения общаться и контактировать со сверстниками и взрослыми, обслуживать себя, исследовать и познавать окружающий ребенка мир при помощи сохранных чувств.

Дошкольные учреждения для детей с нарушением зрения являются государственными учреждениями общественного воспитания детей (слепых) слабовидящих, включая детей с косоглазием и амблиопией, в возрасте от 2-3 до 7 лет. Эти учреждения имеют целью воспитание, лечение, возможное восстановление и развитие нарушенных функций зрения у детей и подготовку их к обучению в школе.

Педагогическая работа направлена на гармоническое развитие ребенка в той степени, в которой это позволяет сделать уровень нарушения зрения в каждом отдельном случае, а также

психическое и физическое развитие ребенка.

Кроме образовательной составляющей, работа в дошкольных группах направлена на коррекцию отклонений в развитии, восстановление остаточных функций зрения, оздоровление детей. Значительное внимание уделяется развитию всей компенсирующей системы, прежде всего слуха, осязания, мобильности и ориентировки в пространстве, а также формированию навыков самообслуживания. Проводится работа по гигиене, охране и развитию остаточного зрения, коррекции познавательной, личностной и двигательной сферы, формированию навыков ориентировки в пространстве и самообслуживанию.

Развитие зрительных функций дополняется развитием слуха и осязания. Дети подготавливаются к систематическим занятиям в школе.

Школы для слепых и слабовидящих являются составной частью единой государственной системы специального образования и функционируют на основе принципов, присущих этой системе обучения и воспитания детей с особыми образовательными потребностями. Обучение и воспитание в школах слепых и слабовидящих имеют ряд собственных принципов и особых задач, направленных на восстановление, коррекцию и компенсацию нарушенных и недоразвитых функций, организацию дифференцированного обучения.

В связи с этим школы для слепых и слабовидящих детей должны выполнять следующие функции:

- ◆ учебно-воспитательную;
- ◆ коррекционно-развивающую;
- ◆ санитарно-гигиеническую;
- ◆ лечебно-восстановительную;
- ◆ социально-адаптационную;
- ◆ профориентационную.

Это обеспечивает нормализацию развития детей с нарушенным зрением, восстановление нарушенных связей с окружающей их средой (социальной, природной и др.).

Психическое развитие слепых и слабовидящих детей, формирование у них компенсаторных процессов, активной жизненной позиции, осознание способов самореализации и овладение ими зависят прежде всего от социальных условий, в первую очередь от образовательных.

Специфика работы школ для слепых и слабовидящих детей проявляется в следующем:

- ◆ учете общих закономерностей и специфических особенностей развития детей в опоре на здоровые силы и сохранные возможности;
- ◆ модификации учебных планов и программ, увеличении сроков обучения, перераспределении учебного материала и изменении темпа его прохождения;
- ◆ дифференцированном подходе к детям, уменьшении наполняемости классов и воспитательных групп, применении специальных форм и методов работы, оригинальных учебников, наглядных пособий, тифлотехники;
- ◆ специальном оформлении учебных классов и кабинетов, создании санитарно-гигиенических условий, организации лечебно-восстановительной работы;
- ◆ усилении работы по социально-трудовой адаптации и самореализации выпускников.

Для обучения и воспитания детей с нарушением зрения в стране имеется развитая сеть специальных школ. При некоторых массовых общеобразовательных школах имеются классы охраны зрения.

Как уже отмечалось ранее, школы для слепых и слабовидящих детей (специальные школы 3 и 4 видов) состоят из 3-х ступеней:

- ◆ I ступень — начальная школа;

- ◆ II ступень — основная школа или неполная средняя школа;
- ◆ III ступень — средняя школа.

Ступени школы соответствуют трем основным этапам развития ребенка: детство, отрочество, юность.

Школа I ступени призвана обеспечить становление личности ребенка, целостное развитие ее потенциальных возможностей, лечение, гигиену и охрану зрения, формирование у школьников умения и желания учиться.

Школа II ступени закладывает прочный фундамент общеобразовательной и трудовой подготовки, необходимый выпускнику для продолжения образования, его полноценного включения в жизнь общества.

Школа III ступени обеспечивает завершение общеобразовательной подготовки и курса профессионального обучения на основе его дифференциации.

Программы специальных классов общеобразовательных школ для слепых и слабовидящих детей по русскому языку, математике, ознакомлению с окружающим миром, природоведению соответствуют аналогичным программам общеобразовательной массовой школы по объему и содержанию изучаемого материала. При этом программы специального образования построены с учетом особенностей развития незрячих и слабовидящих детей.

Программами предусмотрено использование средств коррекции и компенсации значительно нарушенного и отсутствующего зрения с помощью оптических приспособлений, тифлоприборов, рельефно-графических пособий (для слепых), плоскочечатных (для слабовидящих).

Особенностью программы по русскому (национальному) языку в начальных классах специальных школ для слепых и слабовидящих детей является то, что они предусматривают увеличение продолжительности подготовительного периода. Эта работа продолжается и на последующих этапах обучения русскому (национальному) языку.

Программа по математике, так же как и программа по русскому языку, предусматривает увеличение подготовительного периода. Большое внимание уделяется формированию конкретных представлений о величине, форме, количестве, пространственном положении предметов и чертежно-измерительных действий.

В программах школ для слабовидящих «Ознакомление с окружающим миром и природоведение» увеличено количество предметных уроков, экскурсий и практических занятий, что позволяет обогатить зрительный опыт детей и сформировать у них представления об окружающей действительности. В тему «Организм человека и охрана его здоровья» введен материал об органе

зрения и его охране, что способствует овладению навыками гигиены и охраны зрения. Введено изучение специальных приемов и способов ориентирования и выполнения правил дорожного движения.

При изучении природоведения в школе для слепых особое внимание уделяется умениям выделить элементарные сигнальные признаки предметов и объектов живой и неживой природы при помощи осязания, слуха, обоняния, остаточного зрения.

Особенности программ по изобразительному искусству для слепых и слабовидящих состоят прежде всего в подборе видов объектов и средств изобразительной деятельности.

Обучение общеобразовательным предметам слепых и слабовидящих учащихся в основном осуществляется по программам общеобразовательной массовой школы с учетом специфики их развития.

Контрольные вопросы

1. Каковы задачи сурдопсихологии и сурдопедагогики?

2. Как соотносятся задачи тифлопедагогики и тифлопсихологии?
3. Назовите причины нарушения зрения и слуха. Каковы критерии их выделения?
4. Охарактеризуйте общие и специальные закономерности психического развития детей с нарушениями слухового и зрительного анализаторов.

5. На какие особенности поведения детей следует обращать внимание, если у них предполагается нарушение слуха или зрения?

6. Каковы основные направления реабилитационной работы с детьми с данными нарушениями?

Литература

1. Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха. — М., 1987.
2. Григорьева Л. П., Сташевский С. В. Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения. — М., 1990.
3. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. — М., 1992.
4. Жохов В. П., Коржакова И. А., Плаксина Л. И. Реабилитация детей, страдающих содружественным косоглазием и амблиопией. — М., 1989.
5. Жохова В. П., Особова Т. З. Учителю о близорукости. — М., 1990.
6. Зайцева Г. Л. Дактилология. Жестовая речь. — М., 1992.
7. Зайцева Г. Л. Диалогх Л. С. Выготским о проблемах современной сурдопедагогики // Дефектология, 1998. — № 2.
8. Земцова М. Н. Пути компенсации слепоты. — М., 1956.
9. Земцова М. Н. Учителю о детях с нарушениями зрения. — М., 1973.

ТЕМА: ЛОГОПЕДИЯ И ЛОГОПСИХОЛОГИЯ

Краткое содержание темы. Предмет, задачи и методы логопедии. Строение речевого аппарата. Виды речи и основные причины ее нарушения. Развитие речевой деятельности в онтогенезе. Современные классификации речевых нарушений. Предмет, задачи и методы логопсихологии. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями речи в ПМПК. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения. Элементы психотерапии в работе логопеда.

1. Предмет, задачи и методы логопедии

(Логопедия — наука о нарушениях речи, методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания.

Предметом логопедии являются нарушения речи, а также обучение и воспитание лиц с расстройствами речевой функции. Логопедия изучает людей, страдающих нарушениями речи, — логопатов. Она рассматривает расстройства речи с позиции предупреждения и преодоления средствами специального организованного обучения и воспитания, таким образом, ее относят к специальной педагогике.

Задачами логопедии являются:

- 1) изучение онтогенеза речевой функции при различных нарушениях;
- 2) определение распространенности, симптоматики и степени проявления нарушений речи;
- 3) выявление динамики спонтанного направленного развития детей с нарушениями речевой

функции, а также характера влияния речевых расстройств на формирование их личности, психическое развитие, на ощущение различных видов функций, поведения;

4) нарушение особенностей формирования речи и речевых нарушений у детей с различными отклонениями в развитии;

5) выявление этиологии, механизмов, структуры, симптоматики речевых расстройств;

6) разработка методов первичной диагностики речевых расстройств;

7) систематизация речевых расстройств;

8) разработка принципов, дифференцированных методов и средств устранения речевых расстройств;

9) разработка вопросов организации логопедической помощи. Теоретический аспект логопедии — изучение речевых расстройств и разработка научно обоснованных методов их профилактики, выявления и преодоления. Практический аспект — профилактика, выявление и устранение речевых нарушений. Теоретические и практические задачи логопедии тесно взаимосвязаны.

Выделяют следующие связи логопедии с другими науками: межсистемные (с медико-биологическими и лингвистическими науками) и внутрисистемные (с педагогикой, различными отраслями специальной педагогики, методами обучения родному языку и математике, с логопедической ритмикой, с общей и специальной психологией).

Основными принципами логопедии являются:

◆ системность;

◆ комплексность;

◆ принцип развития;

◆ принцип рассмотрения нарушений речи во взаимосвязи с другими сторонами психического развития ребенка;

◆ деятельностный подход;

◆ онтогенетический принцип;

◆ этиопатогенетический принцип;

◆ принцип учета симптоматики нарушения и его структуры;

◆ принцип обходного пути;

◆ общедидактические принципы (индивидуальный подход, научность, доступность и др.).

К методам логопедического исследования относят:

◆ организационные: сравнительный, лонгитюдный, комплексный;

◆ эмпирические: обсервационные (наблюдение), экспериментальные (лабораторный, естественный, психолого-педагогический эксперимент), психодиагностические (тесты, анкеты, беседа, интервью), праксиметрические приемы анализа функций, биографические;

◆ количественный и качественный анализ полученных данных. Применяется машинная обработка данных с использованием ЭВМ;

◆ интерпретационные — способы теоретического исследования связей между изучаемыми явлениями;

◆ логопедическое воздействие — это педагогический процесс, в котором реализуются задачи коррекционного обучения и воспитания.

Основными формами логопедического воздействия являются обучение, воспитание, перевоспитание. В ходе логопедического воздействия осуществляется коррекция и компенсация. Восстановительное обучение осуществляется при локальных нарушениях коры головного мозга и направлено на восстановление нарушенных речевых и неречевых функций. Восстановление речи осуществляется при логопедическом воздействии на людей с афазией.

Метод обучения в педагогике — это способ совместной активности педагога и детей, направленный на освоение детьми знаний, умений, навыков, на формирование умственных способностей, воспитание чувств, поведения и личностных качеств.

В логопедической работе используются словесный, наглядный и практический методы обучения. Их выбор и использование определяются характером речевых нарушений, содержанием, целями и задачами коррекционно-педагогического воздействия и индивидуально-психологическими особенностями логопатов.

2. Виды речи и основные причины ее нарушения

Речь является средством общения людей и формой человеческого мышления. Различают внешнюю и внутреннюю речь. Разновидностями внешней речи является устная и письменная речь. Эгоцентрическая речь является промежуточным этапом развития речи ребенка между внешней и внутренней речью.

Речь не является врожденной способностью человека. Она формируется постепенно вместе с развитием ребенка. Для нормального становления речи ребенка необходимо, чтобы кора головного мозга достигла определенной зрелости, а органы чувств были достаточно развиты. Особенно важно для формирования речи развитие речеслухового и речедвигательного анализаторов.

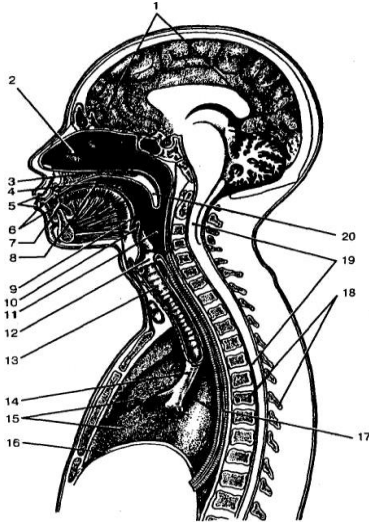


Рис. 9. Строение речевого аппарата: 1 — головной мозг; 2 — носовая полость; 3 — твердое небо; 4 — ротовая полость; 5 — губы; 6 — резцы; 7 — кончик языка; 8 — спинка языка; 9 — корень языка; 10 — надгортанник; 11 — глотка; 12 — гортань; 13 — трахея; 14 — правый бронх; 15 — левое легкое; 16 — диафрагма; 17 — пищевод; 18 — позвоночник; 19 — спинной мозг; 20 — мягкое небо

Все вышеперечисленные факторы в значительной степени зависят от окружающей среды. Если ребенок не получает новых ярких впечатлений, не создана обстановка, способствующая развитию движений и речи, задерживается его физическое и психическое развитие.

Большое значение для развития речи имеет психофизиологическое здоровье ребенка, то есть состояние ВНД, высших психических процессов, а также соматическое состояние ребенка.

Условиями нормального, своевременного и правильного речевого развития ребенка являются его психическое и соматическое здоровье, нормальные умственные способности, слух и зрение, достаточная психическая активность, потребность в речевом общении, полноценное речевое окружение.

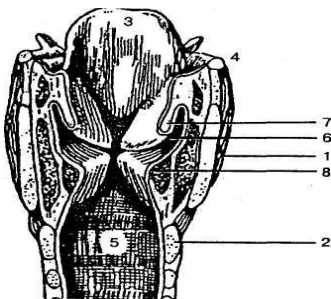
М. Е. Хватцев выделил следующие причины речевого нарушения:

- ◆ органические (поражается центральный или периферический отдел речевого анализатора: неправильное строение зубов, короткий язык и т. п.);
- ◆ функциональные или психогенные (нарушения нейродинамики);
- ◆ социально-психологические причины.

8.3. Развитие речевой деятельности в онтогенезе

Ведущие специалисты в области лингвистики, психологии, педагогики выделяют разное количество этапов развития речи детей (Т. Л. Розенгард-Путко, А. Н. Гвоздев и др.). А. А. Леонтьев выделил следующие этапы развития речи детей: подготовительный (до 1 года), пред-дошкольный — этап первичного овладения языком (от 1 года до 3 лет), дошкольный (от 3 до 7 лет) и школьный (со времени поступления в школу до ее окончания).

Рис. 10. Внутренний вид передней части гортани: 1 — щитовидный хрящ, 2 — перстневидный хрящ, 3 — надгортанник, 4 — разрез подъязычной кости, 5 — трахея, 6 — морганиев желудочек, 7 — ложная голосовая связка, 8 — истинная голосовая связка



Развитие речи ребенка начинается с 3-х месяцев, с периода гуления — это этап активной подготовки речевого аппарата к произношению звука. Одновременно осуществляется процесс развития понимания речи, т. е. импрессивная речь. Ребенок начинает различать интонацию, затем слова, обозначения предметов и действий. Лепет характеризуется производством сочетаний звуков неопределенно артикулируемых. Ребенок к 6 месяцам пытается произнести звуки, похожие на слова.

В 9-10 месяцев ребенок произносит отдельные слова, состоящие из одинаковых парных слогов (папа, мама). К концу первого года словарь достигает 8-12 слов.

На 2-м году жизни ребенка слова и звукосочетания становятся средством речевого общения, т. е. развивается экспрессивная речь. Развитие речи ребенка осуществляется по подражанию, следовательно, большую роль в ее формировании играют родители и речевая обстановка в семье. В период 1-го года жизни ребенок перенимает все элементы звучащей речи. Во 2-м полугодии ребенок

воспринимает определенные звукосочетания и связывает их с предметами или действиями. В это время ребенок реагирует на весь комплекс воздействия, ситуацию, интонацию, слова. Все это помогает образованию временных связей. В возрасте 7-9 месяцев ребенок повторяет за взрослыми все более и более разнообразные сочетания звуков. С 10-11 месяцев появляются реакции на слова, независимо от ситуации и интонации говорящего.

После 3 лет начинается этап становления активной речи. В это время у ребенка появляется особое внимание к артикуляции окружающих. Первые слова ребенка носят обобщенно смысловой характер, т. е. одними и теми же словами он выражает разные чувства. Понять ребенка можно по ситуации общения. Переход от данного вида речи к контекстной происходит к 5 годам.

С 1,5 лет у ребенка появляется возможность понимания словесной речи взрослых. На протяжении 2-го и 3-го годов происходит значительное накопление словаря: в 1,5 года — 10-15 слов, к концу 2-го — 300 слов, к концу 3-го — около 1000 слов. Значения слов становятся более определенными.

К началу 3-го года жизни у ребенка начинает формироваться грамматический строй речи. Сначала ребенок выражает свои желания одним словом, потом примитивными фразами, словами без согласования, соподчинения слов в предложении. К 2-м годам дети практически овладевают навыками употребления форм единственного и множественного числа, имен существительных, времени и лица глаголов, используют некоторые падежные окончания. В это время понимание речи значительно превосходит произносительные возможности.

В дошкольный период развития речи у большинства детей еще отмечается неправильное звукопроизношение. Развивается навык слухового контроля, формируется фонематическое восприятие, увеличивается словарный запас. Активный словарный запас к 4-6 годам составляет 3000-4000 слов. Значения слов обогащаются и уточняются. У ребенка растет опыт речевого общения и на его основе формируется чувство языка.

Параллельно идет развитие грамматического строя. Дети 4-го года жизни пользуются в речи простыми и сложными предложениями. Наиболее распространенные формы высказывания — простое распространенное предложение. К 5 годам дети относительно свободно пользуются структурой сложноподчиненного и сложносочиненного предложения. Начиная с этого возраста высказывания детей напоминают короткий рассказ. Во время бесед их ответы на вопросы включают в себя все большее количество предложений. К 5 годам дети овладевают монологической речью и могут выполнить пересказ сказки без дополнительных вопросов из 40-50 предложений.

В 4 года ребенок должен дифференцировать все звуки. У ребенка заканчивается формирование правильного произношения. К школьному возрасту у ребенка формируется контекстная (т. е. отвлеченная), обобщенная на наглядной основе речь.

За время обучения в школе происходит сознательное усвоение собственной речи и вообще языка. Ведущая роль принадлежит письменной речи. Дети овладевают звуковым анализом, усваивают грамматические правила построения высказываний.

После окончания школы идет процесс саморазвития речи.

8.4. Современные классификации речевых нарушений

В современной логопедии и логопсихологии используют две основные классификации нарушений речи: клинико-педагогическую и психолого-педагогическую.

Все виды нарушений, рассматриваемые в клинико-педагогической классификации, на основе психолого-лингвистических критериев можно подразделить на две большие группы в зависимости от того, какой вид речи нарушен: устная или письменная.

Нарушения устной речи, в свою очередь, могут быть разделены на два типа: 1) фонационного (внешнего) оформления высказывания, которые называют нарушениями произносительной стороны речи, и 2) структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания, которые в логопедии называют системными, или полиморфными нарушениями речи.

I. Расстройства фонационного оформления высказывания могут быть дифференцированы в зависимости от нарушенного звена:

- 1) голосообразования;
- 2) темпоритмической организации высказывания;
- 3) интонационно-мелодической организации;

4) звукопроизводительной организации.

Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных комбинациях, в зависимости от чего в логопедии выделяются следующие виды нарушений, для обозначения которых существуют традиционно закрепившиеся термины.

1. Дисфония (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации, фоноторные нарушения, вокальные нарушения. Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония), может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации и возникать на любом этапе развития ребенка. Бывает изолированной или входит в состав ряда других нарушений речи.

2. Брадилалия — патологически замедленный темп речи. Синоним: брадифразия. Проявляется в замедленной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, может быть органической или функциональной.

3. Тахилалия — патологически ускоренный темп речи. Синоним: тахифразия. Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, органической или функциональной.

При замедленном темпе речь оказывается тягуче-растянутой, вялой, монотонной. При ускоренном темпе — торопливой, стремительной, напористой. Ускорение речи может сопровождаться аграмматизмами.

4. Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Синонимы: логоневроз, *lalonevros*, *balbuties*. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития ребенка.

5. Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Синонимы: косноязычие (устаревшее), дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем. Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: в искаженном (ненормированном) произнесении звуков, в заменах (субституциях) звуков или в их смешении. Дефект может быть обусловлен тем, что у ребенка не полностью сформировалась артикуляторная база (не усвоен весь набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков) или неправильно сформировались артикуляторные позиции, вследствие чего продуцируются ненормированные звуки. Особую группу составляют нарушения, обусловленные анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. В психолингвистическом аспекте нарушения произношения рассматриваются либо как следствие несформированности операций различения и узнавания фонем (дефекты восприятия), либо как несформированность операций отбора и реализации (дефекты продуцирования), либо как нарушение условий реализации звуков.

Описанные дефекты являются избирательными, и каждый из них имеет статус самостоятельного нарушения. Однако наблюдаются и такие, в которых оказываются вовлеченными одновременно несколько звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания. К таким относятся ринолалия и дизартрия.

6. Ринолалия — нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Синонимы: гнусавость (устаревшее), палатолалия. Проявляется в патологическом изменении тембра голоса, который оказывается избыточно назализованным, вследствие того что голосовыдыхательная струя проходит при произнесении всех звуков речи в полость носа и в ней получает резонанс. При ринолалии наблюдается искаженное произнесение всех звуков речи (а не отдельных, как при дислалии). При этом дефекте часто встречаются и просодические нарушения, речь при ринолалии малоразборчива (невнятная), монотонная.

7. Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Наблюдаются несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно-

фонетические дефекты. Тяжелой степенью дизартрии является анартрия, проявляющаяся в невозможности осуществить звуковую реализацию речи. В легких случаях дизартрии, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о ее стертой форме. Эти случаи необходимо отличать от дислалии.

II. Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами: алалией и афазией.

1. Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Синонимы: дисфазия, ранняя детская афазия, афазия развития, слухонемота (устаревшее).

Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, вследствие чего оказывается не сформированной речевая деятельность ребенка. Система языковых средств (фонематических, грамматических, лексических) не формируется, страдает мотивационно-побудительный уровень речепорождения. Наблюдаются грубые семантические дефекты. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов. Встречается несколько вариантов алалии в зависимости от того, какие речевые механизмы не сформированы и какой из их этапов (уровней) преимущественно страдает.

2. Афазия — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Синонимы: распад, утрата речи.

У ребенка теряется речь в результате черепно-мозговых травм, нейроинфекции или опухолей мозга после того, как речь уже была сформирована. Если такое нарушение произошло в возрасте до 3-х лет, то исследователи воздерживаются от диагноза афазия. Если же нарушение произошло в более старшем возрасте, то говорят об афазии. В отличие от афазии взрослых есть детская, или ранняя, афазия.

III. Нарушения письменной речи. Эти нарушения подразделяются на две группы в зависимости от того, какой вид ее нарушен. При нарушении продуктивного вида отмечаются расстройства письма, при нарушении рецептивной письменной деятельности — расстройства чтения.

1. Дислексия — частичное специфическое нарушение процесса чтения. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв; затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова; в аграмматизме и искажении понимания прочитанного.

2. Дисграфия — частичное специфическое нарушение процесса письма. Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв, в искажениях звукослогового состава слова и структуры предложений. В случае несформированности процессов чтения и письма (в ходе обучения) говорят об алексии и аграфии.

Нарушения письма и чтения у детей вызываются затруднениями в овладении умениями и навыками, необходимыми для полноценного осуществления этих процессов. По данным исследователей, эти затруднения обуславливаются дефектами устной речи (за исключением оптических форм), несформированностью операций звукового анализа, нестойкостью произвольного внимания.

Нарушения письма и чтения у детей необходимо отличать от утраты умений и навыков письма и чтения, т. е. дислексии (алексии) и дисграфий (аграфий), возникающих при афазиях.

Таким образом, в логопедии выделяются 11 форм речевых нарушений, 9 из них составляют нарушения устной речи на разных этапах ее порождения и реализации и 2 формы составляют нарушения письменной речи, выделяемые в зависимости от нарушенного процесса.

Нарушения устной речи: дисфония (афония), тахилалия, брадилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия (анартрия), алалия, афазия. Нарушения письменной речи: дислексия (алексия) и дисграфия (аграфия). В приведенную классификацию включены лишь те формы речевых нарушений, которые выделены в логопедической литературе и применительно к которым разработаны методики. Внутри каждой из форм речевых нарушений существуют виды и подвиды.

В связи с этим следует указать, что в ряде случаев виды нарушений, относящиеся к одной форме, представляют собой не вариант, а отдельное нарушение. Например, в дислексию включены, с одной стороны, артикуляторно-фонетические нарушения, т. е. дефекты собственно звуковой

реализации речи, относящиеся к уровню речевой нормы, а с другой — фонематические нарушения, обусловленные несформированностью операций, осуществляющих отбор звуков, и относящиеся к уровню структурного (языкового) оформления высказывания.

Отмеченная непоследовательность классификации стала особенно заметной в современный период развития науки в связи с возросшими знаниями о речевых (психологических и физиологических) механизмах и новыми исследованиями в логопедии. Каждый новый этап в развитии науки и новые знания требуют внесения корректив в прежние представления, поэтому дальнейшая разработка вопросов классификации речевых нарушений остается актуальной задачей логопедии.

Психолого-педагогическая классификация возникла в результате критического анализа клинической классификации с точки зрения применимости ее в педагогическом процессе, каким является логопедическое воздействие. Такой анализ оказался необходимым в связи с ориентацией логопедии на обучение и воспитание детей с нарушениями развития речи.

Внимание исследователей было направлено на разработку методов логопедического воздействия для работы с коллективом детей (учебной группой, классом). Для этого необходимо было найти общие проявления дефекта при разных формах аномального развития речи у детей, особенно те, которые актуальны для коррекционного обучения. Такой подход потребовал другого принципа группировки нарушений: не от общего к частному, а от частного к общему. Это позволило строить ее на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной).

Нарушения речи в данной классификации подразделяются на 2 группы. Первая группа — нарушение средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи).

1. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи — нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

2. Общее недоразвитие речи — различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

В качестве общих признаков отмечаются: позднее Начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизм, дефекты произношения, дефекты фонемообразования.

Недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. В зависимости от степени сформированности речевых средств у ребенка общее недоразвитие подразделяется на три уровня.

Вторая группа — нарушения в применении средств общения, куда относится заикание, которое рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформированных средствах общения. Возможен и комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с общим недоразвитием речи.

В данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков. В классификации отражается последовательная опора на принцип системного подхода, на основе которого учитываются два соотношения: соотношение нарушений в системе речевой деятельности и соотношение нарушений как одного из психических процессов с другими сторонами психики ребенка, развитие которых тесно связано с речью.

Приведенные классификации отражают современное состояние теории логопедии. Между ними нет противоречий — они дополняют друг друга. Задача логопедии — совершенствовать систематизацию речевых нарушений.

Приведенные классификации разработаны преимущественно по отношению к первичному недоразвитию речи у детей, т. е. к тем случаям, когда нарушения наблюдаются при сохранном слухе

и интеллекте. Однако эта категория детей не однородна по своему составу, так как к ней относятся и дети с задержкой психического развития, с нарушениями зрения и опорно-двигательного аппарата. Важно решить вопрос о том, применимы ли разработанные в логопедии классификации к нарушениям речи у названных категорий детей или необходимы новые поиски.

Не менее важным и сложным является вопрос о систематизации речевых нарушений у умственно отсталых и слабослышащих детей.

Наиболее приемлемой для указанных случаев является клинико-педагогическая классификация, поскольку она строится на признаках, максимально дифференцирующих виды речевых нарушений; позволяющих логопеду квалифицировать дефект речи при разных формах аномального развития и осуществить логопедическое воздействие с опорой на принцип индивидуального подхода. В свою очередь, те признаки, которые положены в основание психолого-педагогической систематизации, помогут в организации групповых форм логопедической работы при разных формах аномалий, но при общности проявлений речевого дефекта.

5. Предмет, задачи и методы логопсихологии

Логопсихология — это отрасль специальной психологии, которая изучает психические особенности человека, имеющего речевые нарушения первичного характера.

Предметом логопсихологии является изучение своеобразия психического развития людей с различными формами речевой патологии.

Задачи логопсихологии:

- ◆ изучение специфики психического развития при первичных речевых нарушениях различной степени тяжести и этиологии;
- ◆ изучение особенностей личностного и социального развития у детей с речевой патологией;
- ◆ определение перспектив развития детей с нарушениями речи и эффективных средств воспитания и образования;
- ◆ разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие среди сходных по внешним проявлениям состояний (аутизма, нарушений слуховой функции, задержки психического развития, сложных недостатков развития);
- ◆ разработка методов психологической коррекции и профилактики речевых нарушений в детском возрасте.

Теоретические истоки логопсихологии находятся в исследованиях Л. С. Выготского, раскрывающих сложную структуру аномального развития ребенка, согласно которой «дефект какого-нибудь анализатора или интеллектуальный дефект не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений».

Так, первичный дефект, недоразвитие или повреждение различных звеньев речевой системы при отсутствии специальных коррекционных мероприятий неизбежно вызовет ряд вторичных и третичных отклонений: недоразвитие всех сторон речи; ограниченность сенсорных, временных и пространственных представлений; недостатки памяти; недостаточную целенаправленность и концентрацию внимания; снижение уровня обобщений; недостаточное умение строить умозаключения, устанавливать причинно-следственные связи. Данные особенности, а также недостаточный уровень развития навыков коммуникации у ребенка, что связано с речевыми проблемами, могут приводить к трудностям в общении с другими людьми, нарушению его социальных связей с окружающим миром, к чувству отверженности и одиночества.

Для получения целостной картины структуры нарушения логопсихологии необходимо опираться на патопсихологию, на знание закономерностей развития высших психических функций при патологии развития, на общую и специальную психологию, возрастную психологию, нейропсихологию, психодиагностику. Следует иметь тесную связь с логопедией и знаниями о речевых нарушениях, их механизмах, тяжести, структуре, а также с нейролингвистикой. Важное значение для логопсихологии представляют и знания медицинских наук: педиатрии, невропатологии и др.

6. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями речи в ПМПК

Обследование ребенка, имеющего отставание в речевом развитии или его нарушение, ПМПК обеспечивает:

- ◆ раннее выявление особенностей развития ребенка, обуславливающих проблемы в учебе и

поведении;

- ◆ проведение специализированных курсов коррекционно-развивающих занятий для таких детей;
- ◆ сопровождение детей со стойкими трудностями в учебе и адаптации в социуме;
- ◆ консультирование родителей и учителей по вопросам эффективной помощи таким детям, индивидуального подхода в обучении.

По результатам обследования ребенка в ПМПК администрация школы и родители получают заключение консилиума и рекомендации по изменению условий обучения, улучшению ситуации развития ребенка, по коррекции проблем обучения и адаптации. Помимо этого, в случае необходимости, ребенок направляется в коррекционно-развивающие группы и на индивидуальные занятия к специалистам: психологу, дефектологу, логопеду.

Особую сложность представляет дифференциальная диагностика самого распространенного речевого нарушения — общего недоразвития речи и других нарушений.

Общее недоразвитие и задержка речевого развития

Необходимо отграничивать общее недоразвитие речи (ОНР) от задержки темпа ее формирования речи. Причинами задержки развития речи обычно являются педагогическая запущенность, недостаточность речевого общения ребенка с окружающими, двуязычие в семье. Наиболее точное разграничение этих состояний возможно в процессе диагностического обучения. Отличительными признаками, говорящими о более тяжелом речевом диагнозе, будут наличие органического поражения центральной нервной системы, более выраженная недостаточность психических функций, невозможность самостоятельного овладения языковыми обобщениями. Одним из важных диагностических критериев является возможность усвоения ребенком с замедленным темпом развития речи грамматических норм родного языка — понимание значения грамматических изменений слов, отсутствие смешения в понимании значений слов, имеющих сходное звучание, отсутствие нарушений структуры слов и аграмматизмов, столь характерных и стойких при общем недоразвитии.

7. Практическое занятие. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения

У детей с речевыми нарушениями по сравнению с возрастной нормой наблюдается снижение познавательной деятельности и входящих в ее структуру процессов: меньший объем запоминания и воспроизведения материала, неустойчивость внимания, быстрая отвлекаемость, истощаемость психических процессов, снижение уровня обобщения и осмысления действительности; у них затруднена развернутая связная речь.

Приведем пример сложности и разноуровневости проблем ребенка с ринолалией. Характерной особенностью речи такого ребенка является носовой оттенок, так как струя воздуха во время речевого акта проходит через нос, а не через рот (открытая ринолалия). Вследствие отсутствия или недостаточности перегородки между носовой и ротовой полостью (из-за расщелин твердого и мягкого неба, недостаточной подвижности мягкого неба) струя воздуха уходит в нос, и речь ребенка с таким нарушением обычно малопонятна для окружающих. Он практически не умеет направленно выдыхать через рот — задувать свечку, дышать на ладошки, петь гласные.

До операции ребенок с расщелиной твердого неба, как правило, носит obturatory (пластины, создающие искусственное небо), которые меняются по мере взросления ребенка. При недостаточно внимательном отношении в промежутки между пластинами может забиваться пища, становясь источником инфекции и ослабляя организм ребенка.

Ребенок с открытой ринолалией нуждается в помощи логопеда как в дооперационный, так и в послеоперационный период. Воспитатель работает в сотрудничестве с логопедом и проводит большую работу по развитию речевого (ротового) дыхания.

У ребенка с закрытой ринолалией из-за разращений в носу полипов закрыт проход воздуха в нос. В речи такой ребенок заменяет носовые звуки [м] и [н] на звуки [б] и [д]. Первостепенное значение в этих случаях отводится медицинской коррекции — удалению аденоидов, физиотерапии и пр. В дальнейшем к работе подключаются логопед и воспитатель. Воспитатель следит за тем, чтобы ребенок закрывал рот и дышал носом. Необходимо несколько раз (3-4) в день с этим ребенком выполнять дыхательные упражнения:

◆ дышать поочередно правой, а затем левой ноздрей, при этом рот и другая ноздря должны быть закрыты;

◆ делать вдох ртом, а выдох носом и наоборот, вдыхать носом, а выдыхать ртом;

◆ пропеть на мотив песни звук [м].

Важно, чтобы воспитатель контролировал работу над правильным дыханием ребенка, которую проводят также и родители.

В дальнейшем первостепенную роль будут иметь занятия с логопедом и психологом по формированию позитивного самовосприятия, эффективных навыков коммуникации, а также работе с их ближайшим социальным окружением по созданию психотерапевтической поддерживающей атмосферы.

8. Элементы психотерапии в работе логопеда

«Я не могу, у меня ничего не получается», — обычно именно эти слова слышит логопед от ребенка-логопата, приступая к занятиям с ним. Поэтому психотерапия начинается тогда, когда ребенок в первый раз переступает порог его кабинета. Логопед должен встретить ребенка в высшей степени дружелюбно и показать ему комнату, в которой они будут заниматься, все, что в ней находится, прежде всего игрушки. Заметив, что больше всего ребенку понравилось, педагог дает ему заинтересовавшую его вещь и, если ребенок не возражает, подключается к его игре на равных. Первая встреча-знакомство на этом завершается.

Один из важнейших элементов психотерапии — поощрение, которое выражается в вербальной и невербальной (жесты, улыбки, похлопывания, прикосновения и др.) формах.

Занимаясь с ребенком, следует соблюдать следующие правила:

◆ сидите справа от него. Правая сторона — это будущее. Когда вы находитесь справа, вы помогаете ему продвигаться в нужном направлении — к результатам, которых вы оба ждете;

◆ занимайте позицию на уровне глаз ребенка (он — на стуле, вы на стульчике; он — на полу и вы — на полу);

◆ следите за своим голосом и организацией речи (логические паузы и ударения, высота, тембр, звучание);

◆ принимайте ребенка таким, какой он есть;

◆ будьте с ним «здесь и сейчас» (думая о своем, вы теряете контакт с ребенком, а он — интерес к тому, что он делает);

◆ оставьте за порогом ваше настроение, не разрешайте себе раздражаться, лгать, притворяться; будьте спокойны и доброжелательны, открыты ему и искренни;

◆ никогда не гладьте ребенка по голове и не кладите руку ему на голову — это жест, вызывающий отрицательную реакцию, даже стрессовое состояние.

Психогимнастика как особая часть психотерапии помогает скорректировать различные сферы психики детей-логопатов, которые, как правило, испытывают определенные трудности в общении со сверстниками; склонны к повышенной утомляемости; вспыльчивы, замкнуты; несамостоятельны в поведении и выражении своих мыслей.

В число средств, с помощью которых специалист добивается успеха, входят следующие:

◆ упражнения на развитие мимики и пантомимики (показать мимикой то или иное эмоциональное состояние; угадать по выражению лица товарища его внутреннее состояние и т. д.), помогающие предотвратить перерастание эмоций в патологические чувства, обеспечить необходимую разрядку;

◆ музыка, способная уравновесить нервную систему ребенка — успокоить чрезмерно возбужденного и растормозить вялого; способствующая развитию умения слушать и слышать, фантазии, воображения.

Большое значение для нормального развития ребенка имеет гармонизация его притязаний (чего он хочет, на что претендует) и реальных возможностей.

Ребенок, переоценивающий себя, обычно высокомерен, заносчив, нетерпим к критике. Ребенок, который недооценивает свои возможности, скован, не уверен в себе, пессимистичен. Эти два типа самооценки могут привести к психическим расстройствам. Как можно это предотвратить?

Вот один из способов. Пусть ребенок сам оценит свою работу и работу своего товарища. Если самооценка окажется завышенной, а оценка другого ребенка заниженной (что чаще всего бывает),

надо осторожно подвести ребенка к пониманию неправомерности его выводов. Это дает возможность детям, неуверенным в себе, почувствовать уверенность, а детям с завышенной самооценкой не испытывать в дальнейшем стресс при неудачном выполнении задания.

Способ общения с ребенком (а их около 6,5 тыс. с точки зрения транзактного анализа) выбирают по ситуации.

Контрольные вопросы

1. Что является предметом исследования логопедии?
2. Каковы основные задачи логопедии?
3. Перечислите методы исследования и воздействия в логопедии.
4. Охарактеризуйте основные виды речи.
5. Какие группы нарушений речи выделил М. Е. Хватцев?
6. Дайте характеристику основных этапов развития речи детей по А. А. Леонтьеву.
7. Какие нарушения речи входят в состав клинико-педагогической классификации?
8. Назовите основные группы речевых нарушений, выделенных в психолого - педагогической классификации.
9. Предмет, задачи и методы логопсихологии.
10. Какова роль психолого-педагогического изучения детей с нарушениями речи в ПМПК?
11. Основные пути психокоррекционной и профилактической работы с детьми, имеющими речевые нарушения.
12. Какие элементы психотерапии может использовать в своей работе логопед?

Статические упражнения для языка

1. «Птенчики». Рот широко открыт, язык спокойно лежит в ротовой полости.
2. «Лопаточка». Рот открыт, широкий расслабленный язык лежит на нижней губе.
3. «Чашечка». Рот широко открыт. Передний и боковой края широкого языка подняты, но не касаются зубов.
4. «Иголочка», «Стрелочка», «Жало». Рот открыт. Узкий напряженный язык выдвинут вперед.
5. «Горка», «Киска сердится». Рот открыт. Кончик языка упирается в нижние резцы, спинка языка поднята вверх.
6. «Трубочка». Рот открыт. Боковые края языка загнуты вверх.
7. «Грибок». Рот открыт. Язык присосать к нёбу.

Динамические упражнения для языка

1. «Часики», «Маятник». Рот приоткрыт. Губы растянуты в улыбку. Кончиком узкого языка попеременно тянуться под счет педагога к уголкам рта.
2. «Змейка». Рот широко открыт. Узкий язык сильно выдвинуть вперед и убрать вглубь рта.
3. «Качели». Рот открыт. Напряженным языком тянуться к носу и подбородку либо к верхним и нижним резцам.
4. «Футбол», «Спрячь конфетку». Рот закрыт. Напряженным языком упереться то в одну, то в другую щеку.
5. «Почистить зубы». Рот закрыт. Круговым движением языка обвести между губами и зубами.
6. «Катушка». Рот открыт. Кончик языка упирается в нижние резцы, боковые края прижаты к верхним коренным зубам. Широкий язык «выкатывается» вперед и упирается в глубь рта.
7. «Лошадка». Присосать язык к нёбу, щелкнуть языком. Цокать медленно и сильно, тянуть подъязычную связку.
8. «Гармошка». Рот раскрыт. Язык присосать к нёбу. Не отрывая язык от нёба, сильно оттягивать вниз нижнюю челюсть.
9. «Маляр». Рот открыт. Широким кончиком языка, как кисточкой, ведем от верхних резцов до мягкого нёба.
10. «Вкусное варенье». Рот открыт. Широким языком облизать верхнюю губу и убрать язык в глубь рта.
11. «Оближем губки». Рот приоткрыт. Облизать сначала верхнюю, затем нижнюю губу по кругу.

Упражнения для губ

1. «Улыбка». Удерживание губ в улыбке. Зубы не видны.
2. «Заборчик». Верхние и нижние зубы обнажены. Губы растянуты в улыбке.
3. «Трубочка». Вытягивание губ вперед длинной трубочкой.
4. «Хоботок». Вытягивание сомкнутых губ вперед.
5. «Бублик», «Рупор». Зубы сомкнуты. Губы округлены и чуть вытянуты вперед. Верхние и нижние резцы видны.
6. «Заборчик» — «Бублик»; «Улыбка» — «Хоботок» — чередование положений губ.
7. «Кролик». Зубы сомкнуты. Верхняя губа приподнята и обнажает верхние резцы.

На подготовительном этапе логопед выбирает из перечисленных упражнений только те, которые он считает необходимыми для формирования правильного артикуляционного уклада нарушенного звука.

В табл. 5 представлены упражнения в соответствии со звуками, для подготовки произношения или закрепления которых они используются.

В практике логопедической работы существует несколько вариантов «Сказки о Веселом Язычке», которая в стихотворной, занимательной для детей форме объединяет артикуляционные упражнения и помогает в игровой форме решать задачу тренировки артикуляционного аппарата.

Упражнение «Сказка», разработанное для работы над правильным произношением звуков «Р», «Р'»

Рот — домик, губы — двери.

А кто живет в этом домике?

В этом домике дружок,

Живет Веселый Язычок.

Ох, и шустрый он мальчишка

И немножко шалунишка.

(Рот открыт, несколько раз показывается узкий язык).

Упражнение «Стрелочка»

Наш Веселый Язычок Повернулся на бочок. Смотрит влево, смотрит вправо... А потом опять вперед, Тут немного отдохнет.

Упражнения «Часики», «Змейка»

Приоткрыл Язык окно, А на улице тепло. Язычок наш потянулся, Широко нам улыбнулся, А потом пошел гулять, На крылечке загорать.

Упражнения «Лопаточка», «Качели»

На крылечке полежал, На качели побежал. Вверх взлетел он смело... Ну, пора за дело.

Упражнение «Заборчик»

Поспешил к себе во двор, Чтобы починить забор. Быстро взялся он за дело, И работа закипела. Гвозди, молоток и клещи — Нужные плотнику вещи. Молоток стучит «Тук-тук!», Язычку он лучший друг.

(Рот закрыт. Зубы обнажены. Напряженным кончиком языка постучать в зубы, многократно повторяя «т-т-т».)

Упражнение «Маляр»

Вот и банка с краской рядом. Обновить заборчик надо. Стала кисточка плясать, Наш заборчик не узнать. Язычок наш кончил дело, Отдыхать он может смело.

Упражнения «Лошадка», «Гармошка», «Футбол»

Я с лошадкой погуляю, На гармошке ей сыграю. Погоняю я в футбол И забью в ворота гол. Очень сложная задача — Загонять в ворота мячик.

Упражнения «Горка», «Лопаточка»

Скрылось солнце за горой, Язычок пошел домой. Дверь он запер на замок. Лег в кроватьку и умолк.

Для звуков «З», «З'», «Ц», «Ж», «Ш», «Ч», «Щ», «Л», «Л'»- предлагается следующий вариант «Сказки о Веселом Язычке»

Жил-был Веселый Язычок в своем домике. Догадайся, что это за домик.

В домике этом

Красные двери,
Рядом с дверями
Белые звери.

Любят зверюшки конфеты и плюшки.

Догадались? Этот домик — рот.

Двери в домике то открываются, то закрываются. Вот так (рот закрыт, открыт).

Непоседливый Язычок не сидит на месте. Он часто выбегает из домика (высунуть язык).

Вот он вышел погреться на солнышке, отдохнуть на крылечке (язык «лопаткой» на нижней губе).

Подул легкий ветерок, Язычок пожегился (язык «стрелочкой»), спрятался в домик и закрыл за собой дверь (язычок убрать, рот закрыть).

А на дворе солнце спряталось за тучки и забарабанил по крыше дождь (языком стучим в зубы, произносим «д-д-д-д»).

Язычок не скучал дома, напоил котенка молоком.

Он лакал молочко (водим языком по верхней губе сверху вниз, рот открыт), потом котенок облинулся (облизать верхнюю и нижнюю губки справа налево, слева направо) и сладко зевнул (рот широко открыт).

Язычок посмотрел на часы, они тикали: «тик-так» (рот открыт, губы в улыбке, кончиком языка дотрагиваемся до уголков рта).

Котенок свернулся клубочком.

«Пора и мне спать», — подумал Язычок.

Вопросы для обсуждения

1. Предмет, задачи и методы логопедии.

2. Основные этапы развития речи детей.

3. Понятие, виды и причины речевых нарушений.

4. Клинико-педагогическая классификация нарушений речи.

5. Психолого-педагогическая классификация речевых нарушений.

6. Предмет, задачи и методы логопсихологии.

% Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями речи.

8. Психокоррекционная и профилактическая работа с детьми, имеющими речевые нарушения.

9. Использование элементов психотерапии в работе логопеда.

10. Преемственность в работе логопеда и семьи.

11. Основные виды артикуляционных упражнений, их назначение и способы выполнения.

Литература

1. Беккер К. П., Совак М. Логопедия. — М., 1981.

2. Белякова Л. И., Гаркуша Ю. Ф., Усанова О. И. и др. Сравнительное психолого-педагогическое исследование дошкольников с общим недоразвитием речи и нормально развитой речью: Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. — М., 1991.

3. Белякова Л. И., Дьякова Е. А. Логопедия. Заикание. — М., 1998.

4. Богуш А. М. Речевая подготовка детей к школе. — Киев., 1984.

5. Выготский Л. С. Педагогическая психология. — М., 1997.

6. Ковалев В. В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья в детском возрасте и ее значение для профилактики // Психогигиена детей и подростков. — М., 1985.

7. Логопедия: Учебное пособие / Под ред. М. С. Волковой, С. Н. Шаховской. — М., 1998.

8. Львов М. Р. Тенденция развития речи учащихся. — М., 1987.

9. Новоторцева Н. В. Развитие речи детей: Популярное пособие для родителей и педагогов. — Ярославль, 1995.

ТЕМА: ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Краткое содержание темы. Этиология и патогенез детского церебрального паралича. Характеристика нарушений двигательных функций у детей с ДЦП. Нарушения психики. Речевые нарушения. Основные цели и принципы коррекционной работы при ДЦП. Система специализированной помощи детям, страдающим церебральным параличом.

1. Этиология и патогенез детского церебрального паралича

Основной контингент детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в настоящее время страдает детским церебральным параличом (ДЦП).

Детский церебральный паралич является сложным заболеванием центральной нервной системы, ведущим не только к двигательным нарушениям, но и вызывающим задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение слуха, зрения и т. д. Важность этой проблемы определяется увеличивающейся распространенностью и социальной значимостью заболевания, влекущего за собой тяжелую инвалидизацию.

Наибольшую актуальность проблема детского церебрального паралича получила за последние годы, так как заболевание это стало встречаться значительно чаще. К изучению этой патологии приковано внимание не только у нас в стране, но и за рубежом. Однако до настоящего времени мало изучена распространенность детского церебрального паралича. О частоте церебрального паралича в нашей стране имеются лишь отдельные работы М. Н. Никитиной, М. Н. Гончаровой, позволяющие сделать вывод, что таких больных немало и за последние годы имеется тенденция к их увеличению, связанная не только с улучшением учета, но и с успехами реанимации детей, родившихся в асфиксии, получивших тяжелую травму в родах.

Термин «детский церебральный паралич» объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждения на различных этапах онтогенеза и характеризуются неспособностью сохранить нормальную позу и выполнять произвольные движения.

Такое определение детского церебрального паралича исключает прогрессирующие наследственные заболевания нервной системы, в том числе различные метаболические дефекты, поражение спинного мозга и периферических нервов, которые также приводят к нарушениям опорно-двигательного аппарата у детей.

Анализ причин, приводящих к возникновению детского церебрального паралича, показывает, что в большинстве случаев выделить одну из них не представляется возможным, так как часто присутствует сочетание нескольких неблагоприятных факторов как в периоде беременности, так и при родах.

Многие исследователи отмечают, что в 80 % наблюдений поражения мозга, вызывающие церебральный паралич, происходят в периоде - внутриутробного развития плода, а в последующем внутриутробная патология отягощается интранатальной.

К внутриутробным вредностям прежде всего относят острые или хронические заболевания матери, в первую очередь гипертоническую болезнь, пороки сердца, анемию, ожирение, сахарный диабет и другие, имеющие место при церебральном параличе в 40 % наблюдений. Другими «материнскими» факторами перинатального риска являются прием лекарств во время беременности (10 %), профессиональные вредности (1 -2 %), алкоголизм родителей (4 %), стрессы, психологический дискомфорт (2-6 %), физические травмы во время беременности (в 1-3,88 %).

В последние годы большое значение в этиологии детского церебрального паралича придают влиянию на плод различных инфекционных агентов, особенно вирусного происхождения.

К факторам высокого риска развития детского церебрального паралича И. М. Волков, Ш. Ш. Шамансуров относят различные осложнения в родах, частота которых превышает 40,2 %. Это слабость сократительной деятельности матки во время родов (23,6 %), стремительные роды (4 %), кесарево сечение (11,36 %), затяжные роды (24 %), длительный безводный период (5 %), ягодичное предлежание плода (5-6,25 %), длительный период стояния головки в родовых путях (5 %), инструментальное родовспоможение (5-14%).

К одним из наиболее предрасполагающим факторов к развитию церебрального паралича М. И. Ватолина, И. М. Волков, К. И. Куленова относят преждевременные роды. Недоношенность имеет большой удельный вес в анамнезе больных детским церебральным параличом и составляет, по

данным разных авторов, от 19 до 33,2 %, в то время как среди всех новорожденных этот показатель равен 4-8 %. Церебральный паралич развивается у 8,7 % недоношенных детей, причем его частота снимается пропорционально увеличению возраста и массы тела.

С. И. Козлова рассматривает детский церебральный паралич как заболевание с наследственной предрасположенностью, степень генетического риска составляет 2-3 %. В литературе описаны случаи, когда клинические проявления некоторых наследственных заболеваний протекали в форме церебрального паралича.

2. Характеристика нарушений двигательных функций у детей с ДЦП

При детском церебральном параличе наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга — большие полушария, которые регулируют произвольные движения, речь и другие корковые функции. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Таким образом, при детском церебральном параличе страдают самые важные для человека функции: движение, психика и речь. Ведущими в клинической картине детского церебрального паралича являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными припадками.

Нарушение в развитии ребенка, страдающего детским церебральным параличом, зависит от тяжести и локализации очага поражения головного мозга: стойкие двигательные расстройства и нарушение тонуса мышц в конечностях, патологические установки позы, а также нарушение психоречевых функций. Характерными являются:

- ◆ двойное спастическое поражение рук и тяжелая форма олигофрении (умственное недоразвитие);
- ◆ спастический паралич ног с их перекрестом (болезнь Литтля);
- ◆ повышенный мышечный тонус с произвольными движениями и судорожными припадками;
- ◆ замедление роста и уменьшение длины конечностей;
- ◆ глубокие психические (чаще всего умственные) расстройства. Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в широких

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Мышечный тонус условно называют рефлексом на проприоцепцию, ответом мышц на самоощущение. Для любого двигательного акта необходим нормальный мышечный тонус. Регулирование мышечного тонуса обеспечивается согласованной работой различных звеньев нервной системы.

Часто при детском церебральном параличе наблюдается повышение мышечного тонуса — спастичность. Мышцы в этом случае напряжены. Характерным является нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела). У детей с церебральным параличом ноги приведены, согнуты в коленных суставах, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтевых суставах, пальцы согнуты в кулак. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются стибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей.

При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимальное повышение мышечного тонуса). Нарушаются плавность и слаженность мышечного взаимодействия.

При гипотонии (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. При гипотонии объем пассивных движений значительно больше нормального.

Дистония — меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью. В покое мышцы расслаблены, при попытках к

движению тонус резко нарастает, в результате чего оно может оказаться невозможным.

При осложненных формах церебрального паралича может наблюдаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом.

Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей, называется церебральным параличом, а ограничение объема движений — центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы. Ребенок, затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги.

Все это затрудняет развитие важнейших двигательных функций и прежде всего манипулятивной деятельности и ходьбы. При парезах страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук.

Наличие насильственных движений. Для многих форм детского церебрального паралича характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы — непроизвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, а также во время волнения.

Тремор — дрожание пальцев рук и языка. Он наиболее выражен при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например, при приближении пальцев к носу при закрытых глазах.

Нарушение равновесия и координации движений (атаксия). Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, Стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки. Ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место. Нарушена координация тонких, дифференцированных движений. В результате ребенок испытывает трудности в манипулятивной деятельности и при письме.;

Нарушение ощущений движений (кинестезии). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущениями движений. При всех формах церебрального паралича нарушается проприоцептивная регуляция движения. Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условно-рефлекторных связей, на основе которых формируется чувство положения собственного тела, позы в пространстве. Нарушение ощущений движений еще более обедняет двигательный опыт ребенка, способствует развитию однообразия в совершении отдельных движений, задерживает формирование тонких координированных движений.

Синкинезии — это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребенок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются).

Наличие патологических рефлексов при церебральном параличе обусловлено тем, что поражения незрелого мозга изменяют последовательность этапов его созревания. При нормальном развитии тонические рефлексы проявляются нередко в первые месяцы жизни. Постепенное их угасание создает благоприятную основу для появления более высокой ступени в безусловно-рефлекторной деятельности ребенка. У детей с церебральным параличом проявление этих рефлексов в первые годы жизни могут усиливаться из месяца в месяц, в последующие годы оставаться стойкими. Развитие моторики при детском церебральном параличе чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексы оказывают решающее влияние. Ребенку может быть 2 года, 5, 10 лет, а его двигательное развитие будет находиться на уровне 5-8-месячного здорового младенца.

Двигательные нарушения у детей с детским церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения,

нарушение походки, движения недостаточно ловки, замедленные. Снижена мышечная сила.

Таким образом, анализ литературных данных о факторах возникновения детского церебрального паралича показывает, что их достаточно много. Среди них можно выделить такие, как:

- ◆ инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, опоясывающий лишай);
- ◆ несовместимость крови матери и ребенка по резус-фактору;
- ◆ токсикоз беременных или диабет;
- ◆ наследственность.

В качестве основных причин развития детского церебрального паралича во время родов можно указать те, которые фактически нужно отнести к осложнениям: недостаток кислорода при рождении, родовые травмы, преждевременные роды.

Причины возникновения детского церебрального паралича после рождения ребенка можно выделить такие, как острые инфекционные в период первых нескольких дней жизни, в том числе заболевания мозга — менингит, энцефалит. А также травмы головы, кровоизлияния в мозг, резкое кислородное голодание, опухоли мозга. Недостаточность имеет большой удельный вес в анамнезе больных с детским церебральным параличом.

Следовательно, можно констатировать только полиэтиологичность детского церебрального паралича и необходимость большего внимания к изучению как биологических, так и средовых факторов, оказывающих свое воздействие на организм плода и новорожденного.

К. А. Семенова (1974) разработала следующую классификацию ДЦП (табл. 6).

Таблица 6 Классификация ДЦП

Форма ДЦП, название	Двигательные нарушения	Интеллектуальные нарушения
Спастическая диплегия (болезнь Литтля).	Руки поражены меньше, чем ноги.	Возможны небольшие нарушения интеллекта.
Двойная гемиплексия.	Тяжелое поражение всех конечностей.	Тяжелая форма дебильности, имбецильность и даже идиотия.
Гиперкинетическая форма.	Гиперкинезы, параличи, парезы.	
Атонически-астеническая форма.	Характерны парезы и низкий тонус мышц.	Развивается удовлетворительный интеллект.
Гемипаретическая форма	Парезы одной стороны тела, сильнее — верхних конечностей	50 % лиц имеют олигофрению в степени дебильности и имбецильности, в 25-35 % случаев возможна олигофрения

3. Нарушения психики при ДЦП

Структура дефекта при ДЦП включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушения развития психики сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Картина психических нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуется грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный, неравномерный характер.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральными параличами резко задерживается, и на этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений: например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП — с тяжелым недоразвитием психических функций. Для детей с церебральным параличом характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами;

Аномалии развития психики при ДЦП включают нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Структура интеллектуального дефекта при ДЦП характеризуется рядом специфических особенностей.

1. Неравномерно сниженный запас сведений и представлений об окружающем мире. Это

обусловлено несколькими причинами:

- 1) вынужденная изоляция, ограничение контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с длительной обездвиженностью или трудностями передвижения;
- 2) затруднение познания окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных расстройств;
- 3) нарушение сенсорных функций.

При ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Ощупывание, манипулирование с предметами, т. е. действенное познание, при ДЦП существенно нарушены. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

2. Неравномерный, дисгармоничный характер интеллектуальной недостаточности, т. е. нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. Мозаичный характер развития психики связан с ранним органическим поражением мозга на ранних этапах его развития, причем преимущественно страдают наиболее «молодые» функциональные системы мозга, обеспечивающие сложные высокоорганизованные стороны интеллектуальной деятельности и формирование других высших корковых функций. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает нагляднодейственное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

3. Выраженность психоорганических проявлений — замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти. Большое число детей отличается низкой познавательной активностью, что проявляется в отсутствии интереса к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебростеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. Наиболее отчетливо оно проявляется в школьном возрасте при различных интеллектуальных нагрузках. При этом нарушается целенаправленная деятельность.

4. По состоянию интеллекта дети с церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или низкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у остальных имеет место олигофрения. Дети с отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития (церебрально-органического генеза).

4. Речевые нарушения при детском церебральном параличе

В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значительное место занимают нарушения речи, частота которых составляет 80 %.

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Отставания в развитии речи при ДЦП связаны с ограничением объема знаний и представлений об окружающем мире, недостаточностью предметно-практической деятельности. Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом не формируется потребность в речевой деятельности, ребенок лишается важного для него речевого общения.

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология. Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с

церебральным параличом. Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают и нарушают формирование голосовой активности и звукопроизводительной стороны речи. Недостаточность кинестетического восприятия проявляется в том, что ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей.

Отмечается зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности. Различные нарушения двигательной сферы обуславливают разнообразие речевых расстройств. Для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи.

... Речевые нарушения затрудняют общение детей, страдающих церебральным параличом, с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

1) У детей с церебральным параличом выделяют следующие формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия, Нарушения письменной речи. Речевые нарушения при ДЦП редко встречаются в изолированном виде. Например, наиболее частая форма речевой патологии — дизартрия — часто сочетается с задержкой речевого развития или реже — с алалией.

5. Основные цели и принципы коррекционной работы при ДЦП

Основными целями коррекционной работы при ДЦП являются: оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия — согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции.

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

Существует несколько основных принципов коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом.

1. Комплексный характер коррекционно-педагогической работы. Это означает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция (развитие) всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

2. Раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохраненные функции. В последние годы широко внедрена в практику ранняя диагностика ДЦП. Несмотря на то что уже в первые месяцы жизни можно выявить патологию доречевого развития и нарушения ориентировочно-познавательной деятельности, коррекционно-педагогическая, и в частности логопедическая, работа с детьми нередко начинается после 3-4 лет. В этом случае работа чаще всего направлена на исправление уже сложившихся дефектов речи и психики, а не на их предупреждение.

3. Организация работы в рамках ведущей деятельности. Нарушения психического и речевого развития при ДЦП в значительной степени обусловлены отсутствием или дефицитом деятельности детей. Поэтому при коррекционно-педагогических мероприятиях стимулируется основной для данного возраста вид деятельности. В младенческом возрасте (до 1 года) ведущий вид деятельности — эмоциональное общение со взрослым; в раннем возрасте (от 1 года до 3 лет) — предметная деятельность; в дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) — игровая деятельность; в школьном возрасте

— учебная деятельность.

4. Наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психоречевого развития.

5. Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка. В силу огромной роли семьи, ближайшего окружения в процессах становления личности ребенка необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем и дошкольном возрасте являются:

- ◆ развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими;

- ◆ стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, кинестетического восприятия и стереогноза). Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений;

- ◆ развитие предпосылок к интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, воображения);

- ◆ формирование математических представлений;

- ◆ развитие зрительно-моторной координации и функциональных возможностей кисти и пальцев; подготовка к овладению письмом;

- ◆ воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Значительное место в коррекционно-педагогической работе при ДЦП отводится логопедической работе.

6. Система специализированной помощи детям, страдающим церебральным параличом

Структура дефекта при ДЦП предусматривает раннюю диагностику и раннее начало систематической лечебно-педагогической работы с такими детьми. В основе системы лежат раннее выявление, еще в родильном доме или детской поликлинике, среди новорожденных всех детей с церебральной патологией и оказание им специальной помощи.

В нашей стране создана сеть специализированных учреждений Министерств здравоохранения, образования и социальной защиты: поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты (Министерства социальной защиты) и различные реабилитационные центры. В этих учреждениях в течение длительного времени осуществляется не только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи. К сожалению, в настоящее время такие учреждения имеются только в Москве, Санкт-Петербурге и других крупных городах.

Коррекционно-педагогическая работа, осуществляемая с детьми школьного возраста, состоит в последовательном развитии познавательной деятельности и коррекции ее нарушений, коррекции высших корковых функций, воспитании устойчивых форм поведения и деятельности. В школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата обучаются самостоятельно передвигающиеся и обслуживающие себя дети с сохранным интеллектом, ЗПР и олигофренией в степени дебильности.

Трудовое воспитание осуществляется как в процессе повседневной жизни, так и на специальных занятиях по трудотерапии. Профориентация детей с церебральным параличом проводится в течение всего периода обучения с целью подготовки к будущей профессии, более всего соответствующей психофизическим возможностям и интересам подростка. В школах-интернатах работают различные трудовые мастерские: швейные, столярные, слесарные. Детей обучают делопроизводству и машинописи, фотodelу, садоводству и другим специальностям.

После окончания школы подростки продолжают профессиональное обучение в профтехучилищах, техникумах или в высших учебных заведениях, для поступления в которые они имеют определенные льготы. Существует также сеть специализированных профтехучилищ

Министерства социальной защиты. Для выбора профиля учреждения, в котором наиболее целесообразно учиться или работать подростку, страдающему церебральным параличом, проводится экспертиза трудоспособности. При трудоустройстве инвалидов строго следуют рекомендациям

ВТЭК (врачебно-трудовой экспертной комиссии). При сохранном интеллекте можно овладеть профессиями программиста, экономиста, бухгалтера, библиотекаря, переводчика и др.

Контрольные вопросы

1. Каковы основные причины детского церебрального паралича?
2. Чем объясняется полиэтиологичность ДЦП?
3. Дайте характеристику нарушений двигательных функций у детей с ДЦП.
4. Каковы нарушения психического развития у детей с ДЦП?
5. В чем заключаются речевые нарушения при ДЦП?
6. Основные цели и принципы коррекционной работы при ДЦП.
7. Что представляет собой отечественная система специализированной помощи детям, страдающим церебральным параличом?

ТЕМА: ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. ЕГО ПРИЧИНЫ И ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Краткое содержание темы. Девиантное поведение и его причины. Проявления девиантного поведения. Аддиктивное поведение подростков. Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению. Основные принципы работы и методы воспитания девиантного ребенка.

1. Девиантное поведение, его причины и проявления

Успешность педагогической работы на сегодняшний день будет зависеть от того, как будут решены вопросы сдерживания и предупреждения отклоняющегося поведения, которое охватывает и становится свойственным огромному количеству молодых людей.

Проблема предупреждения отклоняющегося поведения, как правило, обостряется в кризисные периоды состояния общества. В такой ситуации несовершеннолетние оказываются самыми социально неустойчивыми, нравственно неподготовленными и незащищенными. Часто, не имея достаточного жизненного опыта, моральных убеждений, не умея различать истинные жизненные ценности от мнимых, искусственных, они закрепляют в своем сознании и поведении негативные тенденции общественного развития.

В педагогической литературе под девиантным поведением понимается отклонение от принятых в данном обществе, социальной среде, ближайшем окружении, коллективе социально-нравственных норм и ценностей, нарушение процесса усвоения и воспроизводства социальных норм и культурных ценностей, а также саморазвития и самореализации в том обществе, к которому человек принадлежит.

В медицинской литературе под девиантным поведением понимается отклонение от принятых в данном обществе норм межличностных взаимоотношений: действий, поступков, высказываний, совершаемых как в рамках психического здоровья, так и в различных формах нервно-психической патологии, особенно пограничного уровня.

В психологической литературе девиантным называется поведение, отклоняющееся от социально-психологических и нравственных норм (В. В. Ковалев, 1979), либо как ошибочный антиобщественный образец решения конфликта, проявляющийся в нарушении общественно принятых норм, либо в ущербе, нанесенном общественному благополучию, окружающим и себе. Несмотря на некоторые различия, все авторы главным критерием девиаций считают нарушение норм, принятых в данном обществе.

Практическая потребность в изучении причин девиантного поведения школьников и особенностей их воспитания и коррекции поведения велика. Рассмотрим основные из них.

Причины социального и психологического характера. Наиболее общей причиной социального характера, как ни странно, является отношение общества к подросткам. Проблемы подросткового возраста и трудных подростков возникли только тогда, когда общество стало рассматривать подростков как особую группу людей и наделять их особыми правами.

Среди причин психологического и социального характера традиционно выделяют:

- 1) дефекты правового и нравственного сознания;
- 2) содержание потребностей личности;
- 3) особенности характера;
- 4) особенности эмоционально-волевой сферы.

Как правило, трудности в поведении подростка объясняются сочетанием результатов неправильного развития личности и неблагоприятной ситуации, в которой он оказался, а также недостатками воспитания. В подростковом возрасте среди наиболее часто встречающихся причин девиантности ученые называют незавершенность процесса формирования личности, отрицательное влияние семьи и ближайшего окружения, зависимость подростка от требований, норм и ценностей группы, к которой он принадлежит. Кроме того, отклоняющееся от нормы поведение у подростков зачастую является средством самоутверждения, протестом против действительности или требований взрослых.

Среди причин социального характера одной из самых распространенных является влияние социального окружения, в котором живет и развивается ребенок. Развиваясь асоциально в неблагополучной среде, подросток усваивает ее нормы и ценности, даже если они противоречат принятым в обществе, для ребенка они — наиболее правильные, поскольку он не имеет опыта жизни в иной социальной среде.

Причиной может стать и социально благополучная, но низкая по уровню материального обеспечения среда. Если у ребенка, воспитанного в такой среде, не сформированы моральные нормы и ценности, навыки самостоятельного планирования жизни, он может преступить принятые в обществе нормы поведения сначала в виде протеста против своих условий жизни, а затем нарушать закон с целью повышения своего уровня жизни (кражи, махинации и т.д.). Причиной может быть и социально, и материально благополучная среда.

Причины, связанные с возрастными кризисами. Развитие ребенка в школьные годы не всегда происходит безболезненно. В возрасте от 7 до 17 лет подрастающий человек проходит несколько стадий возрастного развития, на каждой из которых происходят значительные изменения физического и психологического состояний, меняются эмоциональные и коммуникативные восприятия. Далеко не все дети при этом хорошо владеют своими мыслями, чувствами и поступками. Возрастные кризисы характеризуются переходом к новому типу взаимоотношений со взрослыми, рассматриваются как условные обозначения более или менее выраженных состояний конфликтности при

переходе от одного периода возрастного развития в другой, они часто сопровождаются депрессивными состояниями, выраженной неудовлетворенностью собой, а также трудноразрешимыми проблемами внутреннего (личностного) и внешнего (межличностного) характера. В связи с вышесказанным период подросткового кризиса наиболее чувствителен для возникновения различного рода девиаций.

Среди конкретных причин возникновения отклонений в поведении наибольшее значение имеют проблемы в семье ребенка:

- ◆ неблагополучие, разлад в семье;
- ◆ педагогическая некомпетентность родителей, нарекания, брань при взаимодействии с членами семьи, наказания по пустякам;
- ◆ непонимание или незнание родителями трудностей детей;
- ◆ алкоголизм родителей;
- ◆ сам факт принадлежности к неблагополучной семье.

Не менее важное значение имеют и проблемы самого ребенка:

- ◆ болезни;
- ◆ отставания в учебе;
- ◆ недостаточная уверенность в себе;
- ◆ одиночество;
- ◆ непонятость другими;
- ◆ отдельные эмоциональные и интеллектуальные характеристики подростка: повышенная возбудимость, расторможенность влечений, низкий уровень эмоционально-волевого контроля.

Классификация типов девиантного поведения связана со значительными трудностями, так как очень тесно соприкасается с понятием «норма», которое определяется, во-первых, как что-то среднее, устоявшееся, не выделяющееся из массы и, во-вторых, как что-то наиболее приспособленное, адаптированное к окружающей среде. В связи с этим любое поведение будет зависеть от стандартов, по которым будет оцениваться девиантное поведение, и тем социальным

ожиданиям, которые сформировались в обществе.

Девиантное поведение имеет большое количество форм проявлений, и одной из таких форм является аддиктивное поведение подростков.

Аддиктивное поведение (от англ. addiction — пагубная привычка, склонность) — термин, обозначающий поведение человека, который злоупотребляет алкоголем или другими наркотическими (токсикомани-ческими) веществами.

Независимо от того, каким именно веществом злоупотребляет человек, поведение его называется аддиктивным, поскольку в психологическом смысле все это имеет единую природу. Обыденные представления о том, что пьянство «лучше», чем употребление наркотиков, являются заблуждением. В строго научном смысле употребление крепкого кофе, чая (тем более «чифиря»), курение табака тоже являются «слабыми наркоманиями». Конечно, внешняя картина поведения, как и субъективное состояние человека после приема того или иного вещества, различна, но суть их одна — изменение психического состояния.

Так, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила алкоголизм как одну из форм наркоманической зависимости и предлагает использовать термин «зависимость» как в отношении алкоголя, так и других наркотических средств. В 3-м издании справочника по диагностике и статистике психических расстройств определяются 5 видов веществ, употребляемых человеком для изменения своего психического состояния: алкоголь, барбитураты и седативные средства с аналогичным действием; опиаты; амфетамин и психостимуляторы с аналогичным действием; препараты индийской конопли (гашиш, марихуана).

Учитывая то, что употребление тех или иных из перечисленных веществ во многом определяется степенью сформированное™ химической зависимости, зарубежные ученые предлагают рассматривать стадии развития наркомании в соответствии с тем, какое вещество принимает человек:

- ◆ 1-я стадия — курение табака (никотиномания);
- ◆ 2-я стадия — употребление алкоголя;
- ◆ 3-я стадия — курение марихуаны;
- ◆ 4-я стадия — употребление собственно наркотических препаратов, запрещенных для немедицинских целей.

2. Личностная предрасположенность к аддиктивному поведению

Суть алкоголизма и наркомании сострит в том, что здесь целью человека выступает стремление изменить свое психическое состояние. Поэтому найти психологические причины алкоголизма и наркомании — это значит ответить на вопрос: почему человек хочет изменить свое психическое состояние именно искусственным (химическим) путем.

Психологические аспекты борьбы с алкоголизмом и наркоманией несовершеннолетних состоят прежде всего в выявлении психологической готовности к употреблению психотропных веществ, т. е. таких психологических особенностей подростков, которые являются своего рода «слабым звеном» в процессе социализации личности. Именно эти психологические особенности провоцируют «уход от реальности» при столкновении с жизненными трудностями.

Существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками или алкоголем:

- ◆ слабое развитие самоконтроля, самодисциплины;
- ◆ низкая устойчивость к всевозможным неблагоприятным воздействиям, неумение преодолевать трудности;
- ◆ эмоциональная неустойчивость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующую ситуацию, неумение найти продуктивный выход из конфликта.

Эти черты личности свойственны не только алкоголикам и наркоманам, а и просто плохо социально адаптированным людям, тем более несовершеннолетним. Наверное, многие трудновоспитуемые подростки имеют такой же психологический портрет, хотя они и не употребляют психоактивных веществ. Но здесь невольно возникает опасение: «Может быть, пока еще не употребляют?» Ведь именно эти личностные особенности вызывают отклонения в поведении, напряженность в социальных контактах, что, в свою очередь, может быть связано с возникновением у подростка потребности изменить свое психическое состояние.

Следовательно, влечение подростка к употреблению психоактивных веществ является симптомом общего личностного неблагополучия. Психологическая готовность подростка к употреблению психотропных веществ, формируясь постепенно, исподволь, реализуется при возникновении соответствующей ситуации в его жизни. Поэтому, если несовершеннолетний начинает злоупотреблять алкоголем или наркотиками, это никогда не бывает случайно, чисто ситуативно. При всей неожиданности, видимой импульсивности такого поведения подростка его алкоголизация (или наркотизация) является логическим завершением предшествующего развития. Отсутствие у подростка психологической готовности к употреблению таких веществ, напротив, дает ему своего рода «запас прочности», обеспечивающий возможность противостоять неблагоприятному влиянию алкогольного (наркотического) окружения.

Употребление психотропных веществ подростками, не имеющими ни биологической предрасположенности, ни психологической готовности к этим действиям, обычно не закрепляется как привычная форма поведения, и по мере взросления, приобретения личностной зрелости может в единичных случаях пройти «само собой», без вмешательства медиков и без применения каких-либо иных мер воздействия.

Практическое занятие. Работа учителя с девиантными подростками

Наибольшую трудность в работе учителя и родители испытывают с детьми агрессивными, лживыми, неуравновешенными, имеющими нервно-психические расстройства. Серьезные затруднения связаны с такими проблемами, как воровство, наркомания, грубость в общении, особенно с употреблением ненормативной лексики, неадекватное сексуальное поведение, драки, участие в асоциальных группировках, ненависть к своим родителям, а также работа с родителями из так называемых неблагополучных семей.

При работе необходимо включение трудных детей в работу спортивных секций, музыкальных, танцевальных кружков и объединений по интересам, должны быть разработаны специальные меры по включению их в общественную жизнь, где они смогли бы проявить себя и свою инициативу. Однако те конкретные виды работ, которые под этим подразумеваются, вряд ли могут быть так охарактеризованы. Это участие в уборке класса, сельхозработах, ремонте мебели и школы, походы, работа в тренажерных залах. Эти формы деятельности стали уже традиционными много лет назад, и реорганизация их с тем, чтобы они стали привлекательными, особенно для девиантных детей, требует немалой изобретательности.

Во многих учебных заведениях проводятся диагностическое отслеживание состояния детей и подростков, выявление детей «группы риска», психологические консультации для детей и родителей, групповые занятия в форме тренингов, игр.

Менее распространенной формой является использование вариативных форм обучения — классов коррекции, классов выравнивания, обучения по индивидуальным планам. Практически, к сожалению, не используется обучение «трудных детей» в разновозрастных группах, хотя, как показывают исследования, это весьма эффективный способ, организации обучения именно для такой категории детей.

И, наконец, скорее исключением, нежели правилом, является создание групп взаимопомощи из самих подростков, широко используемых в зарубежных школах и имеющих большой эффект.

Несомненно, что в основе педагогической цели, реализуемой по отношению к ребенку с девиантным поведением, лежит оказание ему помощи в становлении полноценного члена общества, в реализации его индивидуального потенциала. Необходимо создание условий для осознания ребенком необходимости переоценки своего поведения. При этом проявляется такая особенность социальных отношений детей с девиантным поведением: с одной стороны, они чаще всего воспринимают свое поведение как нормальное, соответствующее их нравственным позициям, с другой — всякую негативную оценку своих поступков они воспринимают как несправедливое отношение к ним лично.

Одной из главных задач воспитания девиантного ребенка является его социальное самоопределение, которое зависит от реализации двух важнейших условий.

Первым из них является обеспечение включенности детей в реальные социальные отношения, т. е. возникновения у них личностного отношения к деятельности, несущего в себе объективный и субъективный компонент. Вторым условием является самореализация детей в процессе социального

взаимодействия. Это условие предполагает предоставление возможности ребенку более полно раскрыть себя в отношениях с окружающими, когда важны осознание цели и значения деятельности для личного саморазвития, учет осознанности каждым ребенком своего «Я», наличие четких и ясных перспектив (ближних и дальних) в той деятельности, в которую ребенок включается.

Воспитание девиантного ребенка совершается только на основе активности самого ребенка во взаимодействии его с окружающей социальной средой. Фактически цель воспитания будет состоять в формировании состояния самоперевоспитания.

Говоря об активности ребенка, мы должны представлять, что она существенным образом зависит от его мотивации. Поэтому педагог должен, прежде всего, опираться на потребности и мотивы ребенка, определять, что является для ребенка главным на данный момент.

Воспитание девиантных детей подразумевает включение следующих компонентов:

- ◆ целенаправленной работы по нравственному просвещению (это уроки этики, нравственные беседы, индивидуальные консультации и т. п.);

- ◆ актуализации всех источников нравственного опыта школьников (учебная, общественно полезная, внеклассная работа, отношения

между учащимися в классе, отношения детей с родителями, отношения учитель — ученик, учитель — родители учеников, повседневный стиль и «тон» работы школы);

- ◆ введения нравственных критериев в оценку всех без исключения видов деятельности и проявлений личности воспитанников;

- ◆ оптимального соотношения форм практической деятельности и нравственного просвещения на разных этапах с учетом пола учащихся.

В психолого-педагогической литературе приводятся принципы работы и воспитания девиантных детей, которые могут стать основой при работе с такими ребятами. Рассмотрим их.

Принцип ориентации на позитив в поведении и характере ребенка. Этот известный принцип, который был сформулирован еще А. С. Макаренко, требует рассмотрения ребенка как главной ценности в системе человеческих отношений, нормой которых является гуманность. Педагог должен видеть в ребенке прежде всего лучшее. Это лучшее и является тем зерном, которое, прорастая, формирует у ребенка позитивные качества, веру в себя, позволяет по-новому взглянуть на свое поведение.

Принцип социальной адекватности воспитания требует соответствия содержания и средств воспитания социальной ситуации, в которой организуется воспитание трудного ребенка.

Принцип индивидуализации воспитания детей с девиантным поведением предполагает определение индивидуальной траектории социального развития каждого ученика, выделение специальных задач, соответствующих его индивидуальным особенностям, как то: выявление причин девиантности, определение особенностей включения детей в различные виды деятельности, раскрытие потенциалов личности как в учебной, так и во внеучебной работе, предоставление возможности каждому учащемуся для самореализации и самораскрытия.

В практической педагогической деятельности этот принцип реализуется в следующих правилах:

- ◆ работа с трудными детьми должна ориентироваться на развитие каждого из них;

- ◆ успех воспитательного воздействия при работе с одним учащимся не должен негативно влиять на воспитание других;

- ◆ выбор воспитательного средства необходимо соотносить только с информацией об индивидуальных качествах;

- ◆ поиск педагогом способов коррекции поведения ученика должен вестись только на основе взаимодействия с ним;

- ◆ постоянное отслеживание эффективности воспитательного воздействия на каждого ребенка должно определять совокупность воспитательных средств, используемых педагогами.

Принцип социального закаливания девиантных детей предполагает включение воспитанников в ситуации, которые требуют волевого усилия для преодоления негативного воздействия социума, выработку определенных способов этого преодоления, адекватных индивидуальным особенностям человека, выработку социального иммунитета, стрессоустойчивости, рефлексивной позиции.

В педагогической деятельности этот принцип реализуется в следующих правилах:

- ◆ проблемы отношений детей надо решать с детьми, а не за них;
- ◆ ребенок не всегда должен легко добиваться успеха в своих отношениях с людьми: трудный путь к успеху — залог успешной жизни в дальнейшем;
- ◆ не только радость, но и страдания, переживания воспитывают человека;
- ◆ волевых усилий для преодоления трудностей у человека не будет завтра, если их нет сегодня;
- ◆ нельзя предусмотреть все трудности жизни, но человеку надо быть готовым к их преодолению.

Можно выделить и основные методы при воспитании девиантного ребенка.

Напомним, что метод воспитания — это способ реализации целей воспитания. Под методами воспитания понимаются такие взаимодействия педагогов и учащихся, в процессе которых происходят изменения в уровне развития качеств личности воспитанников.

В интеллектуальной сфере необходимо формировать у ребенка с девиантным поведением объем, глубину, действенность знаний о нравственных ценностях: моральных идеалах, принципах, нормах поведения (гуманности, солидарности, любви, представлении о долге, справедливости, скромности, самокритичности, честности, ответственности за себя). Благодаря им корректируются и организуются поведение и деятельность личности.

Методы воздействия на интеллектуальную сферу. Для формирования взглядов; понятий, установок используются методы убеждения.

В мотивационной сфере целесообразно формировать правомерность и обоснованность отношения к моральным нормам: бережное отношение к человеку; сочетание личных и общественных интересов; стремление к идеалу; правдивость; нравственные установки; цели жизни; смысл жизни; отношение к своим обязанностям; потребность в «другом», в контакте с себе подобными. Знать, что нужно делать, к чему следует стремиться, — не значит хотеть это делить, действительно к этому стремиться. Новые мотивационные образования возникают не в процессе усвоения, а в результате переживания или проживания.

Методы воздействия на мотивационную сферу включают стимулирование — действия, в основе которых лежит формирование у учащихся осознанных побуждений их жизнедеятельности. В педагогике распространены такие компоненты метода стимулирования, как поощрение и наказание.

В эмоциональной сфере необходимо формировать характер нравственных переживаний, связанных с нормами или отклонениями от норм и идеалов: жалость, сочувствие, доверие, благодарность, отзывчивость, самолюбие, эмпатию, стыд и др.

Хотелось бы отметить, что воспитание личности приносит плоды только в том случае, если оно происходит в правильном эмоциональном тоне, если педагогу удастся сочетать требовательность и доброту. Если общение с взрослым идет плохо, безрадостно, постоянно приносит огорчения, то весь механизм не работает, новые мотивационные образования у ребенка не возникают, правильного воспитания личности не происходит. Это говорит о том, что личность выбирает тот способ удовлетворения своих потребностей в общении и деятельности, который соответствует ее жизненным ценностям.

Методом, оказывающим влияние на эмоциональную сферу ребенка, является внушение, которое может осуществляться как вербальными, так и невербальными средствами. Внушать — это значит воздействовать на чувства, а через них на ум и волю человека. Использование этого метода способствует переживанию детьми своих поступков и связанных с ними эмоциональных состояний.

В волевой сфере нужно формировать нравственно-волевые устремления в реализации нравственных поступков: мужества, смелости, принципиальности в отстаивании нравственных идеалов. Здесь важно не столько то, что личность ставит цели, сколько то, как она их реализует, на что пойдет личность ради достижения целей. Принятие решений — это не только выбор альтернатив на рациональной основе, но и волевое разрешение противоречий, способность осуществлять деятельность на оптимальном уровне активности, психическая устойчивость по отношению к трудностям.

Методы воздействия на волевую сферу предполагают:

- ◆ развитие у детей инициативы, уверенности в своих силах;
- ◆ развитие настойчивости, умения преодолевать трудности для достижения намеченной цели;

♦ формирование умения владеть собой (выдержка, самообладание); совершенствование навыков самостоятельного поведения и т. д. Доминирующее влияние на формирование волевой сферы могут оказать методы требования и упражнения.

В сфере саморегуляции необходимо формировать нравственную правомерность выбора: совесть, самооценку, самокритичность, умение соотнести свое поведение с другими, добропорядочность, самоконтроль, рефлексию и др. Саморегуляция осуществляется в соответствии с известной формулой С. Л. Рубинштейна о преломлении внешнего через внутреннее: саморегуляция осуществляется как система внутреннего обеспечения направленности действия при наличии множества внешних условий, возможностей, задач.

Методы воздействия на сферу саморегуляции направлены на формирование у детей навыков психических и физических саморегуляций, развитие навыков анализа жизненных ситуаций, обучение детей навыкам осознания своего поведения и состояния других людей.

Активность людей регулируется, усиливается или, напротив, сдерживается воздействием социальных норм и ценностей, которые предназначены для стимулирования созидательной деятельности и блокированием деструктивных намерений и усилий. В тех случаях, когда функции блокирования, сдерживания, торможения не срабатывают и человеческие действия выходят за пределы норм цивилизованного общежития, возникает феномен аномативного поведения, под которым обычно понимают социальные действия индивидов, не вписывающиеся в рамки нормативно-ценностных стереотипов цивилизованного общежития.

Девиантное поведение проявляется как отклонения от общепринятых культурных образцов, либо не причиняющие слишком большого вреда окружающим, как, например, в случаях нарушений норм этикета и прочих элементарных поведенческих стандартов, либо направленные своим деструктивным потенциалом в первую очередь против самих субъектов девиаций. Носителями этих отклонений могут быть как представители молодежи, находящиеся на различных стадиях незавершенной социализации, либо паразитарные социальные элементы — бродяги, бомжи, профессиональные нищие и т. п.

Наиболее тяжелыми формами девиаций являются алкоголизм, наркомания, проституция, суицид с присущей им аутодеструктивной направленностью. Их особенность состоит в том, что жертвами содержащегося в них разрушительного потенциала оказываются не только сами виновники, но и те, кто оказывается в непосредственной близости от них. Социальная опасность девиаций заключается в их способности создавать предпосылки для возникновения более серьезных и вредоносных форм асоциального поведения. Поэтому в ряде случаев девиации причисляются к противоправным деяниям и подлежат нормативному контролю со стороны органов правопорядка и соответствующих отраслей законодательства.

Проблема предупреждения отклоняющегося поведения, как правило, обостряется в кризисные периоды состояния общества. В такой ситуации несовершеннолетние оказываются самыми социально неустойчивыми, нравственно неподготовленными и незащищенными. Часто, не имея достаточного жизненного опыта, моральных убеждений, не умея различать истинные жизненные ценности от мнимых, искусственных, они закрепляют в своем сознании и поведении негативные тенденции общественного развития.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение девиантному поведению.
2. Назовите основные причины девиантного поведения.
3. Какие проявления девиантного поведения вы знаете?
4. Дайте определение аддиктивному поведению.
5. Какова специфика употребления алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте?
6. Какова динамика злоупотребления психотропными веществами в подростковом возрасте?
7. Перечислите причины, по которым подросток хочет изменить свое психическое состояние искусственным путем.
8. Какие принципы воспитания в работе с ребятами-девиантами вы знаете?
9. Перечислите основные методы работы со школьниками с девиантным поведением.

Литература

1. Кондратенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. — Минск, 1988.

2. Максимова Н. Ю., Милютин Е. Л. Курс лекций по детской психологии: Учебное пособие. — Ростов н/Д, 2000.
3. Психология и педагогика: Учебное пособие / Под редакцией А. А. Бодалева, В. И. Жукова, Л. Г. Лаптева, В. А. Слостенина. — М., 2002.
4. Цытницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М., 1988.
5. Рожкова М. И. Воспитание трудного ребенка. Дети с девиантным поведением.
6. VIII Всероссийская научно-практическая конференция «Образование в России: медико-психологический аспект» // Материалы конференции. — Калуга, 2003.

Тема: Акцентуации характера

Краткое содержание. Характер и черты личности. Акцентуации характера как крайний вариант нормы. Типы акцентуаций характера подростков по А. Е. Личко. Развитие и трансформации акцентуаций характера.

1. Характер и черты личности

(Характер — это совокупность устойчивых черт личности, определяющих отношение человека к людям, к выполняемой работе.

Черты личности проявляются в деятельности и общении (как и темперамент) и придают поведению человека специфический, характерный для него оттенок.

Характер человека — это то, что определяет его значимые поступки, а не случайные реакции на те или иные стимулы или сложившиеся обстоятельства. Поступок человека с характером почти всегда сознателен и обдуман, может быть объяснен и оправдан с позиций действующего лица. Говоря о характере, мы обычно вкладываем в представление о нем способность вести себя самостоятельно, последовательно, независимо от обстоятельств, проявляя свою волю и настойчивость, целеустремленность и упорство. Бесхарактерный человек в этом смысле — тот, кто не проявляет подобных качеств ни в деятельности, ни в общении, плывет по течению, зависим от обстоятельств, управляется ими.

Попытки построения типологии характеров неоднократно предпринимались на протяжении всей истории психологии. Одной из наиболее известных и ранних из них явилась та, которая еще в начале нашего века была предложена немецким психиатром и психологом Э. Креч-мером. Несколько позже аналогичную попытку предпринял его американский коллега У. Шелдон, а в наши дни — Э. Фромм, К. Леонгард, А. Е. Личко и ряд других ученых.

При создании типологии человеческих характеров ученые исходили из ряда идей. Основные из них следующие:

- ♦ характер человека формируется довольно рано в онтогенезе и на протяжении остальной его жизни проявляет себя как более или менее устойчивый;
- ♦ те сочетания личностных черт, которые входят в характер человека, не являются случайными. Они образуют четко различимые варианты, позволяющие выявлять и строить типологию характеров;
- ♦ большая часть людей в соответствии с этой типологией может быть разделена на определенные группы.

2. Акцентуации характера у подростков. Типы акцентуаций

Существует ряд классификаций характеров, которые строятся в основном на описаниях акцентуаций характера. Одна из них принадлежит известному отечественному психиатру А. Е. Личко. Эта классификация построена на основе наблюдения за подростками.

Акцентуация характера, По А. Е. Личко, — это чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы нормы отклонения в психологии и поведении человека, граничащие с патологией. Такие акцентуации — как временные состояния психики — чаще всего наблюдаются в подростковом и раннем юношеском возрасте.

Тип акцентуации указывает на слабые места характера и тем самым позволяет предвидеть факторы, способные вызвать психогенные реакции, ведущие к дезадаптации, поэтому становится возможным наметить перспективы для психопрофилактики.

Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с взрослением человека. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а

лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке, и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной.

В зависимости от степени выраженности выделяют две степени акцентуации характера: явная и скрытая.

Явная акцентуация. Эта степень акцентуации относится к крайним вариантам нормы. Она отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера. Выраженность черт определенного типа не препятствует возможности удовлетворительной социальной адаптации. Занимаемое положение обычно соответствует способностям и возможностям. В подростковом возрасте особенности характера часто заостряются, и могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. При взрослении особенности характера остаются достаточно выраженными, но компенсируются и обычно не мешают адаптации.

Скрытая акцентуация. Эта степень, видимо, должна быть отнесена не к крайним, а к обычным вариантам нормы. В обыденных, привычных условиях черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Однако черты этого типа могут ярко, порой неожиданно, выявиться под влиянием тех ситуаций и психических травм, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления».

Существует две классификации типов акцентуаций — первая предложена К. Леонгардом (1968), а вторая — А. Е. Личко (1977).

Несмотря на редкость чистых типов и преобладание смешанных форм, различают следующие основные типы акцентуаций характеров:

- 1) лабильный — резкая смена настроения в зависимости от ситуации;
- 2) циклоидный — склонность к резкой смене настроения в зависимости от внешней ситуации;
- 3) астенический — тревожность, нерешительность, быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессии;
- 4) боязливый (сенситивный) тип — робость, стеснительность, повышенная впечатлительность, тенденция испытывать чувство неполноценности;
- 5) психастенический — высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждениям, тенденция к образованию ритуальных действий;
- 6) шизоидный — отгороженность, замкнутость, трудности в установлении контактов (см. экстраверсия-интроверсия), эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии сострадания (см. симпатия), недостаток интуиции в процессе общения;
- 7) застревающий (параноидный) — повышенная раздражительность, стойкость отрицательных аффектов, болезненная обидчивость, подозрительность, повышенное честолюбие;
- 8) эпилептоидный — недостаточная управляемость, импульсивность поведения, нетерпимость, склонность к злобно-тоскливому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтность, вязкость мышления, чрезмерная обстоятельность речи, педантичность;
- 9) демонстративный (истероидный) — выраженная тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов и событий, к лживости, фантазированию и притворству, используемым для привлечения к себе внимания, характеризуемая отсутствием угрызений совести, авантюристичностью, тщеславием, «бегством в болезнь» при неудовлетворенной потребности в признании;
- 10) гипертимный — постоянно приподнятое настроение, жажда деятельности с тенденцией разбрасываться, не доводить дело до конца, повышенная словоохотливость (скачка мыслей);
- 11) дистимный — напротив, преобладание пониженного настроения, чрезвычайная серьезность, ответственность, сосредоточенность на мрачных и печальных сторонах жизни, склонность к депрессии, недостаточная активность;
- 12) неустойчивый (экстравертированный) тип — склонность легко поддаваться влиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие, однако, поверхностный характер;
- 13) конформный — чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток

критичности и инициативности, склонность к консерватизму.

3. Развитие и трансформации акцентуаций характера

В развитии акцентуаций характера ученые выделяют две группы динамических изменений:

Первая группа— это преходящие, транзиторные изменения. Они по форме те же, что и при психопатиях.

1. Острые аффективные реакции:

- интрапунитивные реакции представляют собой разряд аффекта путем аутоагрессии — нанесение себе повреждений, покушение на самоубийство, причинение себе вреда разными способами (отчаянные безрассудные поступки с неизбежными не-

- приятными последствиями для себя, порча ценных личных вещей и т. п.). Наиболее часто этот вид реакций встречается при двух, казалось бы, диаметрально противоположных по складу типах акцентуаций — сенситивной и эпилептоидной;

- экстрапунитивные реакции представляют собой разряд аффекта путем агрессии на окружающих — нападение на обидчиков или «вымещение злобы» на случайных лицах или попавших под руку предметах. Наиболее часто этот вид реакции можно видеть при гипертимной, лабильной и эпилептоидной акцентуациях;

- имунитивная реакция проявляется в том, что аффект разряжается путем безрассудного бегства из аффектогенной ситуации, хотя это бегство никак эту ситуацию не справляет, а часто даже усугубляет. Этот вид реакции чаще встречается при неустойчивой, а также при шизоидной акцентуациях;

- демонстративные реакции, когда аффект разряжается в «спектакль», в разыгрывание бурных сцен, в изображение попыток самоубийства и т. п. Этот вид реакций весьма характерен для истероидной акцентуации, но может встречаться и при эпилептоидной, и при лабильной.

2. Преходящие психоподобные нарушения поведения («пубертатные поведенческие кризы»):

- делинквентность, т. е. проступки и мелкие правонарушения, достигающие наказуемого в судебном порядке криминала;

- токсикоманическое поведение, т. е. стремление получить состояние опьянения, эйфории или пережить иные необычные ощущения путем употребления алкоголя или других дурманящих средств;

- побег из дома, бродяжничество;

- транзиторные сексуальные девиации (ранняя половая жизнь, подростковый гомосексуализм и др.).

3. Развитие на фоне акцентуаций характера разнообразных психогенных психических расстройств — неврозов, реактивных депрессий и т. п. Но в данном случае дело уже не ограничивается «динамикой акцентуаций»; происходит переход на качественно иной уровень — развитие болезни.

Ко второй группе динамических изменений при акцентуациях характера принадлежат его относительно стойкие изменения. Они могут быть нескольких типов.

1. Переход «явной» акцентуации в скрытую, латентную. Под влиянием взросления человека и в результате накопления им жизненного опыта акцентуированные черты характера сглаживаются, компенсируются.

2. Формирование на почве акцентуаций характера под действием благоприятных условий среды психопатических развития, достигающих уровня среды патологии («краевые психопатии», по О. В. Кербикову). Для этого обычно бывает необходимо, чтобы сочетались действия нескольких факторов:

- наличие изначальной акцентуации характера;

- неблагоприятные условия среды должны быть такими, чтобы адресоваться именно к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации;

- их действие должно быть достаточно продолжительным;

- и, главное, оно должно упасть на критический для формирования данного типа акцентуации возраст.

3. Трансформация типов акцентуаций характера является одним из кардинальных явлений в их возрастной динамике. Суть этих трансформаций состоит обычно в присоединении черт близкого,

совместимого с прежним типа и даже в том, что черты последнего становятся доминирующими. Наоборот, в случаях изначально смешанных типов черты одного из них могут настолько выходить на первый план, что полностью заслоняют черты другого. В данном случае существует определенная закономерность: трансформация типов возможна только в сторону совместных типов. Никогда не приходилось видеть превращения гипертимного типа в шизоидный, лабильного — в эпилептоидный или наслоения черт неустойчивого типа на психастеническую или сенситивную основу.

Трансформирующим фактором являются продолжительные неблагоприятные социально-психологические влияния в подростковом возрасте, т. е. в период становления большинства типов характера. К ним прежде всего относятся разные виды неправильного воспитания. Можно указать на следующие из них:

- 1) гипопротекция, достигающая в крайней степени безнадзорности;
- 2) особый вид гипопротекции, описанный А. А. Вдовиченко под названием «потворствующая гипопротекция», когда родители предоставляют подростка самому себе, фактически не заботясь о его поведении, но при начинающихся проступках и даже правонарушениях всячески его выгораживают, отводя все обвинения, стремятся любыми способами освободить от наказаний и т. п.;
- 3) доминирующая гиперпротекция («гиперопека»);
- 4) потворствующая гиперпротекция, в крайней степени достигающая воспитания «кумира семьи»;
- 5) эмоциональное отвержение, в крайних случаях достигающее степени третирования и унижения (воспитание по типу «Золушки»);
- 6) воспитание в условиях жестоких взаимоотношений;
- 7) воспитание в условиях повышенной моральной ответственности;
- 8) воспитание в условиях «культы болезней».

Соотношение между акцентуациями характера и типами семейного воспитания приводится в табл. 7.

Таблица 7

Соотношение между акцентуациями характера и типами семейного воспитания

Акцентуации (тип)	Тип неправильного воспитания
Гипертимный	Гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция
Циклоидный	Унижение близкими
Лабильный	Гиперпротекция, эмоциональное отвержение
Астеноневротический	Доминирующая гиперпротекция
Сенситивный	Доминирующая гиперпротекция
Психастенический	Повышенная ответственность, доминирующая гиперпротекция
Шизоидный	Жесткие взаимоотношения
Эпилептоидный	Жесткие взаимоотношения, потворствующая гиперпротекция
Истероидный	Потворствующая гиперпротекция («кумир семьи»)
Неустойчивый	Гиперпротекция
Конформный	Гиперпротекция

Контрольные вопросы

1. Можно ли утверждать, что акцентуация характера — это патология его развития?
2. Какие классификации типов акцентуаций вы знаете?
3. Перечислите группы динамических изменений в развитии акцентуаций.
4. Какие типы акцентуаций вы знаете?